

Projekt založení dětského mobilního hospice na Rožnovsku

Bc. Klára Čaňová

Diplomová práce
2021



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky
Ústav managementu a marketingu

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Klára Čaňová
Osobní číslo: M190096
Studijní program: N0413A050020 Management ve zdravotnictví
Studijní obor: Management ve zdravotnictví
Forma studia: Kombinovaná
Téma práce: Projekt založení dětského mobilního hospice na Rožnovsku

Zásady pro vypracování

Úvod

Definujte cíle práce a použité metody zpracování práce.

I. Teoretická část

- Zpracujte rešerši odborné literatury pro oblast poskytování mobilní hospicové a paliativní péče.
- Zpracujte rešerši odborné literatury týkající se problematiky založení mobilního hospice.

II. Praktická část

- Proveďte situační analýzu hospicové péče a mobilní hospicové péče ve Zlínském kraji s důrazem na Rožnovsko.
- Na základě výsledků analýzy navrhnete projektové řešení vybudování dětského mobilního hospice v Rožnovském regionu.
- Podrobně projekt časové, nákladové a rizikové analýze.

Závěr

Rozsah diplomové práce: **cca 70 stran**
Forma zpracování diplomové práce: **Tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- ABRAMS, Rhonda. *Successful business plan*. Seventh edition. Palo Alto, California: PlanningShop, 2019, 444 s. ISBN 978-1-933895-82-6.
- 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.
- RADBRUCH, Lukas a Sheila PAYNE. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. Praha: Cesta domů, 2010, 63 s. ISBN 978-80-904516-1-2.
- SRPOVÁ, Jitka et al. *Podnikatelský plán a strategie*. První vydání. Praha: Grada, 2011, 194 s. ISBN 978-80-247-4103-1.

Vedoucí diplomové práce: **doc. Ing. Pavla Staňková, Ph.D.**
Ústav managementu a marketingu

Datum zadání diplomové práce: **15. ledna 2021**
Termín odevzdání diplomové práce: **20. dubna 2021**

L.S.

doc. Ing. David Tuček, Ph.D.
děkan

Ing. Jiří Bejtkovský, Ph.D.
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 15. ledna 2021

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 připouští-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: Bc. Klára Čaňová

.....

podpis diplomanta

ABSTRAKT

Diplomová práce se věnuje tematice založení dětského mobilního hospice na Rožnovsku. Hlavním cílem práce je vytvoření projektu, na základě kterého by mohl být tento hospic založen a uveden do provozu. V rámci analytické části byly zjišťovány podmínky pro založení hospice. Byla zpracována PEST analýza, analýza hospicové a mobilní hospicové péče ve Zlínském kraji, analýza dětské paliativní péče v zahraničí a v České republice a také analýza konkurenčního prostředí pomocí Porterova modelu 5 konkurenčních sil a analýzy konkrétních konkurentů ve Zlínském kraji. Potenciální příležitosti a hrozby pro založení hospice byly identifikovány v rámci OT analýzy. Následným dotazníkovým šetřením bylo potvrzeno, že by rodiče dětí ve věku 0–18 let s trvalým bydlištěm ve Zlínském kraji měli o služby dětského mobilního hospice na Rožnovsku zájem a byli by ochotni se spolupodílet na financování jeho služeb, pokud by tento hospic poskytoval péči jejich dítěti v domácím prostředí. Na základě zjištění z analýz a dotazníkového šetření byl vytvořen projekt, který byl podroben časové, nákladové a rizikové analýze. Výsledkem je projektové řešení pro vybudování dětského mobilního hospice, který bude provozuschopný a finančně udržitelný.

Klíčová slova: paliativní péče, mobilní hospic, podnikání, podnikatelský plán, řízení

ABSTRACT

The diploma thesis deals with the topic of establishing a children's mobile hospice in the Rožnov region. The main goal of this work is to create a project on the basis of which this hospice could be established and put into operation. Within the analytical part, the conditions for the establishment of a hospice were determined. A PEST analysis, the analysis of hospice and mobile hospice care in the Zlín Region, the analysis of pediatric palliative care abroad and in the Czech Republic, as well as the analysis of the competitive environment using Porter's model of 5 competitive forces and the analysis of specific competitors in the Zlín Region were performed. Potential opportunities and threats for the hospice establishment were identified within the OT analysis. A subsequent survey confirmed that parents of children aged 0–18 residing in the Zlín Region would be interested in the services of a children's mobile hospice in the Rožnov region and would be willing to co-finance its services if this hospice provided care for their child in their home environment. Based on the findings of the analyses and the survey, a project was created, which was subjected to the time, cost and risk analyses. The result of this thesis is a project solution for establishing a children's mobile hospice that will be operational and financially sustainable.

Keywords: palliative care, mobile hospice, business, business plan, management

Mé upřímné poděkování patří doc. Ing. Pavle Staňkové, Ph.D. za odborné vedení a poskytování cenných rad při zpracování mé diplomové práce.

Poděkovat bych chtěla také Mgr. Jitce Kosíkové, která mi během online konzultací přiblížila problematiku dětské paliativní péče a založení dětského mobilního hospice.

Můj dík náleží i řediteli Mobilního hospice Strom života Martinu Šimákovi, který si na mě našel čas a poskytl mi cenné informace o fungování tohoto mobilního hospice.

V neposlední řadě bych ráda poděkovala i svému příteli a celé své rodině za neustálou podporu a důvěru, kterou mi věnovali nejen při tvorbě diplomové práce, ale během celé doby mého studia.

Děkuji také Institutu Pallium, který mne podpořil poskytnutím stipendia.

OBSAH

ÚVOD	10
CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE	11
I. TEORETICKÁ ČÁST	12
1 KONCEPCE PEDIATRICKÉ PALIATIVNÍ PÉČE	13
1.1 DEFINICE PEDIATRICKÉ PALIATIVNÍ PÉČE	13
1.2 DĚLENÍ PEDIATRICKÉ PALIATIVNÍ PÉČE	14
1.2.1 DĚLENÍ DLE TYPU ONEMOCNĚNÍ.....	14
1.2.2 DĚLENÍ DLE SPECIALIZACE PÉČE	16
1.3 PRINCIP PEDIATRICKÉ PALIATIVNÍ PÉČE	17
1.3.1 PÉČE ZAMĚŘENÁ NA RODINU	18
1.3.2 TRAJEKTORIE ONEMOCNĚNÍ U DĚTÍ V PALIATIVNÍ PÉČI	19
1.3.3 STANOVENÍ EFEKTIVNÍCH CÍLŮ PÉČE A ZÁSADY KOMUNIKACE.....	20
1.3.4 POTŘEBY DĚTÍ V PALIATIVNÍ PÉČI	21
1.4 HOSPICOVÁ PÉČE	23
1.5 HOSPICOVÁ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE	25
1.5.1 DĚTSKÝ HOSPIC.....	26
1.6 MOBILNÍ HOSPICOVÁ PÉČE	27
2 PODNIKÁNÍ	29
2.1 MOŽNOSTI PODNIKÁNÍ V ČESKÉ REPUBLICE.....	29
2.2 FYZICKÁ A PRÁVNICKÁ OSOBA V PODNIKÁNÍ.....	30
2.2.1 FYZICKÁ OSOBA	31
2.2.2 PRÁVNICKÁ OSOBA	31
2.3 PODNIKÁNÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	33
2.4 PRÁVNÍ FORMY MOBILNÍCH HOSPICŮ	34
2.4.1 ZAPSANÝ SPOLEK (Z. S.)	34
2.4.2 ZAPSANÝ ÚSTAV (Z. Ú.).....	35
2.4.3 EVIDOVANÁ PRÁVNICKÁ OSOBA.....	35
2.5 PRÁVNÍ A ORGANIZAČNÍ ÚKONY NUTNÉ KE VZNIKU MOBILNÍHO HOSPICE	35

2.5.1	REGISTRAČNÍ POVINNOST DAŇOVÉHO SUBJEKTU	36
2.5.2	POVINNOSTI ZAMĚSTNAVATELE	36
2.5.3	REGISTRACE POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB.....	37
2.5.4	REGISTRACE POSKYTOVATELE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	38
2.5.5	MATERIÁLNĚ-TECHNICKÉ A PERSONÁLNÍ VYBAVENÍ MOBILNÍHO HOSPICE	38
3	PODNIKATELSKÝ PLÁN	39
3.1	STRUKTURA PODNIKATELSKÉHO PLÁNU	40
3.2	TYPY PODNIKATELSKÝCH PLÁNŮ	41
4	ZÁVĚREČNÉ ZHODNOCENÍ TEORETICKÉ ČÁSTI	43
II.	PRAKTICKÁ ČÁST	44
5	ANALÝZA EXTERNÍCH FAKTORŮ PRO ZALOŽENÍ DĚTSKÉHO MOBILNÍHO HOSPICE	45
5.1	PEST ANALÝZA	45
5.1.1	POLITICKO-PRÁVNÍ FAKTORY	45
5.1.2	EKONOMICKÉ FAKTORY	47
5.1.3	SOCIOKULTURNÍ FAKTORY	51
5.1.4	TECHNOLOGICKÉ FAKTORY	53
5.2	ANALÝZA HOSPICOVÉ A MOBILNÍ HOSPICOVÉ PÉČE VE ZLÍNSKÉM KRAJI S DŮRAZEM NA ROŽNOVSKO	54
5.3	ANALÝZA PEDIATRICKÉ PALIATIVNÍ PÉČE V ZAHRANIČÍ A ČESKÉ REPUBLICI	58
5.3.1	DĚTSKÁ HOSPICOVÁ PÉČE V ZAHRANIČÍ.....	59
5.3.2	SÍŤ DĚTSKÝCH HOSPICŮ A POSKYTOVATELŮ DĚTSKÉ PALIATIVNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICI	60
5.4	ANALÝZA KONKURENČNÍHO PROSTŘEDÍ.....	64
5.4.1	PORTERŮV MODEL 5 KONKURENČNÍCH SIL	65
5.4.2	ANALÝZA KONKURENTŮ VE ZLÍNSKÉM KRAJI S DŮRAZEM NA ROŽNOVSKO.....	71
5.5	DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ.....	74
5.5.1	CÍLE DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ A STANOVENÍ VÝZKUMNÝCH HYPOTÉZ	74
5.5.2	METODIKA DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	74
5.5.3	CHARAKTERISTIKA SOUBORU RESPONDENTŮ	75
5.5.4	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	76
5.5.5	VYHODNOCENÍ NAPLNĚNÍ CÍLŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ A VÝZKUMNÝCH HYPOTÉZ	86
5.6	SHRNUTÍ POZNATKŮ ANALYTICKÉ ČÁSTI – OT ANALÝZA	87
6	PROJEKTOVÉ ŘEŠENÍ VYBUDOVÁNÍ DĚTSKÉHO MOBILNÍHO HOSPICE V ROŽNOVSKÉM REGIONU	91

6.1	PŘEDPOKLÁDANÝ POSTUP PŘI ZALOŽENÍ DĚTSKÉHO MOBILNÍHO HOSPICE	91
6.1.1	ZAKLÁDACÍ LISTINA ÚSTAVU	92
6.2	HYGIENICKÉ POŽADAVKY NA PROVOZ DĚTSKÉHO MOBILNÍHO HOSPICE	96
6.2.1	PROVOZNÍ ŘÁD	98
6.3	MATERIÁLNĚ-TECHNICKÉ VYBAVENÍ DĚTSKÉHO MOBILNÍHO HOSPICE	99
6.4	PERSONÁLNÍ ZAJIŠTĚNÍ.....	101
6.5	SOUPIS SMLUV, SMĚRNIC A DOKUMENTŮ POTŘEBNÝCH K PROVOZU DĚTSKÉHO MOBILNÍHO HOSPICE.....	104
6.6	NAVÁZÁNÍ SMLUVNÍHO VZTAHU SE ZDRAVOTNÍMI POJIŠŤOVNAMI.....	106
6.7	MARKETINGOVÝ PLÁN	107
6.7.1	POSLÁNÍ, VIZE A CÍLE DĚTSKÉHO MOBILNÍHO HOSPICE.....	107
6.7.2	CÍLOVÁ SKUPINA	107
6.7.3	MARKETINGOVÝ MIX 4P	108
6.8	FINANČNÍ PLÁN	111
6.8.1	PLÁN NÁKLADŮ HOSPICE.....	111
6.8.2	PLÁN VÝNOSŮ A PŘÍJMŮ HOSPICE	118
6.8.3	HOSPODÁŘSKÝ VÝSLEDEK HOSPICE	120
6.9	ANALÝZA RIZIK PROJEKTU	121
6.10	ČASOVÁ ANALÝZA PROJEKTU	124
6.11	ZHODNOCENÍ PROJEKTU Z HLEDISKA IMPLEMENTACE DO PRAXE	127
6.12	CELKOVÉ SHRNUÍ PROJEKTU	128
	ZÁVĚR	130
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	131
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	144
	SEZNAM OBRÁZKŮ	147
	SEZNAM TABULEK.....	148
	SEZNAM GRAFŮ	150
	SEZNAM PŘÍLOH.....	151

ÚVOD

Diplomová práce se zabývá tématem dětské paliativní péče a související mobilní hospicové péče. I přes to, že je smrt a umírání přirozenou součástí života všech lidí, mnoho lidí považuje za obtížné o nich mluvit. Ještě o poznání těžší je to v případě umírání dítěte. Každý přirozeně očekává, že jednou, ideálně až bude starý, zemře, ale smířit se s tím, že zemře dítě, je prakticky nemožné. Smrt dítěte je (nejen) v české společnosti tabuizovaným tématem. Je považována za cosi nepatřičného, na co se dá jen obtížně připravit. Přesto, nebo možná právě proto, je důležité, aby byla problematice paliativní péče u dětí věnována pozornost.

Ve světě se dětská paliativní péče neomezuje pouze na poskytování péče dětem v závěru jejich života, ale stává se běžnou součástí pediatrie, avšak v České republice je tento stav akceptován jen velice pomalu. A to i přes to, že je prokázáno, že správně nastavená a včasné zahájená paliativní péče šetří finance vynaložené na péči a zvyšuje spokojenost klientů. Se spokojeností klientů v paliativní péči úzce souvisí také místo, kde si přejí prožít závěr svého života. U většiny pacientů je to místo, které znají, cítí se tam bezpečně a kde mohou být obklopeni svými blízkými – jejich domov. U dětí je poskytování paliativní péče v domácím prostředí a následné úmrtí v prostředí jim blízkém ještě mnohem důležitější. Z tohoto důvodu bylo jako téma práce zvoleno právě založení dětského mobilního hospice.

Cílem diplomové práce je sestavení projektu pro založení dětského mobilního hospice ve Zlínském kraji, konkrétně na Rožnovsku, kde v současnosti nemá sídlo žádná organizace, která by poskytovala domácí hospicovou péči dětským klientům.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V rámci teoretické části je prostřednictvím aktuálních dostupných zdrojů nastíněna problematika dětské paliativní a hospicové péče a oblast podnikání. Praktická část se skládá z analytické a projektové části. První zmíněná sekce se věnuje analýze externích faktorů pro založení dětského mobilního hospice na Rožnovsku a zahrnuje PEST analýzu, analýzu konkurenčního prostředí skrze Porterův model 5 konkurenčních sil a analýzu reálných konkurentů ve Zlínském kraji, dále pak dotazníkové šetření a OT analýzu. Druhá sekce je zaměřena na projektové řešení vybudování dětského mobilního hospice. Její součástí je předpokládaný postup při založení hospice, marketingový plán, informace k personálnímu zajištění a také finanční plán, analýza rizik a časová analýza projektu. Závěr této části se zabývá zhodnocením projektu z hlediska implementace do praxe a jeho celkovým shrnutím.

Výsledný projekt dětského mobilního hospice bude provozuschopný a finančně udržitelný.

CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE

Hlavním tématem diplomové práce je vytvoření projektového řešení pro vybudování dětského mobilního hospice na Rožnovsku. Toto téma je zvoleno z důvodu, že ve Zlínském kraji v současné chvíli nemá sídlo žádná organizace, která by poskytovala domácí hospicovou péči dětským klientům. Podmínky pro založení hospice budou zjišťovány v rámci analytické části. Bude zpracována PESTE analýza pro zhodnocení vnějšího makroprostředí organizace, na ni naváže Porterův model 5 konkurenčních sil a analýza konkrétních konkurentů ve Zlínském kraji. Potenciální příležitosti a hrozby pro založení dětského mobilního hospice na Rožnovsku budou identifikovány v rámci OT analýzy.

Zájem o služby dětského mobilního hospice na Rožnovsku a ochota rodičů dětí se na těchto službách finančně spolupodílet v případě, že by hospic poskytoval péči jejich dítěti, bude ověřována pomocí dotazníkového šetření. Kvůli současným omezením souvisejícím s onemocněním COVID-19 bude zvolena forma nestandardizovaného online dotazníku prostřednictvím Formuláře Google. Cílovou skupinu respondentů budou tvořit rodiče dětí ve věku 0–18 let s trvalým bydlištěm ve Zlínském kraji. Dotazník bude publikován v první polovině měsíce května, sběr odpovědí bude ukončen v případě získání vyplněných dotazníků minimálně od 100 respondentů.

V rámci dotazníkového šetření budou ověřovány tři výzkumné hypotézy:

Výzkumná hypotéza 1: Více než 75 % respondentů projeví zájem o služby dětské paliativní péče ve Zlínském kraji. Tato hypotéza zjišťovala, zda by měli rodiče dětí ve věku 0–18 let zájem o služby dětské paliativní péče v případě, že by jejich dítě trpělo život zkracujícím nebo život ohrožujícím onemocněním.

Výzkumná hypotéza 2: Více než 50 % respondentů má zájem o služby dětského mobilního hospice. Tato hypotéza byla stanovena za účelem zjištění preferované formy hospicové péče.

Výzkumná hypotéza 3: Více než 50 % respondentů je ochotno se na financování péče poskytované svému dítěti dětským mobilním hospicem na Rožnovsku spolupodílet částkou v rozmezí 201–500,- Kč za den péče. Cílem této hypotézy bylo zjistit denní finanční částku, kterou jsou respondenti ochotni se podílet na péči poskytované jejich dítěti dětským mobilním hospicem se sídlem na Rožnovsku.

Na základě výsledků z analýz a dotazníkového šetření bude vytvořen projekt, který bude podroben časové, nákladové a rizikové analýze.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KONCEPCE PEDIATRICKÉ PALIATIVNÍ PÉČE

Problematika paliativní péče je velmi aktuální, protože s rostoucí významností péče a podpory osob v pokročilém stádiu onemocnění se i péče paliativní stává důležitým tématem veřejného zdravotnictví s nutným zajištěním zdravotně sociální péče pro nevyléčitelně nemocné pacienty. Rozvoj kvalitní paliativní péče je jednou z priorit Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO) již od počátku 90. let 20. století (Bužgová, 2015, s. 11). Radbruch, Payne a kol. (2010, s. 39) doplňují, že kvalitní paliativní péče se vyznačuje čtyřmi požadavky, kterými jsou plánování péče předem, kontinuita a dostupnost péče a preferované místo poskytování péče.

Na významu nabývá také pediatrická paliativní péče, která v posledním desetiletí doznala zásadních změn především v oblasti diagnostiky, stanovení cílů a postupů péče, jak uvádí Kreicbergs (2018, s. 914). Péče se již neomezuje pouze na tzv. **pěči na konci života** (angl. end-of-life care, EOLC), ale stává se nedílnou součástí pediatrie. Laická veřejnost si však těchto změn není vědoma a mnohdy nejsou uznávány ani zdravotnickým personálem. Stále také přetrvává představa, že paliativní péče a péče na konci života jsou synonyma, což značně ztěžuje její přijetí ve společnosti. Je však nutné pracovat na změně tohoto názoru, jelikož se odhaduje, že celosvětově by mohlo z výhod paliativní péče benefitovat kolem sedmi milionů dětí a jejich rodin (Knapp et al., 2011, s. 361).

1.1 Definice pediatrické paliativní péče

WHO používá pro pediatrickou paliativní péči následující definici: „*Pediatrická paliativní péče je aktivní komplexní péčí o tělo, mysl a duši nemocného dítěte a zahrnuje také poskytování podpory jeho rodině. Péče je zahájena v okamžiku stanovení diagnózy nemoci a pokračuje bez ohledu na to, zda je dítě léčeno se zaměřením na onemocnění. Poskytovatelé zdravotní péče musí vyhodnocovat a minimalizovat fyzické, psychické a sociální strádání dítěte. Pro efektivní paliativní péči je potřebný široký multidisciplinární přístup, který zahrnuje i členy rodiny a využívá komunitní zdroje; tato péče může být úspěšně zajištěna i s omezenými prostředky. Péče může být poskytována v pečovatelských ústavech, zdravotnických zařízeních i v domácím prostředí dítěte*“ (WHO, 1998, s. 8). Stokowski (2010) uvádí, že nejmylnější představou o paliativní péči je, že se týká pouze umírání a její zahájení znamená vzdát se naděje na pacientův život. Je tomu však naopak, paliativní péče se zabývá kvalitou života pacienta bez ohledu na to, jak dlouhý tento život může být.

1.2 Dělení pediatrické paliativní péče

Ratiborský a Fendrychová (2013, s. 24) uvádějí, že diagnóza určitých onemocnění je jasnou prognózou pro zahájení paliativní péče (např. cystická fibróza či degenerativní svalové onemocnění). Existují však i stavy, u kterých je velmi obtížné rozhodnout, zda stále vést kurativní léčbu nebo zvolit přechod do péče paliativní. V takových situacích je třeba brát v úvahu aspekty, ke kterým se má při rozhodování přihlížet. Především, zda již byly provedeny všechny léčebné postupy, které provedeny být mohly. Přihlíží se také k tomu, jestli mohou být fyziologické procesy léčbou změněny či nikoliv. Opačný názor zastávají autoři Docherty et al. (2012, s. 76-77), kteří tvrdí, že je nezbytné, aby kurativní péče koexistovala společně s péčí paliativní a nebyly striktně odděleny. S klesajícími možnostmi kurativní léčby posiluje role péče paliativní. V tomto modelu souběžné péče jsou principy paliativní péče zavedeny již v okamžiku stanovení život ohrožující diagnózy a v čase jejich význam narůstá společně s progredujícím onemocněním. Bylo prokázáno, že v případě brzkého zahájení paliativní péče dochází k prodloužení doby dožití pacienta a zvyšuje se kvalita péče o něj, snižují se náklady na nemocniční péči a snižuje se také zátěž pečujících osob. Navzdory skutečnosti, že je dnes paliativní péče všeobecně považována za kritickou součást kvalitní péče o umírající děti, bývá zahajována až příliš pozdě v průběhu onemocnění.

Na potřebu včasného zahájení paliativní péče společně s kurativní léčbou upozorňuje i autorka Chambers (2018, s. 10-11), která propaguje tzv. paralelní plánování péče. Tato metoda spočívá v poskytování dynamické paliativní péče, která by rychle reagovala na změny zdravotního stavu dítěte i měnící se potřeby dítěte a jeho rodiny. Péče by měla být zahájena již v momentu stanovení diagnózy, u které není kurativní léčba možná nebo existuje možnost, že by mohla selhat. V praxi stále u rodičů umírajících dětí i některých zdravotníků převládá tendence pohlížet na přechod do paliativní péče jako na poslední možnou alternativu, když byla ostatní léčba vyloučena nebo vyčerpána, čemuž by se touto metodou dalo předejít.

1.2.1 Dělení dle typu onemocnění

U dětských paliativních pacientů se rozlišují dva typy onemocnění. První jsou **život zkracující onemocnění** (angl. life-limiting illnesses), což jsou stavy, u kterých je předčasné úmrtí obvyklé a očekávané (např. Duchennova muskulární dystrofie nebo degenerativní

poruchy CNS). Druhou kategorií jsou **onemocnění život ohrožující** (angl. life-threatening illnesses). Zde je z důvodu těžkého onemocnění také vysoká pravděpodobnost předčasného úmrtí, ale zároveň může existovat i šance na přežití do dospělosti (např. děti s onkologickou diagnózou). Obě skupiny bývají často souhrnně nazývány jako „nevléčitelná onemocnění“. Toto označení však není vhodné používat, jelikož může být zavádějící (Pracovní skupina EAPC, 2016, s. 1). Exnerová a Krejčí (2021, s. 3) uvádějí, že je možné dětské pacienty s život zkracujícími nebo život ohrožujícími onemocnění přesněji rozdělit do 4 skupin, a to dle možností kurativní léčby, ovlivnění základního onemocnění a rychlosti jeho progresu. Kategorizace dětí, kterým by měla být poskytnuta paliativní péče není jednoduchá, přičemž stanovení základní diagnózy je pouze částí celého procesu. Potřeby umírajícího dítěte a jeho rodiny jsou zcela zásadně ovlivněny závažností samotného onemocnění, jeho průběhem a možnými komplikacemi.

1. Děti s diagnózami, které život ohrožují, je u nich možná kurativní léčba, avšak nemusí být úspěšná. Paliativní péče a její dostupnost je nutná souběžně s kurativní léčbou a/nebo v případě, že tato léčba bude neúspěšná. Pokračování paliativní péče není nutné při dosažení dlouhodobé remise. Patří sem zejména děti s onkologickým onemocněním nebo se závažnými orgánovými selháními (selháním srdce, jater nebo ledvin).
2. Děti s diagnózami, kdy je předčasné úmrtí nevyhnutelné, ale předchází mu dlouhé období velmi intenzivní léčby, jejímž cílem je prodloužení života a umožnění účasti na běžných denních aktivitách. Do této kategorie patří např. děti s cystickou fibrózou nebo Duchennovou muskulární dystrofií.
3. Děti, které trpí progresivním onemocněním bez možnosti kurativní léčby. U tohoto typu onemocnění je léčba výhradně symptomová, paliativní a běžně může trvat i několik měsíců nebo let. Řadíme zde děti s neuromuskulárními onemocněními jako jsou například spinální svalové atrofie (SMA), dále pak děti s neurodegenerativními onemocněními nebo s dědičnými poruchami metabolismu.
4. Děti v nezvratném, avšak neprogresivním stavu s velmi komplexními zdravotními obtížemi vedoucími ke komplikacím. Je zde velká pravděpodobnost předčasného úmrtí. Jedná se např. o děti se závažným průběhem epilepsie, s těžkým posthypoxickým postižením CNS (např. vážná forma DMO) nebo děti s postižením způsobeným závažným traumatem mozku či míchy.

Z tohoto rozdělení je zřejmé, že u dětských pacientů existuje řada onemocnění, u nichž je prognóza přežití jen velmi těžce predikovatelná, jelikož její rozpětí může být v řádech

několika měsíců, ale i let. Je však možné říci, že průměrná potřeba paliativní péče je u dětí oproti dospělým delší a i samotné potřeby pediatrické paliativní péče jsou odlišné (Exnerová a Krejčí, 2021, s. 3). Je vhodné zmínit, že výše uvedená klasifikace vychází z *Průvodce rozvojem služeb paliativní péče pro děti*, který byl publikován **Asociací pro děti s život ohrožujícím nebo terminálním onemocněním a jejich rodiny** (dále jen ACT) a **Královskou školou dětského lékařství a dětského zdraví**¹ ve Velké Británii (dále jen RCPCH) v roce 1997 (Pracovní skupina EAPC, 2016, s. 1). Tento dokument je každoročně kontrolován a podle potřeb aktualizován. V roce 2018 vydala přední britská charita registrovaná pro dětskou paliativní péči **Společně pro krátké životy** (angl. Together for short lives) ve spolupráci s ACT již čtvrtou aktualizovanou verzi tohoto Průvodce (Chambers, 2018).

1.2.2 Dělení dle specializace péče

Husovská (2014, s. 24) uvádí, že je pediatrická paliativní péče ve světě poměrně novým oborem medicíny, který zatím není příliš rozšířený. Je to péče vysoce specializovaná a od paliativní péče poskytované dospělým pacientům se odlišuje nejen přístupem, ale i zaměřením na rodinu nemocného dítěte. ACT rozlišuje 3 základní stupně specializace pediatrické paliativní péče.

1. Stupeň – Paliativní přístup, který znamená, že by všichni odborní zdravotničtí pracovníci měli dodržovat principy paliativní péče a aplikovat je ve své praxi. Autorka Chambers (2018, s. 16) uvádí, že se tento přístup týká především tzv. univerzálních služeb. Tedy takových, ke kterým mají přístup všechny děti a jejich rodiny. Řadí se sem především péče primární, přičemž je kladen velký důraz zejména na práci praktických lékařů pro děti a dorost (dále jen PLDD). Díky tomu, že jsou významnou součástí komunity, mohou hrát klíčovou roli v rámci rozvoje a podpory přístupů paliativní péče v oblasti veřejného zdraví. V rámci paliativního přístupu by všichni zdravotníci měli být schopni identifikovat fyzické a psychické potřeby nemocného dítěte a zabezpečit jejich uspokojení. Samozřejmostí by měl být empatický přístup k umírajícímu dítěti a jeho rodině. Specifické potřeby nad rámec kompetencí, znalostí či možností těchto

¹ Association for Children with Life-threatening or Terminal Conditions and their Families
Royal College of Paediatrics and Child Health

zdravotníků, by měly být vždy konzultovány se specialisty v paliativní péči (Ratiborský, Fendrychová, 2013, s. 23).

2. **Stupeň – Obecná paliativní péče** je mezistupněm, kdy je umírajícím dětem a jejich rodinám péče poskytována zdravotníky, kteří se paliativní péči nevěnují na plný úvazek a není ani hlavní náplní jejich práce, ale jsou v ní proškoleni a s jejím poskytováním mají určitou míru zkušeností. Dle Ratiborského a Fendrychové (2013, s. 23) do této kategorie spadají např. sestry specialistky na vlhké hojení ran, nutriční terapeuti či fyzioterapeuti.
3. **Stupeň – Specializovaná paliativní péče**, která je poskytována zdravotníky proškolenými v paliativní péči. Tito mají zkušenosti jak s ošetrovatelskou péčí o umírající děti, tak i o jejich rodiny (Ratiborský, Fendrychová, 2013, s. 23). Nejdůležitějším aspektem je zajištění vysoké kvality péče. Řadí se zde především pediatrii a sestry specializující se na paliativní péči, dále pak dětské psychologové a za specializovanou paliativní péči je považována i péče poskytovaná na dětské onkologii či v dětských hospicích (Pracovní skupina EAPC, 2016, s. 3).

Autoři Radbruch, Payne a kol. (2010, s. 28) uvádějí, že je tento třístupňový systém možné rozšířit ještě o čtvrtou kategorii, tzv. Centra excellence.

4. **Stupeň – Centra excellence**, která by měla poskytovat specializovanou paliativní péči v různých prostředích (včetně prostředí domácího) a měla by také působit jako centra vzdělávání, výzkumu a šíření informací, vývoje standardů a nových metod. Jejich úloha a postavení v rámci víceúrovňového principu je však stále předmětem diskusí.

1.3 Princip pediatrické paliativní péče

Ratiborský s Fendrychovou (2013, s. 26) jako jedni z mnoha autorů zmiňují, že základem pro poskytování kvalitní paliativní péče je nutná existence multidisciplinárního týmu, který poskytuje nejefektivnější péči. Tento tým je složen z odborných zdravotnických pracovníků, kteří jsou po všech stránkách vybaveni znalostmi a dovednostmi v procesu paliativní péče. Autoři také poukazují na to, že je nutné dbát na zachování dostatečného komunikačního propojení mezi nesespecializovanými a specializovanými zařízeními. Radbruch, Payne a kol. (2010, s. 45) doplňují, že pro poskytování služeb specializované paliativní péče musí být tým složený ze zástupců vícero profesí, kteří prosazují interdisciplinární styl práce. Jádro týmu by kromě pediatrii a sester se speciálním výcvikem mělo být tvořeno psychology, pracovníky sociálních služeb a fyzioterapeuty. Širší tým může být doplněn (ať už na plný

či částečný úvazek) i o další odborníky, kterými jsou např. administrativní pracovníci, nutriční terapeuti, koordinátoři duchovní péče a koordinátoři dobrovolníků, dále pak kaplani, profesionálové v oblasti podpory v truchlení, farmaceuti a další specialisté (např. odborníci na léčbu ran). V rámci zajištění rovnováhy mezi jádrem týmu a jeho širším okolím je nutno brát v potaz specifika jednotlivých zemí i rozdíly mezi regiony. Podle Markové (2010, s. 35-36) má v týmu jedno z nejzásadnějších postavení sestra. Právě ona je dětskému pacientovi nejbližší, musí mu umět správně vysvětlit vše, na co se ptá, a zároveň musí být schopná předat informace o pacientovi a jeho rodině zbytku týmu.

1.3.1 Péče zaměřená na rodinu

Americká akademie pediatrií (dále jen AAP) (2012, s. 394-395) uvádí, že by při poskytování péče umírajícím dětem měl být využíván koncept tzv. **péče zaměřené na rodinu** (angl. family-centered care), který je dnes již samozřejmostí v západních státech. Jedná se o inovativní přístup k plánování, poskytování a hodnocení výsledků zdravotní péče, který je založen na vzájemně výhodném vztahu mezi pacienty, jejich rodinami a poskytovateli péče. Zdravotníci, kteří tento koncept péče využívají, uznávají, že účast rodiny na péči hraje zásadní roli při zajišťování fyzické a psychické pohody dětí všech věkových kategorií. Tato péče respektuje vrozené silné stránky a kulturní hodnoty každého dítěte a poskytuje podporu rodině v rámci jejich pečovatelských a rozhodovacích rolí. Správně implementované zásady péče zaměřené na rodinu mohou vést k lepším zdravotním výsledkům a efektivnějšímu rozdělování zdrojů, jakož i k větší spokojenosti dětských pacientů a jejich rodin. AAP závěrem doplňuje, že by se mělo zvážit nahrazení pojmu „péče zaměřená na rodinu“ termínem „péče zaměřená na pacienta a rodinu“. Díky tomu by bylo lépe vystiženo zapojení členů rodiny do péče o dětského pacienta a byli by formálně akceptováni jako neopomenutelní členové multidisciplinárního týmu. Docherty et al. (2012, s. 81) dodávají, že je aktivita rodičů v rámci ošetřujícího týmu významná především pro stanovení specifických a realistických cílů péče, stanovení priorit péče a přesné posouzení potřeb umírajícího dítěte. Zapojení rodičů do takového procesu je tedy zásadně důležité a mělo by se podporovat.

Autorky Kearney a Byrne (2011, s. 371-373) uvádějí, že je rodičovské zapojení do péče možné rozdělit do tří kategorií – rozhovor orientovaný na informace, vnímavé zapojení a dosažení cíle stanoveného vzájemnou spoluprací. **Rozhovor orientovaný na informace** je charakteristický otázkami rodičů, které se týkají jak zdravotního stavu jejich dítěte, tak

různých možností léčby, jejích rizik a alternativ. **Vnímavé zapojení** se zabývá především komplexní psychologickou stránkou rodičovského pečování a zahrnuje tři podkategorie – schopnost rodičů brát v potaz názory ostatních členů týmu, schopnost odlišit myšlenky, pocity a potřeby jejich dětí od svých vlastních a nakonec schopnost přijmout svůj vlastní emoční stav nebo potřeby. **Dosažení cíle stanoveného vzájemnou spoluprací** udává, že od určitého okamžiku mají všechna učiněná rozhodnutí společný cíl, kterým je nejlepší zájem dítěte. Tento třetí bod slouží jako jasný ukazatel úspěšnosti zapojení rodičů do procesu plánování. Tan et al. (2012, s. 583) poukazují na fakt, že rodiče často očekávají, že se o jejich umírající dítě budou starat zdravotníci, které znají a mohou jim tak důvěřovat, k čemuž může jejich vlastní zapojení do péče částečně dopomoci. Autoři Parker et al. (2014, s. 39) doplňují, že pro zdravotníky je celkovým smyslem péče zaměřené na rodinu vydat se cestou paliativní péče po boku rodičů, a nikoliv říkat jim, co a jak mají dělat, protože dítě patří k nim, a ne k personálu.

1.3.2 Trajektorie onemocnění u dětí v paliativní péči

Husovská (2014, s. 24) zmiňuje, že i když mají pediatriká paliativní péče a paliativní péče pro dospělé některé shodné znaky a cíle, existují mezi nimi významné odlišnosti, které není možné opomínat. Děti umírají na následky jiných onemocnění a také průběh onemocnění je zpravidla odlišný než u dospělých. Celkový počet dětí zemřelých na následky život zkracujících či život ohrožujících onemocnění je výrazně menší než u dospělých pacientů v paliativní péči. Zásadním rozdílem je však časový průběh nemoci, protože děti mohou paliativní péči potřebovat nejen dny či týdny, ale někdy i mnoho let. Poláková, Tučková a Loučka (2017, s. 14-15) uvádějí, že se trajektorie život zkracujících nebo život ohrožujících onemocnění u dětí vyznačuje pěti odlišnými fázemi, které jsou vidět na následujícím obrázku (Obr. 1). Jednotlivé fáze jsou shodné s událostmi, které rodiče umírajících dětí považovali za milníky v průběhu jejich onemocnění. Těchto pět zásadních událostí si rodiče často spojují s pocitem ztráty nejen dítěte, ale i naděje, snů a tužeb, které měli s dítětem spjaty. Proto je potřeba věnovat jim dostatek času, aby se nové situaci přizpůsobili. Goldman, Hain a Liben (2012, s. 122-123) dodávají, že smrt dítěte významně ovlivňuje nejen rodiče, ale také jeho sourozence a prarodiče. Sourozenci se mohou cítit přehlíženi či zanedbáváni, což může vést k fyzickým i psychickým obtížím. Také však mohou pociťovat strach, že by stejné onemocnění propuklo i u nich. U prarodičů se může objevit úzkost, jelikož přes svůj vlastní zármutek ze ztráty vnoučete vnímají i trápení jejich

dítěte. Mohou také cítit vinu, že jejich vnouče velmi pravděpodobně zemře dříve než oni sami. Významnou pomocnou roli zde má komunikace nejen mezi zdravotníky a rodiči, ale také v rámci rodiny (Chambers, 2018, s. 20). Komunikaci se věnuje následující podkapitola této práce.



Obr. 1 Fáze onemocnění (Poláková, Tučková, Loučka, 2017, s. 15)

1.3.3 Stanovení efektivních cílů péče a zásady komunikace

Paliativní péče vychází z principu holismu a jejím cílem je zmírnění bio-psycho-socio-spirituálního strádání způsobeného život zkracujícím nebo život ohrožujícím onemocněním. Dále pomáhá komplexnímu rozhodování a prokazatelně zlepšuje kvalitu života pacientů. Aby však byla paliativní péče co nejefektivnější, je nutné, aby byly v rámci multidisciplinárního týmu stanoveny realistické cíle vycházející z klinického stavu dítěte a představy jeho rodiny o této péči. Cíle by pak měly být všemi členy týmu respektovány, dodržovány, pravidelně hodnoceny a případně upravovány, pokud to zdravotní stav dítěte vyžaduje (Docherty et al., 2012, s. 78). Autoři Wolfe, Hinds a Sourkes (2011, s. 181-182) ve své knize *Textbook of Interdisciplinary Pediatric Palliative Care* publikovali doporučení pro rozvoj efektivních cílů péče v sedmi krocích. Na začátku celého procesu je důležité připravit **prostor pro diskusi** (1) a zjistit, **jaké informace mají** o onemocnění dítěte a jeho rodina (2). Následuje **volba vhodné strategie** (3) a samotné **sdělení diagnózy** (4). V této fázi je nutný **empatický přístup a podpora emocí** dítěte a rodiny (5). Pravidlem, kterým by se zdravotníci měli řídit, je umění mlčet, jelikož i ticho může být v takové chvíli jedním z nejvýznamnějších komunikačních nástrojů. Posledními dvěma kroky procesu jsou **stanovení cílů a priorit péče** (6), **rozdělení rolí** v týmu a **odsouhlasení celkového léčebného plánu** (7).

Je zřejmé, že efektivní komunikace je základním požadavkem pro poskytování kvalitní pediatrické paliativní péče. Veškerá komunikace mezi dítětem, rodiči a ošetřujícím personálem by měla být zcela upřímná, otevřená a vhodně časově zaměřená, od okamžiku stanovení diagnózy, s plynulým pokračováním i po smrti dítěte (Chambers, 2018, s. 20). Docherty et al. (2012, s. 80) doplňují, že všech sedm kroků stanovení efektivních cílů péče popsaných výše provází takzvaný *Komunikační přístup 6E*, ze kterého by měli zdravotníci při komunikaci s umírajícím dítětem vždy vycházet:

- **Establish** – Uzavření dohody o způsobu komunikace;
- **Engage** – Zapojení dítěte ve vhodnou dobu;
- **Explore** – Zjištění informovanosti dítěte o onemocnění;
- **Explain** – Vysvětlení informací s ohledem na kognitivní vývoj a potřeby dítěte;
- **Empathize** – Vcítění se do pocitů dítěte;
- **Encourage** – Utvrzení dítěte, že je mu zdravotník vždy nablízku.

Chambers (2018, s. 20) uvádí, že s dětmi i s dospívajícími je třeba konzultovat, od kterých zdravotníků si přejí být informováni o svém zdravotním stavu. Je také třeba zvážit různé způsoby, kterými lidé komunikují (u dětí to může být například prostřednictvím hry), úroveň jejich porozumění a vnější faktory, které by mohly způsobit komunikační bariéry. Pro koordinaci a kontinuitu péče je nezbytná komunikace mezi zdravotníky umožňující rychlý tok informací. Pracovní skupina EAPC (2016, s. 6) také jako důležitý aspekt komunikace vyzdvihuje předvídání rizikových situací a stanovení včasného postupu léčebné intervence.

1.3.4 Potřeby dětí v paliativní péči

Jak uvádějí Exnerová s Krejčím (2021, s. 4), v Evropě během posledních dvou desetiletí proběhlo několik národních průzkumů s cílem identifikovat potřeby pediatrické paliativní péče. Z těchto výzkumů vyplynulo, že je nutná standardizace způsobu získávání informací o všech aspektech této péče. Bylo zjištěno, že pro shromažďování dat o dětských úmrtích jsou preferovány kódy *Mezinárodní klasifikace nemocí* (dále jen MKN), i když je tyto obtížné použít pro odhad výskytu život ohrožujících onemocnění u dětí. Vhodnější je proto používat kategorie popsané ACT, o kterých pojednává podkapitola 1.2.1 této práce. Tyto totiž zahrnují jak život zkracující, tak život ohrožující onemocnění, která jsou navíc řazena dle MKN. S názorem, že MKN není pro pediatrickou paliativní péči dostatečná a je nutné její rozšíření, souhlasí i autoři Bösch et al. (2018, s. 169-170). Dále dodávají, že dostupná data o úmrtnosti a prevalenci onemocnění indikují stále se zvyšující počet dětí

s život zkracujícími i život ohrožujícími onemocněními. Opětovně je vyzdvihována potřeba individuálního přístupu zajištěného multidisciplinárním týmem, který péči poskytuje na základě přání a potřeb dítěte a jeho rodiny.

Pracovní skupina EAPC (2016, s. 2) doplňuje, že díky provedeným průzkumům bylo možné identifikovat konkrétní potřeby jak dětí a jejich rodin, tak i pečovatелů a poskytovatelů zdravotní a ošetrovatelské péče, a že zjištěné výsledky byly napříč Evropou překvapivě shodné. Bodem, ve kterém se všechny výzkumy plně shodovaly, bylo přání dětí i jejich rodin být v průběhu onemocnění doma, rodiny pak preferovaly i úmrtí dítěte v domácím prostředí spíše než v nemocnici. Bylo však zjištěno, že zdroje, které by tyto podmínky byly rodinám schopny zajistit, jsou nedostačující, stejně jako jsou prozatím nedostačující i nezbytné odlehčovací služby. Bužgová, Sikorová a kol. (2019, s. 23) zmiňují, že EAPC již v roce 2006 přijala standardy pediatrické paliativní péče. O jejich implementaci by se měly snažit všechny evropské země v souladu s jejich systémy poskytování zdravotních služeb, právními systémy a potřebami konkrétních příjemců péče. Tyto standardy v deseti základních bodech popisují nezbytné minimum pro poskytování pediatrické paliativní péče umírajícím dětem a jejich rodinám, přičemž celým dokumentem prostupuje myšlenka individuální specializované péče zaměřené na rodinu, která byla v této práci již popsána. Za zmínku stojí především tři z těchto deseti bodů:

1. **Bod č. 5** se věnuje managementu symptomů a říká, že by každé dítě mělo mít 24/7 přístup k profesionálnímu farmakologickému, psychologickému a fyzickému managementu bolesti a doprovodných symptomů.
2. **Bod č. 9** se zabývá penězi určenými na služby paliativní péče a zavazuje vlády jednotlivých evropských zemí k vyčlenění dostatečných finančních prostředků pro zajištění multidisciplinární paliativní péče v různých zázemích dítěte a jeho rodiny.
3. **Bod č. 10** říká, že u dětí s život zkracujícím nebo život ohrožujícím onemocněním není v žádném případě přípustné provedení eutanazie nebo asistované sebevraždy.

Dalším dokumentem, který popisuje potřeby dětí v paliativní péči, je *Charta práv dětí, jejichž život je v důsledku jejich nemoci nebo stavu zkrácen nebo ohrožen*. Byla vydána **Mezinárodní sítí na podporu dětské paliativní péče**² (dále jen ICPCN) v říjnu 2008

² International Children's Palliative Care Network

a vychází z ACT klasifikace. Do češtiny tuto Chartu přeložila Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (dále také ČSPM ČLS JEP) (2008), její celý text viz příloha P I. Důležitým společným znakem tohoto dokumentu a standardů dětské paliativní péče přijatých EAPC, je kromě preference domácí péče i existence tzv. klíčového pracovníka, který by měl být přidělen každému dítěti a jeho rodině. Hlavní náplní jeho práce by pak mělo být vytvoření, koordinace a správa adekvátní podpůrné sítě, do které spadá i činnost multidisciplinárního týmu a podpora komunity.

Třetí a zároveň poslední dokument zaměřený na poskytování kvalitní pediatrické paliativní péče s ohledem na dětská práva je tzv. *Charta práv umírajících dětí* sestavená autory Benini et al. (2013). Autoři Chartu vytvořili jakou součást projektu podporovaného nadací **Maruzza Lefebvre D'Ovidio** a byla odsouhlasena na konferenci v italském městě Terst, proto bývá také nazývána jako Terstská Charta. Dokument nebyl přeložen do českého jazyka, avšak jeho celé znění v angličtině je přílohou P II této práce.

1.4 Hospicová péče

Tomeš a kol. (2015, s. 12-13) uvádějí, že i když se hospicová péče používá ve spojení s péčí paliativní, tak je mezi nimi značný rozdíl a nemají být zaměňovány. Důležitým faktorem pro jejich rozlišení je, že paliativní péče se zabývá všemi aspekty péče o nevléčitelné pacienty, zatímco hospicová péče se zaměřuje na terminální stádium nevléčitelné choroby. Termín paliativní péče byl poprvé použit v roce 1975 kanadským lékařem Balfourem Mountem, který hledal označení pro svou novou nemocniční jednotku v Montrealu. Chtěl ji označit jako hospic, ale uvědomil si, že tento výraz se již ve francouzsky hovořícím Québecu používal v jiném kontextu, což ho vedlo k zavedení nového lékařského pojmu paliativní péče. Hospicová péče je tedy oproti péči paliativní termínem mnohem starším. Koncept paliativní péče byl podrobněji rozebrán v předchozí části této práce, proto již opětovně nebude zmiňován. Termín hospic pochází z latinského *hospitium*, které lze do češtiny přeložit jako útulek nebo pohostinnost, a starofrancouzského *hospes* neboli hostitel (Connor, 2017, s. 1). Haškovcová (2007, s. 45-46) dodává, že termín hospic byl využíván již ve středověku a označoval tzv. dům odpočinku, který nejčastěji vyhledávali unavení poutníci na cestě do Palestiny. V hospici se najedli, umyli, odpočinkem nabrali síly na další pouť a ošetřili případná zranění. Takový dům odpočinku zpravidla vedl člověk zběhlý nejen v hostinství, ale také znalý v ranhojičství. Proto není náhodou, že mají dnešní hostince a nemocnice (z angl. *hospital*) stejný filologický původ. V moderním pojetí lze říci,

že středověký hospic v základní úrovni poskytoval to, co je v dnešní době označováno jako bio-psycho-socio-spirituální pohoda.

Connor (2017, s. 1-2) ve své knize používá definici hospice dle Národní organizace hospicové a paliativní péče (NHPCO) z roku 2000: Hospic poskytuje podporu a péči osobám v posledních fázích nevléčitelné nemoci, aby byl závěr jejich života naplněný a co nejkomfortnější. Hospic považuje proces umírání za součást běžného průběhu života a zaměřuje se na zvyšování kvality života zbývajícího. Uznává život a smrt neurychluje (nepodporuje eutanázii) ani neprodlužuje trápení pacienta³. Hospic existuje v naději a víře, že prostřednictvím vhodné péče zaměřené na individuální potřeby umírajících a také empatického přístupu pečujících mohou pacienti i jejich rodiny svobodně dosáhnout určitého stupně uspokojení při přípravě na smrt. Hospic také respektuje lidský růst jako celoživotní proces a snaží se o jeho zachování a rozvoj i v průběhu poslední fáze života. Hospic poskytuje paliativní péči všem pacientům a jejich rodinám bez ohledu na jejich věk, pohlaví, národnost či rasu, vyznání, sexuální orientaci, zdravotní postižení, diagnózu onemocnění, dostupnost primárního pečovatele nebo platební schopnost.

Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (dále jen APHPP) (2016, s. 3) doplňuje, že hospicová péče je péčí komplexní, zaměřující se na zdravotní, sociální i psychologické potřeby pacienta, v čemž lze najít její společný znak s péčí paliativní. Někdy proto bývá nepřesně označována jako hospicová paliativní péče. Jejím specifikem však je, že je poskytována pacientům všech indikačních, diagnostických i věkových skupin, u nichž byla lékařem stanovena předpokládaná prognóza přežití kratší než šest měsíců. Cílem hospicové péče také není uzdravení pacienta, ale léčba bolesti a s ní souvisejících projevů, zajištění důstojného umírání a smrti a podpora rodiny v truchlení. Stanovením časového horizontu přežití v maximální délce šesti měsíců se hospicová péče zásadně odlišuje od péče poskytované v nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných či ošetrovatelských ústavech. Dle názoru Haškovcové (2007, s. 48-51) a dalších odborníků je kritérium šestiměsíčního dožití po přijetí do hospice příliš kruté. V pacientech může vyvolávat negativní pocity velmi se podobající člověku odsouzenému k odnětí svobody. Z tohoto důvodu není toto časové kritérium v českých hospicích uplatňováno.

³ Stav, kdy je smrt již neodvratná, ale přesto je prostřednictvím léčby opakovaně a s obtížemi oddalována, bývá odborníky označován jako **dystanázie** neboli **zadržovaná smrt** (Haškovcová, 2007, s. 33).

1.5 Hospicová péče v České republice

Hospicová péče je v České republice součástí systému zdravotní a sociální péče a rozlišujeme tři základní typy (APHPP, 2016, s. 4):

- 1. Mobilní hospic** – Specializovaná paliativní péče je poskytována multidisciplinárním týmem v **domácím** nebo **náhradním sociálním prostředí** pacienta. V péči je zahrnuta i komplexní podpora rodiny a blízkých pacienta podílejících se na péči. Radbruch, Payne a kol. (2010, s. 41) uvádějí, že tato forma péče je pacienty v terminální fázi života preferovaná a většina z nich si přeje prožít závěr života až do okamžiku smrti v prostředí vlastního domova. Situace je však dle výzkumů opačná, převážná část pacientů umírá v nemocnici nebo léčebnách dlouhodobě nemocných.
- 2. Denní hospicový stacionář** – Nabízí možnost pobytu těžce nemocných pacientů formou denních návštěv, na noc odjíždějí pacienti zpět domů. Během **denního pobytu** mohou být prováděny některé léčebné postupy, jako např. aplikace infuzí nebo fyzioterapie, ale také psychoterapie či ergoterapie, pokud to umožňuje zdravotní stav pacienta (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012, s. 234). Haškovcová (2007, s. 58) doplňuje, že v zahraničí jsou hospicové stacionáře oblíbené, protože oddalují hospitalizaci a poskytují pacientovi možnost být v domácím prostředí. Také uvádí, že stacionáře často existují při lůžkových hospicích, ale v České republice byla pro dočasný nezáměr jejich činnost výrazně redukována. V současnosti funguje v České republice pouze jediný hospicový stacionář. Provozuje jej Mobilní hospic Ondrášek a poskytuje **odlehčovací péči** pouze rodinám pečujícím o nevléčitelně nemocné dítě, nikoliv dospělé (Mobilní hospic Ondrášek, © 2021).
- 3. Lůžkový hospic** – Samostatně stojící lůžkové zařízení, které poskytuje specializovanou paliativní péči pacientům s nevléčitelným onemocněním a jejich rodinám, a to především v terminální fázi nemoci. Péče je orientovaná na individuální přání a potřeby pacientů a vytvoření komfortního prostředí, ve kterém mohou pacienti důstojně strávit závěr života v kruhu svých nejbližších (APHPP, 2016, s. 4). Haškovcová (2007, s. 50) uvádí, že rodina pacienta se na péči může, ale nemusí podílet, avšak už její fyzická přítomnost má značný vliv na psychickou pohodu pacienta. Do lůžkového hospice jsou přijímáni pacienti s život ohrožujícím onemocněním, které vyžaduje intenzivní paliativní léčbu, ale současně u něj není nutná hospitalizace v nemocnici, avšak domácí péče nestačí nebo není možná. Dle Markové (2010, s. 27) jsou všechny síly lůžkového hospice orientovány na zajištění dobrého umírání hospitalizovaným nemocným, o což se snaží

především výběrem vhodně motivovaného personálu a jeho kontinuálním vzděláváním, a také uzpůsobením denního režimu a řádu tak, aby se co nejvíce podobal domácímu prostředí pacientů.

APHPP (2017, s. 3) na základě doporučení WHO definovala čtyři parametry potřeby lůžkové hospicové péče v České republice, které jsou:

- **Dostupnost** – Hustota pokrytí minimálně 5 lůžek/100 000 obyvatel = *naplněno kromě kraje Vysočina*;
- **Dojezdová vzdálenost** – V maximální délce 70 km = *naplněno*;
- **Dodržení standardů** – Lůžkové hospice se řídí Standardy APHPP = *naplněno*;
- **Čekací lhůty na přijetí** – Nejsou obvykle žádné, průběžná nabídka volných míst = *naplněno*.

Pro úplné naplnění těchto čtyř parametrů je tedy nutné postavit v kraji Vysočina lůžkový hospic. V současné chvíli bylo vydáno stavební povolení a schválena dotace ve výši 20 mil. Kč z rozpočtu kraje Vysočina na vybudování **Hospice Mezi Stromy** v Havlíčkově Brodě (Hospic Mezi stromy, z. s., © 2021).

1.5.1 Dětský hospic

Dětský hospic se od hospice pro dospělé pacienty liší v několika zásadních aspektech. Jak již bylo několikrát zmíněno, paliativní péče je poskytována dětem s život zkracujícími nebo život ohrožujícími onemocněními a jejich rodinám. Hlavním zaměřením jeho činnosti však není terminální péče, ale tzv. **péče respitní** (odlehčovací). Doba od stanovení diagnózy až po případné úmrtí dítěte může být různě dlouhá, v některých případech může trvat i několik let. Dětský hospic proto nabízí dětským pacientům a jejich blízkým možnost opakovaného využití krátkodobého zotavovacího pobytu. Během této doby může rodina nabrat nové síly, odpočinout si od každodenní namáhavé péče o dítě a podělit se o svá trápení s odborníky v dětské paliativní péči. Následně se i s dítětem vrací zpátky domů (Nadační fond Klíček, © 2020). Sekce dětské paliativní péče ČSPM ČLS JEP (2019) se rozhodla pro definování pojmu dětský lůžkový hospic, protože zaznamenala nedorozumění v jeho pochopení. Definice je následující: „*Dětský lůžkový hospic je zdravotnické zařízení poskytující specializovanou paliativní péči prostřednictvím multidisciplinárního týmu. Zaměřuje se na zlepšení kvality života dětí a mladých lidí se závažným onemocněním, u kterých se neočekává, že budou žít v dospělosti, a jejich rodin. Poskytuje flexibilní*

a praktickou podporu celé rodině, často po mnoho let a v jakékoli fázi onemocnění dítěte nebo mladistvého. Služby dětského lůžkového hospice zahrnují převážně odlehčovací pobyty, pomoc při zvládání bolesti a jiných symptomů závažného onemocnění, a podporu rodinným příslušníkům, včetně sourozenců. Terminální péče o dětské hospitalizované pacienty nebývá ve srovnání s objemem poskytované respirační péče dominantní. Lůžkový hospic také nabízí podporu v období truchlení rodině tak dlouho, dokud bude potřeba.“

1.6 Mobilní hospicová péče

Mobilní hospicová péče je formou specializované péče, proto bývá také označována jako mobilní specializovaná paliativní péče (dále jen MSPP). Dalšími názvy jsou např. domácí nebo mobilní hospic. Jak již bylo zmíněno, jedná se o péči, která je pacientům poskytována v jejich domácím nebo náhradním sociálním prostředí (Sláma, 2012, s. 11). Radbruch, Payne a kol. (2010, s. 54-55) uvádějí, že mobilní hospic garantuje trvalou dostupnost péče 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Péče je poskytována multidisciplinárním týmem – vzhledem k faktu, že je o pacienty pečováno v domácím prostředí, bývá tento tým také označován jako tým domácí paliativní péče. V ideálním případě by měl fungovat jeden tým domácí paliativní péče na 100 000 obyvatel⁴. Ve venkovských oblastech však musejí mobilní hospice v některých případech pokrývat i větší spádovou oblast, aby byla zajištěna efektivní péče. Autoři doplňují, že dle dostupných dat byl největší podíl služeb MSPP ve Velké Británii, Polsku a Švédku, a to v poměru cca jedna služba na 160 000-180 000 obyvatel. Velice špatná situace byla naopak např. v Německu, kde bylo na 80 milionů obyvatel dostupných pouze přibližně 30 služeb MSPP.

V roce 2019 vydala Česká společnost paliativní medicíny a Fórum mobilních hospiců dokument s názvem *Standardy mobilní specializované paliativní péče*, který aktualizuje znění *Standardů kvality paliativní péče* zpracovaných v letech 2015-2016 společnou pracovní skupinou ČSPM ČLS JEP a APHPP za podpory Ministerstva zdravotnictví ČR (MZ ČR). Primárním cílem této publikace je stanovit kritéria pro kvalitní specializovanou paliativní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacientů. Dokument také

⁴ Také ČSPM ČLS JEP a Fórum mobilních hospiců (© 2021) souhlasí, že by ideálně měl fungovat jeden tým MSPP na cca 100 000 obyvatel. Tento tým je schopen postarat se zhruba o 200 pacientů/rok. Doporučená dojezdová vzdálenost je do 60 minut.

reflektuje legislativní a úhradové změny, které přinesl *Pilotní program MSPP* realizovaný MZ ČR, ČSPM ČLS JEP a Všeobecnou zdravotní pojišťovnou (VZP) v letech 2015-2017. Sekundárním cílem je pak fixace odbornosti 926 – domácí paliativní péče – do systému (ČSPM ČLS JEP a Fórum mobilních hospiců, 2019, s. 4).

Web Paliativa (© 2018) uvádí, že se do *Pilotního programu MSPP* zapojilo celkem 14 mobilních hospiců napříč celou ČR. Datová základna pro hodnocení programu shromáždila data o 750 pacientech v pilotní skupině a také informace o více než 70 000 pacientech, kteří byli ve skupinách kontrolních. Průběh tohoto pilotního programu byl podrobně analyzován Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR (dále jen ÚZIS), který přinesl následující výsledky:

- V mobilních hospicích, tedy zařízeních poskytujících MSPP, dožívá 92–97 % pacientů v prostředí, které odpovídá jejich preferencím a přáním;
- MSPP je schopná účinně tlumit nežádoucí projevy onemocnění (např. bolest), a tím dosáhnout maximálního možného udržení a zachování kvality života až do okamžiku smrti pacienta;
- Individuální zdravotní péče o pacienta v domácím prostředí je sice fyzicky a psychicky náročná, ale nevede ke zvyšování finančních nákladů. Právě naopak – MSPP je cca o 300,- Kč/den péče levnější než v případě, že by pacient umíral v jiném prostředí (Paliativa, © 2018).

Výsledky pilotního programu byly na podzim roku 2016 prezentovány v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR, a jak již bylo zmíněno na konci předchozí strany, v reakci na ně byly realizovány legislativní a úhradové změny pro oblast MSPP (Paliativa, © 2018).

V současné chvíli také běží projekt MZ ČR s názvem *Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti domácí specializované paliativní péče*, který je realizován v rámci Operačního programu Zaměstnanost, financovaného Evropskou unií (EU) z Evropského sociálního fondu. MZ ČR na svém webu uvádí: „Cílem projektu je rozvoj a standardizace péče, která je definovaná v úhradové vyhlášce jako mobilní specializovaná paliativní péče, tedy mobilních hospiců. Přínosem programu je i možný rozvoj poskytovatelů, kteří neměli možnost být zařazeni do Pilotního programu Mobilní specializované péče“ (MZ ČR, 2018). MZ ČR v pilotní fázi projektu plánuje podpořit 10 vybraných poskytovatelů MSPP, a tak zesílit dopad *Pilotního programu MSPP*, jenž tomuto projektu předcházela, a byl popsán v předchozích odstavcích.

2 PODNIKÁNÍ

V současné české legislativě není termín podnikání jasně vymezen. Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník uvádí v § 420 pouze definici podnikatele: „*Kdo samostatně vykonává na vlastní účet a odpovědnost výdělečnou činnost živnostenským nebo obdobným způsobem se záměrem činit tak soustavně za účelem dosažení zisku, je považován se zřetelem k této činnosti za podnikatele.*“ Režňáková (2012, s. 9) doplňuje, že toto vnímání podnikání a podnikatele vychází již z neoklasické ekonomické teorie, která říká, že je jednání člověka racionální, založené výhradně na ekonomickém myšlení. Z toho lze odvodit i cíl podnikání, kterým je maximalizace zisku. Dle Kuratka (2017, s. 20) je podnikání dynamickým procesem vize, změny a tvorby, který vyžaduje využití energie a nadšení pro vytváření a implementaci nových nápadů a kreativních řešení. Tento proces inovací a tvorby nového podniku je uskutečňován prostřednictvím čtyř hlavních rozměrů – individuálního, organizačního, environmentálního a procesního, který podporují sítě ve vládě, školství a institucích. Pro vytvoření konkurenceschopného podnikatelského nápadu je nutné vzít v potaz všechny mikro a makro pozice tohoto záměru a zároveň umět rozpoznat a využít nabízené tržní příležitosti.

2.1 Možnosti podnikání v České republice

Dle Vebera, Srpové a kol. (2012, s. 68) je Listina základních práv a svobod základem pro úpravu podmínek podnikání v ČR. V tomto dokumentu je totiž zakotveno právo každého občana na podnikání a provoz jiné hospodářské činnosti. Pro konkrétní legislativní úpravu podnikání je však nutno kromě občanského zákoníku využít také zákon o obchodních korporacích nebo živnostenský zákon, případně další zákony upravující podmínky pro podnikání v činnostech vyloučených z působnosti živnostenského zákona. Nelze opomenout ani právní předpisy, které se zabývají problematikou účetnictví, daní a ostatních odvodů, společně s ochranou spotřebitele a bezpečností práce.

Jak již bylo zmíněno, jedním z primárních zákonů upravujících podmínky podnikání v České republice je **zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník**, který vešel v platnost 1. 1. 2014 a nahradil původní zákoník z roku 1964. Proto bývá také často označován jako nový občanský zákoník (dále jen NOZ) (Synek, Kislingerová a kol., 2015, s. 97). NOZ kromě pojmu podnikatel definuje také další termíny s podnikáním spjaté, jako např. obchodní firma (§§ 423-428), sídlo podnikatele (§ 429) nebo fyzická a právnická osoba (§§ 19-20).

Druhým zmíněným je **zákon č. 90/2012 Sb., zákon o obchodních společnostech a družstvech (zákon o obchodních korporacích)**, který nahradil obchodní zákoník a vešel v platnost společně s NOZ. Definuje typy obchodních společností a družstev a upravuje podmínky jejich založení.

Vztahy mezi státem a podnikatelskými subjekty, které provozují svou činnost na základě živnostenského oprávnění se zabývá **zákon č. 455/1991 Sb., živnostenský zákon** v aktuálním znění. V tomto zákoně je vymezen termín živnost a definovány všeobecné i specifické podmínky pro získání živnostenského oprávnění, stanovuje také základní rovnoprávné podmínky pro provozování živnosti jak samostatných živnostníků, tak i velkých podniků či zahraničních subjektů (Veber, Srpová a kol., 2012, s. 68).

2.2 Fyzická a právnická osoba v podnikání

Synek s Kislingerovou a kol. (2015, s. 106-107) uvádějí, že před zahájením podnikání je potřeba důkladně zvážit a vybrat vhodnou právní formu podniku. Kritéria volby jsou především:

- Způsob a rozsah ručení (podnikatelské riziko);
- Oprávnění k řízení (kdo bude podnik vést a zastupovat jej navenek, jaké budou možnosti spolurozhodování);
- Počet zakladatelů a počáteční kapitálové nároky;
- Administrativní náročnost založení podniku a s tím spojené výdaje na založení a provoz;
- Účast na zisku nebo ztrátě;
- Finanční možnosti, především přístup k cizím zdrojům;
- Daňové zatížení a míra zveřejňovací povinnosti.

Dle Hučky, Čvančarové a Franka (2021, s. 154) vytvoření právní formy podniku představuje významné rozhodnutí, jelikož legalizuje vznik nové firmy a určuje její vlastnické vztahy. Volba právní formy však není nezvratná a v průběhu růstu podnikání lze změnit. Tento akt se nazývá *proces transformace*. Legislativa pro vznik nové začínající firmy uvažuje dvě možnosti právní formy, a to **fyzická a právnická osoba**.

2.2.1 Fyzická osoba

Termín fyzická osoba je upraven v NOZ, který říká, že má člověk právní osobnost od okamžiku narození až do smrti. Srpová, Řehoř a kol. (2010, s. 67) uvádějí, že v souvislosti s podnikáním fyzických osob se používá termín „osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ)“. Značí člověka, který má příjem z podnikání nebo jiné samostatně výdělečné činnosti, a to na základě živnostenského nebo jiného oprávnění k provozu živnostenské činnosti. Živnostenský zákon č. 455/1991 Sb. v aktuálním znění definuje v § 2 živnost následovně: „*Živností je soustavná činnost provozovaná samostatně, vlastním jménem, na vlastní odpovědnost, za účelem dosažení zisku a za podmínek stanovených tímto zákonem*“ (Československo, 1991). Pro získání živnostenského oprávnění je nutné splnit podmínky stanovené tímto zákonem. Dělí se na:

1. Všeobecné podmínky (upravené § 6)

- Plná svéprávnost;
- Bezúhonnost;

2. Zvláštní podmínky (upravené § 7)

- Odborná nebo jiná způsobilost, pokud je živnostenský zákon nebo zvláštní předpisy vyžadují (Srpová, Řehoř a kol., 2010, s. 67).

Synek s Kislingerovou a kol. (2015, s. 80) k tomuto doplňují, že živnostenský zákon rozděluje z hlediska odborné způsobilosti živnosti na **ohlašovací** (provozovány na základě ohlášení) a **koncesované** (provozovány na základě povolení, tzv. *koncese* udělené živnostenským úřadem).

Podle předmětu podnikání lze živnosti rozdělit na **obchodní, výrobní a poskytující služby**. Všichni podnikatelé provozující některý typ živnosti uvedený výše jsou evidováni v živnostenském rejstříku (Synek, Kislingerová a kol., 2015, s. 80-81).

2.2.2 Právnícká osoba

Jak uvádějí Srpová, Řehoř a kol. (2010, s. 68), podnikat je možné také jako právnícká osoba, avšak tento způsob je administrativně náročnější a je nutné složit základní kapitál. Všechny právnícké osoby jsou poté zapsány v obchodním rejstříku. Definici právnícké osoby lze nalézt v NOZ v § 20: „*Právnícká osoba je 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). Problematika vzniku, činnosti a zániku právnických osob je upravena především v zákoně č. 90/2012 Sb. o obchodních korporacích. Obchodními korporacemi jsou myšleny obchodní společnosti, které se ještě dále dělí, a družstva.

1. Obchodní společnosti – Patří zde osobní společnosti, kapitálové společnosti, evropská společnost a evropské hospodářské zájmové sdružení.

- **Osobní společnosti** – Jsou založeny a vlastněny dvěma nebo více osobami, které se vzájemně dělí o zisky nebo ručí za ztráty. Společníci se na podnikání účastní osobně, proto se společnosti označují jako osobní. V ČR existují 2 formy těchto společností – *veřejná obchodní společnost (v. o. s.)* a *komanditní společnost (k. s.)*
- **Kapitálové společnosti** – U kapitálových společnostech mají společníci pouze povinnost vnést vklad, avšak za závazky ručí pouze omezeně nebo vůbec. Patří zde *společnost s ručením omezeným (s. r. o.)* a *akciová společnost (a. s.)*

2. Družstva – Zákon o obchodních korporacích definuje družstvo v § 552 jako: „*Společenství neuzavřeného počtu osob, které je založeno za účelem vzájemné podpory svých členů nebo třetích osob, případně za účelem podnikání, a má nejméně 3 členy*“ (Česko, 2012).

Zákon o obchodních korporacích doplňuje, že se evropská společnost, evropské hospodářské zájmové sdružení a evropská družstevní společnost, které nebyly detailněji popsány výše, řídí ustanoveními tohoto zákona, a to v rozsahu, který připouští přímo použitelné předpisy EU (Česko, 2012).

Veber se Srpovou a kol. (2012, s. 80) uvádějí, že konkrétní postup založení každého typu právnické osoby upravují příslušná ustanovení zákona o obchodních korporacích. Postup založení právnické osoby (z právního hlediska) lze v základních bodech popsat na příkladu společnosti s ručením omezeným:

- Sepsání společenské smlouvy nebo zakladatelské listiny;
- Složení základního kapitálu u správce vkladu;
- Získání živnostenského či jiného oprávnění k výkonu činnosti;
- Zapsání firmy do obchodního rejstříku.

Hučka, Čvančarová a Franek (2021, s. 154) dodávají, že pro začínající firmy přicházejí v úvahu společnost s ručením omezeným, veřejná obchodní společnost, případně společnost komanditní. Akciová společnost je dle autorů vhodná až v pozdějších stádiích rozvoje firmy.

Formy právnických osob vztahující se mobilním hospicům budou popsány v kapitole 2.4.

2.3 Podnikání ve zdravotnictví

Dle Synka, Kislingerové a kol. (2015, s. 433-442) není sféra zdravotnictví vyloučena ze systému podnikání. Je však důležité mít na paměti, že v tomto sektoru obecně převažuje nabídka nad poptávkou, a také že má provozování zdravotnických služeb oproti některým běžným službám určitá specifika, typická pro zdravotnictví:

- **Předmět činnosti** – Cílem zdravotních služeb je kromě předcházení nemocem prostřednictvím prevence, také udržení a obnova zdraví; zajištění kvalitní péče je důležitější než náklady s tím spojené;
- **Vztah zákazníka (pacienta) k poskytovateli služby (lékaři, zdrav. zařízení)** – Zájem pacienta o službu je spojen se zhoršením jeho zdravotního stavu;
- **Povinnost poskytovatele služby** – Poskytnutí služby nelze odeprít, zejména pak v případě akutních obtíží;
- **Pozice pacienta** – Pacientovi jako zákazníkovi se obtížně prověřuje kvalita poskytnuté péče, také úhrada provedeného léčebného výkonu zpravidla není konkrétně svázaná s kvalitou poskytnuté služby.

Specifický je také způsob úhrady zdravotních služeb, jelikož většina důležitých zdravotnických úkonů není hrazena přímými úhradami pacientů, nýbrž skrze systém veřejného zdravotního pojištění. Pro podnikatele plánující založit soukromé zdravotnické zařízení pak platí, že by kromě zvážení výše zmíněných specifik měli myslet i na zpracování podnikatelského plánu (Synek, Kislingerová a kol., 2015, s. 434). Podnikatelským plánem a jeho charakteristikami se zabývá kapitola 3 této práce.

Šnédar (2008, s. 7-9) uvádí, že mezi základní právní předpisy související se zdravotnickým právem patří zákony (včetně zákonů ústavních), nařízení vlády a prováděcí vyhlášky zejména MZ ČR, které se zabývají poskytováním zdravotní péče, ochranou života a veřejného zdraví. Příkladem mohou být:

- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů;
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování;
- Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče.

2.4 Právní formy mobilních hospiců

Huneš (2015) uvádí, že hospic v českém prostředí je nestátním neziskovým zařízením. Většina právních forem, které lze označit jako neziskové, je definována v NOZ, a patří zde:

- Spolek;
- Nadace;
- Nadační fond;
- Ústav (Šedivý a Medlíková, 2017, s. 24).

Šedivý s Medlíkovou (2017, s. 24) dále uvádějí, že dle zákona č. 248/1995 Sb., o obecně prospěšných společnostech, který byl k 1. 1. 2014 zrušen, existují v České republice i neziskové organizace ve formě obecně prospěšných společností, již však není možné je dále zakládat. Do neziskového sektoru se dle zákona č. 3/2002 Sb., o církvích a náboženských společnostech řadily také církevní právnické osoby. Tento zákon byl v roce 2005 novelizován Zákonem č. 495/2005 Sb., a slovo církevní bylo nahrazeno slovem evidované. V této práci bude používán aktuální termín evidované právnické osoby.

Dle Huneše (2015) jsou nejčastějšími právními formami hospiců v ČR zapsaný spolek, zapsaný ústav a evidovaná právnická osoba. Tyto jsou popsány v následující části.

2.4.1 Zapsaný spolek (z. s.)

Jak již bylo zmíněno, termín spolek je zakotven v NOZ. Spolek jako samosprávný a dobrovolný svazek členů může být založen minimálně třemi osobami vedenými společným zájmem. Spolek je založen zakládajícími členy po schválení stanov, jejichž minimálním obsahem je název, sídlo a účel spolku, práva a povinnosti členů vůči němu a určení statutárního orgánu, a vzniká dnem zapsání do veřejného rejstříku. Legislativa umožňuje, aby hlavní činností spolku bylo pouze uspokojování a ochrana zájmů, kvůli kterým byl založen. Podnikání ani jiná výdělečná činnost není jako hlavní činnost spolku povolena. Je však možné podnikat v rámci vedlejší hospodářské činnosti spolku, avšak zisk z této aktivity musí být použit výhradně na spolkovou činnost. Mezi orgány spolku patří statutární orgán (výbor nebo předseda) a nejvyšší orgán, dále pak kontrolní a rozhodčí komise a další orgány uvedené ve stanovách (Česko, 2012).

2.4.2 Zapsaný ústav (z. ú.)

NOZ definuje ústav jako: „*Právníká osoba ustavená za účelem provozování činnosti užitečné společensky nebo hospodářsky s využitím své osobní a majetkové složky*“ (Česko, 2012). Pokud ústav provozuje obchodní závod nebo jinou vedlejší činnost, pak tato aktivita nesmí působit újmu na jakosti, rozsahu ani dostupnosti služeb hlavní činnosti ústavu. Případný zisk může být použit pouze k podpoře činnosti nebo úhradě nákladů na správu ústavu. Ústav se zakládá buď zakládací listinou nebo pořízením pro případ smrti a stejně jako spolek vzniká zápisem do veřejného rejstříku. Statutárním orgánem ústavu je ředitel, dalšími orgány jsou správní a případně dozorčí rada, pokud byla zřízena. Ředitel nemůže být členem ani správní, ani dozorčí rady (Česko, 2012).

2.4.3 Evidovaná právníká osoba

Dobrozemský se Stejskalem (2015, s. 228) uvádějí, že církve nebo náboženské společnosti mohou za podmínek daných zákonem o církvích zakládat právníkové osoby. Tyto se označují jako tzv. evidované právníkové osoby a návrh na jejich vznik podává orgán církve nebo náboženská společnost Ministerstvu kultury (MK ČR). To následně provede zápis evidované právníkové osoby do příslušného rejstříku. Zákon o církvích a náboženských společnostech v § 15a a § 16a uvádí, že jednou z forem evidované právníkové osoby je i tzv. účelové zařízení registrované církve a náboženské společnosti, které se zakládá za účelem poskytování sociálních nebo zdravotnických služeb (Česko, 2002). Patří zde například Diakonie Českobratrské církve evangelické (dále jen ČCE), která zřizuje hospic Citadela ve Valašském Meziříčí (Diakonie Českobratrské církve evangelické Valašské Meziříčí, © 2021).

2.5 Právní a organizační úkony nutné ke vzniku mobilního hospice

Po zvolení vhodné právní formy je třeba učinit nezbytné právní kroky pro vznik a zahájení činnosti mobilního hospice. Pro účely této práce byla zvolena právní forma zapsaného ústavu, jakožto jedna z nejčastějších forem hospice v ČR (Huneš, 2015). Počátečním právním úkonem je založení ústavu, jehož náležitosti již byly popsány výše na této stránce, proto se jimi práce již opětovně nezabývá. Právní a organizační úkony následující po založení ústavu jsou rozebrány v následující části.

2.5.1 Registrační povinnost daňového subjektu

Vznik registrační povinnosti daňového subjektu upravuje zákon č. 280/2009 Sb., daňový řád v § 125: „*Registrační povinnost vzniká daňovému subjektu, kterému vznikne povinnost podat přihlášku k registraci k jednotlivé dani*“ (Česko, 2009). Registraci je nutné provést do 15 dnů od založení organizace u správce daně na místně příslušném finančním úřadě. Správce daně následně daňovému subjektu přiřadí daňové identifikační číslo (DIČ), které obsahuje kód „CZ“ a kmenovou část tvořenou obecným identifikátorem (Česko, 2009).

Daň z příjmů je upravena v zákoně č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů. Dobrozemský a Stejskal (2015, s. 336) uvádějí, že předmětem daně jsou příjmy z veškeré činnosti a z nakládání s veškerým majetkem. Toto se však nevztahuje na mobilní hospice, které jsou dle zákona o daních z příjmu tzv. **veřejně prospěšným poplatníkem**. §18a tohoto zákona říká, že u veřejně prospěšného poplatníka, který je poskytovatelem zdravotních služeb a má k tomu dle zákona o zdravotních službách oprávnění, jsou předmětem daně všechny příjmy s výjimkou příjmů z investičních dotací. Přihlášku k registraci k dani z příjmů právnických osob je dle § 39a opět nutné podat u příslušného správce daně do 15 dnů od vzniku organizace (Československo, 1992).

Jelikož má mobilní hospic ve vlastnictví zpravidla i automobily, je také nutno provést registraci k silniční dani, která je upravena Zákonem č. 16/1993 Sb., o dani silniční. Předmětem daně jsou dle § 2 tohoto zákona silniční motorová vozidla a jejich přípojná vozidla, která jsou registrovaná a provozovaná v České republice a používaná poplatníkem daně z příjmů právnických osob, pokud však příjmy z této činnosti nejsou předmětem daně z příjmů (Česko, 1993).

2.5.2 Povinnosti zaměstnavatele

Každému zaměstnavateli náleží povinnosti uvedené v zákoně č. 262/2006 Sb., zákoník práce. Zákoník práce upravuje pracovněprávní vztahy mezi zaměstnavatelem a zaměstnanci, ale také jejich práva a povinnosti. Základní povinnosti zaměstnavatele vyplývající z tohoto zákona jsou oznamovací povinnost vůči Okresní správě sociálního zabezpečení (OSSZ) a zdravotní pojišťovně a registrace k zákonnému pojištění odpovědnosti (Česko, 2006).

Oznamovací povinnost vůči OSSZ vyplývá ze zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění. Každý zaměstnavatel, jehož zaměstnanci jsou s ním v pracovněprávním vztahu, je povinen účastnit se na jejich nemocenském pojištění. Přihlášku k účasti na nemocenském

pojištění musí zaměstnavatel na OSSZ podat do 8 kalendářních dnů od nástupu zaměstnance do zaměstnání. Tato lhůta platí např. i pro změnu údajů nebo odhlášení zaměstnance (Česko, 2006). Povinnost zaměstnavatele účastnit se na sociálním pojištění svých zaměstnanců stanovuje zákon č. 589/1992 Sb., o sociálním pojištění. V § 7 tohoto zákona je uvedeno, že: „Sazba pojistného činí u zaměstnavatele 24,8 % z vyměřovacího základu, z toho 2,1 % na nemocenské pojištění, 21,5 % na důchodové pojištění a 1,2 % na státní politiku zaměstnanosti“ (Československo, 1992).

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění upravuje oznamovací povinnost zaměstnavatele vůči zdravotní pojišťovně. Zaměstnavatel je povinen platit část zdravotního pojištění za své zaměstnance ode dne jejich nástupu až do ukončení pracovněprávního vztahu. Zaměstnavatel musí přijetí zaměstnance do zaměstnání nahlásit do 8 kalendářních dnů na příslušné zdravotní pojišťovně. Sazba pojistného hrazeného zaměstnavatelem je stanovena na 9 % z vyměřovacího základu (Česko, 1997).

Registrace k zákonnému pojištění odpovědnosti je dána vyhláškou Ministerstva financí (MF ČR) č. 125/1993 Sb., kterou se stanoví podmínky a sazby zákonného pojištění odpovědnosti organizace za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání. Od roku 1993 se firmy k zákonnému pojištění přihlašují u pojišťovny Kooperativa, a. s., do 31. 12. 1992 to byla Česká pojišťovna, a. s. Výpočet pojistného je definován v § 12 této vyhlášky a stanoví, že: „Základem pro výpočet pojistného je souhrn vyměřovacích základů za uplynulé kalendářní čtvrtletí (...). K výpočtu použije sazbu uvedenou v příloze této vyhlášky pro příslušnou kategorii určenou podle převažující základní činnosti tvořící předmět podnikání zaměstnavatele“ (Česko, 1993). Pro zdravotní a sociální služby je tato sazba stanovena na 4,2 % z vyměřovacího základu (Česko, 1993).

2.5.3 Registrace poskytovatele zdravotních služeb

Oprávnění k poskytování zdravotních služeb je stanoveno v zákoně o zdravotních službách, který byl v této práci již několikrát zmíněn. Činnost mobilního hospice je dle tohoto zákona formou zdravotní péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Podmínky udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb jsou stanoveny v §§ 16-18 a řadí se zde např. doložení potvrzení o způsobilosti k samostatnému výkonu zdravotnického povolání, potvrzení o bezúhonnosti, seznam zdravotnických a jiných odborných pracovníků nebo provozní řád schválený orgánem ochrany veřejného zdraví. V případě splnění všech zákonných požadavků je organizace zařazena do Národního registru poskytovatelů

zdravotních služeb (NRPZS) (Česko, 2011). Náležitostmi registrace poskytovatele zdravotních služeb se podrobněji zabývá kapitola 6 této práce.

2.5.4 Registrace poskytovatele sociálních služeb

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definuje požadavky pro získání oprávnění k poskytování sociálních služeb. Tyto se z velké části shodují s požadavky pro poskytovatele služeb zdravotních. Paliativní péče v tomto zákoně není konkrétně definovaná, odborné sociální poradenství, které mobilní hospic standardně poskytuje, je však typem sociální služby poskytované terénní formou. Pokud organizace splní zákonem stanovené podmínky, je zařazena do Registru poskytovatelů sociálních služeb spravovaného Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR (MPSV ČR) (Česko, 2006).

2.5.5 Materiálně-technické a personální vybavení mobilního hospice

Materiálně-technické vybavení mobilního hospice je stanoveno vyhláškou č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. Požadavky na vybavení kontaktního pracoviště domácí péče jsou specifikovány v příloze č. 10 této vyhlášky. Minimální plocha pracoviště je 10 m² a jeho součástí musí být i sanitární zařízení pro zaměstnance (Česko, 2012). Doporučení pro vybavení mobilních hospiců uvádějí také Standardy hospicové paliativní péče (APHPP, 2016, s. 16).

Jak již bylo zmíněno, v mobilním hospici je péče poskytována multidisciplinárním týmem. Personální zabezpečení mobilního hospice vychází z vyhlášky č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. V příloze č. 8 této vyhlášky jsou specifikovány požadavky na personální zabezpečení domácí péče (Česko, 2012). Pokud jsou součástí multidisciplinárního týmu i dobrovolníci, musí být jejich činnost realizována v souladu se zákonem č. 198/2002 Sb., o dobrovolnické službě (Česko, 2002). Požadavky na personální zabezpečení mobilního hospice s ohledem na počet pacientů jsou konkretizovány ve Standardech hospicové paliativní péče (APHPP, 2016, s. 13-14). Tento dokument je však pouze doporučením vycházejícím z dobré praxe, závazným a nepodkročitelným dokumentem jsou *Standardy MSPP* zmíněné v kapitole 1.5 této práce.

Podrobněji bude materiálně-technické a personální vybavení mobilního hospice popsáno v kapitole 6 této práce.

3 PODNIKATELSKÝ PLÁN

Srpová et al. (2011, s. 14) ve své knize *Podnikatelský plán a strategie* uvádějí definici podnikatelského plánu dle Orlika: „*Podnikatelský plán je písemný dokument, který popisuje všechny podstatné vnější i vnitřní okolnosti související s podnikatelským záměrem. Je to formální shrnutí podnikatelských cílů, důvodů jejich reálnosti a dosažitelnosti a shrnutí jednotlivých kroků vedoucích k dosažení těchto cílů.*“ Synek s Kislingerovou a kol. (2015, s. 192) doplňují, že je podnikatelský plán výrazem strategické volby a představuje implementaci strategie organizace. Zároveň je však i taktickým plánem činnosti, stejně jako prostředkem k získávání potřebného kapitálu. Z tohoto pojetí vyplývají dvě úlohy podnikatelského plánu – **vnější** (externí) a **vnitřní** (interní). V externím pojetí vystupuje podnikatelský plán jako nástroj komunikace s prostředím mimo firmu, kam patří především potenciální investoři, věřitelé či banky. Cílem je přesvědčit tyto subjekty k podílnictví na firmě či k poskytnutí úvěru. Abrams (2019) dodává, že funkcí podnikatelského plánu uvnitř firmy je posouzení všech kritických aspektů podnikání včetně jeho poslání, konkurence, zaměstnanců, cash flow, operací apod. a identifikace udržitelné strategické pozice firmy.

Přínosy podnikatelského plánu pro management firmy jsou dle Vebera, Srpové a kol. (2012, s. 96) například:

- Přehledná demonstrace záměrů vývoje firmy;
- Predikce vývoje cash flow, zjištění potřeby a tvorba finančních prostředků z podnikatelské činnosti;
- Včasné odhalení potenciálních rizik či slabin ve zvolených záměrech firmy nebo ve způsobech jejich dosažení;
- Budování podnikové kultury a informování zaměstnanců o budoucím plánovaném vývoji firmy.

Srpová, Řehoř a kol. (2010, s. 60) zdůrazňují význam dodržování zásad při tvorbě podnikatelského plánu. Každý podnikatelský plán by měl být:

- **Inovativní** – Z podnikatelského plánu by měla být jasná jedinečná přidaná hodnota, kterou výrobek nebo služba přinese zákazníkovi, a mělo by být evidentní, že dosáhne lepšího uspokojení potřeb zákazníků než produkt konkurenční;
- **Srozumitelný a uváženě stručný** – Jednoduché vyjádření záměru podnikatelského plánu, uvádění jedné myšlenky v jedné větě;

- **Logický a přehledný** – Logická návaznost myšlenek v textu, uváděná tvrzení musí být podložena fakty a pro lepší přehlednost textu ideálně doplněna o tabulky či grafy;
- **Pravdivý a reálný** – Všechny uvedené informace musí být pravdivé, není možné uvádět smyšlená data;
- **Respektující rizika** – Podnikatelskému plánu přidává na důvěryhodnosti fakt, že počítá s riziky a možnými komplikacemi a navrhuje způsoby, jak jim předcházet nebo je zcela vyloučit.

V rámci tvorby podnikatelského plánu je důležité zaměřit se nejprve *na sběr informací* a následně věnovat pozornost celkové *formální úpravě* dokumentu. Množství a kvalita získaných informací totiž ovlivňuje kvalitu rozhodnutí. Nejlepším způsobem je získávání informací v rámci přímého osobního kontaktu. Některá data je však možné získat i v elektronické formě. U těchto zdrojů však hrozí zahlcení velkým množstvím informací, které mnohdy nemusejí být ani relevantní k tématu. Následná formální úprava z velké části závisí na účelu, pro který byl podnikatelský plán vytvořen. Existují však některá obecná pravidla, na která je potřeba pamatovat. Na úvodní straně podnikatelského plánu by měl být uveden obchodní název firmy, její adresa a logo, dále datum vyhotovení dokumentu a kontakt na jeho zpracovatele, jednotlivé kapitoly plánu by měly být očíslovány. Před vytvořením finální verze by měl být soubor opakovaně zkontrolován. Vnější vzhled dokumentu by měl být působivý, jelikož externím subjektům často zprostředkovává prvotní kontakt s firmou, kde je první dojem velmi důležitý. Celkový rozsah standardního podnikatelského plánu je přibližně 40-50 stran plus přílohy (Veber, Srpová a kol., 2012, s. 97-98).

3.1 Struktura podnikatelského plánu

Synek a Kislingerová a kol. (2015, s. 193) uvádějí, že obsah podnikatelského plánu a jeho rozsah je ovlivněn rozdílnou velikostí podniků a organizací, ale i odlišným vývojem či typem výroby. Srpová et al. (2011, s. 14-15) k tomu doplňují, že obsah plánu ani není možné závazně určit, protože investoři, věřitelé či banky mají jiné představy o jeho vzhledu. Současní investoři mnohdy za účelem úspory času požadují zpracování podnikatelského plánu ve formě elektronické prezentace, banky naopak mohou vyžadovat další doplňující dokumenty, které nejsou standardním obsahem plánu. Dle autorů jsou základní body podnikatelského plánu následující:

- Titulní strana;
- Obsah;
- Úvod, účel a pozice dokumentu;
- Shrnutí;
- Popis podnikatelské příležitosti;
- Cíle firmy a jejích vlastníků;
- Potenciální trhy;
- Analýza konkurenčních firem;
- Marketingová a obchodní strategie;
- Realizační plán projektu;
- Finanční plán;
- Hlavní předpoklady úspěšnosti projektu a možná rizika;
- Přílohy.

Popis struktury podnikatelského plánu lze najít i v publikaci autorů Korába, Peterky a Režňákové (2007, s. 36). Nejčastější podnikatelské plány se dle nich skládají z těchto částí:

- Titulní strana;
- Exekutivní souhrn;
- Analýza trhu;
- Popis podniku;
- Výrobní, marketingový a organizační plán;
- Marketingový plán;
- Hodnocení rizik;
- Finanční plán;
- Přílohy.

3.2 Typy podnikatelských plánů

Jak již bylo zmíněno v úvodu této kapitoly, závěrečná forma dokumentu závisí na účelu vytvoření dokumentu. Ižová (2017, s. 44) definuje 4 typy podnikatelských plánů:

1. **Elevator pitch** (prezentace ve výtahu) – Velmi stručná verbální prezentace podnikatelského plánu v době trvání maximálně jednu minutu. Písemná podoba není dokumentu potřeba, protože se jedná pouze o krátké představení podnikatelského záměru. Hlavním cílem je zaujmout potenciálního investora v co nejkratším možném

čase. Svobodová s Anderou (2017, s. 74) doplňují, že tento způsob prezentace podnikatelského nápadu bývá pro jeho verbální formu někdy označován i jako *Elevator Speech*.

2. **Executive summary** – Písemná forma podnikatelského plánu v rozsahu max. 1 strana formátu A4. Je vhodné mít takový dokument k dispozici, kdyby se budoucí podnikatel setkal s osobou, která by mu mohla pomoci získat kapitál. Tento dokument by měl obsahovat informace jako druh a výška požadované investice, popis produktu a kontakt na zpracovatele.
3. **Zkrácený podnikatelský plán** – Obsahuje stejné body jako plný podnikatelský plán, ale ve zjednodušené a zkrácené verzi. Má objasnit náležitosti plánu v takovém rozsahu, aby bylo možné je předložit investorům, ale aby zároveň chránily obchodní tajemství podnikatele.
4. **Plný podnikatelský plán** – Je k dispozici osobám, které podepsaly Dohodu o mlčenlivosti (angl. *Non-Disclosure Agreement, NDA*), ve které se investor zavazuje, že všechny získané informace použije pouze v rámci zvažování investice do daného projektu. V plném podnikatelském plánu jsou všechny náležitosti projektu rozpracovány do detailu. Je možné jej použít místo plánu zkráceného, pokud neobsahuje žádné utajované informace (Ižová, 2017, s. 44).

4 ZÁVĚREČNÉ ZHODNOCENÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Teoretická část diplomové práce se prostřednictvím aktuálních dostupných zdrojů zabývá problematikou dětské paliativní a hospicové péče a oblastí podnikání. Dohledané informace byly v maximální možné míře provázány se zdravotnictvím, aby je bylo možné využít při zpracování praktické části této práce. Teoretická část práce je rozdělena do tří kapitol.

První kapitola diplomové práce je věnována paliativní a pediatrické paliativní péči společně s péčí hospicovou (lůžkovou i mobilní). Byla definována koncepce dětské paliativní péče a její základní principy. Část zabývající se hospicovou péčí je zaměřena především na situaci v České republice – formy poskytované hospicové péče a programy s hospicovou péčí související. Z českých zdrojů byla využita především díla Exnerové s Krejčím, Ratiborského s Fendrychovou a Haškovcové, důležitou součástí jsou také informace Pracovní skupiny EAPC. Ze zahraničních zdrojů je možné zmínit autorku Chambers, případně skupinu autorů Docherty et al.

Druhá kapitola se zabývá problematikou podnikání. Byla popsána některá podnikatelská pojetí a definovány základní pojmy související s podnikáním. Tato část práce se z velké části vztahuje k České republice, proto byly využity převážně české zdroje, a to primárně zdroje legislativní (zákony a vyhlášky). Informace z knižních zdrojů pocházely především od Synka s Kislingerovou a kolektivem, dále pak od Vebera nebo Srpové, Řehoře a kolektivu. Zahraničním zdrojem je publikace od Kuratka.

Ve třetí kapitole je popsán podnikatelský plán, jeho přínosy, specifika a proces tvorby. Část této kapitoly se také zabývá strukturou a možnými typy podnikatelského plánu. Stejně jako v předchozí kapitole byla využita publikace od Synka s Kislingerovou a kolektivem a díla autorky Srpové a kolegů. Zahraniční informace byly čerpány ze slovenské knihy autorky Ižové nebo knihy od autorky Abrams.

Problematika dětské paliativní péče se v současnosti stává aktuálním tématem, a proto existuje poměrně velké množství aktuálních knižních publikací společně s články v odborných periodících zaměřujících se na tuto oblast. V České republice zastává významnou roli v šíření povědomí o dětské paliativní péči Sekce dětské paliativní péče existující pod Českou společností paliativní medicíny Jana Evangelisty Purkyně. Nově vznikl také Institut Pallium, který se Sekcí dětské paliativní péče spolupracuje. Začátkem letošního února společně vydali publikaci *Stav dětské paliativní péče v České republice 2020*, která je v této diplomové práci několikrát citována.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 ANALÝZA EXTERNÍCH FAKTORŮ PRO ZALOŽENÍ DĚTSKÉHO MOBILNÍHO HOSPICE

V prvotní fázi zakládání podniku je nezbytné myslet na fakt, že podnik není samostatně fungujícím subjektem, ale existuje v určitém prostředí, které na něj působí. Prostředí je souborem pozitivních, neutrálních a negativních okolností, které podnik ovlivňují a rozhodují o jeho současném i budoucím vývoji. Vnější okolí firmy se dělí na *makroprostředí* a *mikroprostředí*, přičemž makroprostředí zahrnuje faktory, které různou intenzitou a mírou dopadu působí na mikroprostředí všech aktivních účastníků trhu. Tzv. **marketingové makroprostředí** pak značí okolnosti, vlivy a situace, které podnik svou činností není schopen ovlivnit, nebo je ovlivňuje pouze s velkými obtížemi (Jakubíková, 2013, s. 97-99). Aby byl podnik schopen fungovat, je nutné aby své okolí podrobil důkladné analýze. Tato analýza slouží podniku nejen k poznání okolního prostředí, ale také k identifikaci změn a trendů, které se kolem něj odehrávají a působí na něj, a stanovení plánu, jak bude podnik na takové změny reagovat (Blažková, 2007, s. 53).

5.1 PEST analýza

Pro zhodnocení vnějšího makroprostředí prostředí organizace je vhodné využít PEST analýzu, která zkoumá (**P**)oliticko-právní, (**E**)konomické, (**S**)ociokulturní a (**T**)echnologické faktory, které na podnik působí a mohou ovlivňovat jeho rozvoj (Blažková, 2007, s. 53).

5.1.1 Politicko-právní faktory

Srpová, Řehoř a kol. (2010, s. 131) uvádějí, že politicko-právní faktory tvoří společenský systém, ve kterém podniky realizují svou činnost. Tento systém je ovlivňován mocenským zájmem politických stran a vývojem politické situace ve státě a jeho okolí.

V případě provozování dětského mobilního hospice je nutné dodržovat právní předpisy dané jak státem, resp. vládou České republiky, tak EU, jejímž členem je ČR od 1. 5. 2004. Některé z těchto předpisů již byly v práci zmíněny, pro komplexní pochopení problematiky je přehled nejdůležitějších platných zákonů a vyhlášek souvisejících s poskytováním zdravotních a sociálních služeb a provozováním zařízení mobilní hospicové péče uveden níže.

1. Platné zákony

- Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník;
- Zákon č. 90/2012 Sb., zákon o obchodních korporacích;
- Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce;
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění;
- Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění;
- Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění;
- Zákon č. 589/1992 Sb., o sociálním pojištění;
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování;
- Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta;
- Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních;
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách;
- Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech.

2. Platné vyhlášky

- Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách;
- Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče;
- Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb;
- Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků;
- Vyhláška MZ ČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami;
- Vyhláška č. 428/2020 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2021 (tzv. úhradová vyhláška).

Tyto poměrně rozsáhlé legislativní požadavky představují možné riziko pro provozování dětského mobilního hospice. Je nutné, aby začínající organizace kladla velký důraz a pozornost na dodržení všech podmínek stanovených ve výše uvedených zákonech a vyhláškách a nic neopomenula. Komplikovaná legislativa může také představovat jednu z bariér vstupu dětského mobilního hospice na trh služeb.

Výhodou však mohou být pro dětský mobilní hospic vyhlášky zabývající se materiálně-věcnými a personálními požadavky na jeho provoz. Tyto totiž mohou dát začínající organizaci konkrétní představu o tom, jaké zařízení a vybavení nakoupit a jaké množství pracovněprávních vztahů je nutné uzavřít. Dalším plusem může být pro dětský mobilní hospic také ukotvení MSPP do úhradové vyhlášky, které se ale spíše vztahuje již k ekonomickým faktorům a v rámci této podkapitoly bude také přiblíženo.

5.1.2 Ekonomické faktory

Ekonomické faktory vycházejí z ekonomické situace a hospodářské situace státu. Řadí se zde např. tempo růstu ekonomiky, fáze hospodářského cyklu, výše úrokových sazeb, daňové podmínky nebo vývoj HDP (Srpková, Řehoř a kol., 2010, s. 131).

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že ekonomické faktory mohou zásadně ovlivnit fungování dětského mobilního hospice. Barták (2012) uvádí, že díky alokovaní značného množství finančních prostředků ve zdravotnictví by jeho financování mělo být primárním nástrojem politiků a prostředkem ke kontinuálnímu zlepšování zdraví a minimalizaci případných nerovností co se dostupnosti zdravotní péče týče.

Český statistický úřad (dále jen ČSÚ) (2021, s. 6-8) v dokumentu *Výsledky zdravotnických účtů ČR 2010–2019* uvádí, že výdaje na zdravotní péči neustále rostou a v roce 2019 dosáhly úrovně 477,7 mld. Kč, což značí meziroční nárůst o 10 %. V roce 2019 také došlo ke zvýšení výdajů na zdravotní péči na jednoho obyvatele oproti roku předchozímu o cca 10,5 %, na 44 775 Kč. Největší podíl na nárůstu výdajů na zdravotní péči mají výdaje zdravotních pojišťoven (navýšení prostředků veřejného zdravotního pojištění o 9,1%, tj. 25,9 mld. Kč, na celkových 309,8 mld. Kč) a výdaje z veřejných rozpočtů (10,3% navýšení výdajů, které se rovná nárůstu o cca 8 mld. Kč, na celkových 86 mld. Kč). Převážnou část výdajů veřejných rozpočtů tvořily finance ze státního rozpočtu (76,8 mld. Kč), pouze malá část (9,2 mld. Kč) byla vynaložena z rozpočtů krajů a obcí. Mezi další zdroje financování zdravotní péče patří domácnosti s celkovou částkou výdajů cca 63,7 mld. Kč. a soukromé zdroje (soukromé zdravotní pojišťovny, neziskové organizace a závodní preventivní péče v podnicích), které na zdravotní péči vynaložily 18,2 mld. Kč. Seznam výdajů na zdravotní péči v Česku za rok 2019 rozdělený dle zdrojů financování je také zobrazen v následující tabulce (Tab. 1).

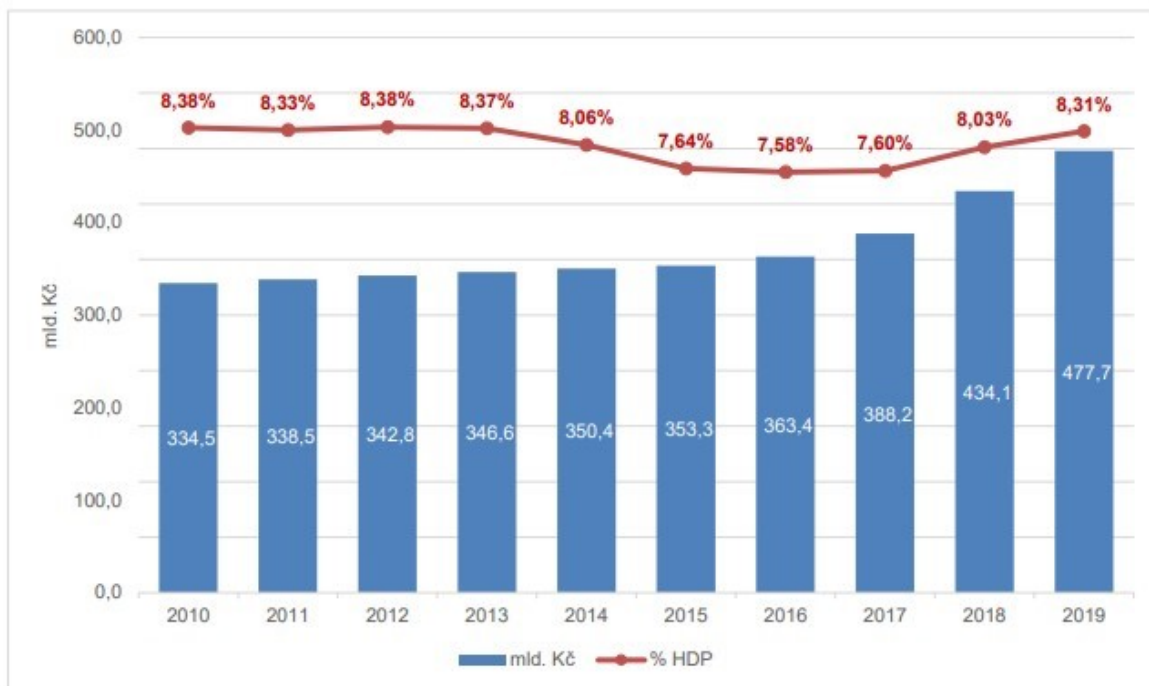
Tab. 1 Výdaje na zdravotní péči v ČR v roce 2019 podle zdroje financování (v mil. Kč)
(ČSÚ, 2021, s. 8; vlastní zpracování)

Zdroj financování	2019	Struktura (%)
Veřejné zdroje celkem	395 767	82,84 %
Veřejné rozpočty	85 993	18,00 %
<i>Státní rozpočet</i>	76 758	16,01 %
<i>Rozpočty krajů a obcí</i>	9 235	1,93 %
Veřejné zdravotní pojišťovny	309 764	64,84 %
Soukromé zdroje celkem	18 235	3,82 %
Soukromé zdravotní pojištění	684	0,14 %
Neziskové organizace	16 300	3,41 %
Závodní preventivní péče	1 251	0,26 %
Domácnosti	63 732	13,34 %
Výdaje na ZP celkem	477 724	100,00 %

Co se týče podílu celkových výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu (HDP), ČSÚ (2021, s. 7) uvádí, že v roce 2018 tvořily tyto výdaje 8,03 % z HDP, v roce 2019 dokonce vzrostly na 8,31 %, což je nejvyšší podíl na HDP od roku 2014 (8,06 %).

ÚZIS ve *Zdravotnické ročence ČR za rok 2018* (s. 170) uvádí podíl celkových výdajů na zdravotnictví na HDP, který se od údajů ČSÚ mírně liší. Data ÚZIS jsou převzata z mezinárodní databáze Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (dále jen OECD), která skrze ně srovnává Českou republiku s ostatními členskými zeměmi OECD. Průměrné hodnoty podílu výdajů na zdravotnictví činí v zemích OECD 8,8 %, ČR se tak se svými 7,5 % z HDP nachází pod tímto průměrem. V rámci zemí EU se nejvyšším podílem těchto výdajů vyznačuje Švýcarsko (12,2 %), nejmenší podíl má pak Lucembursko (5,4 %).

Celkové výdaje na zdravotní péči v ČR v letech 2010–2019 a jejich podíl na HDP dle údajů ČSÚ jsou ukázány na následujícím obrázku (Obr. 2).



Obr. 2 Celkové výdaje na zdravotní péči v ČR v letech 2010–2019 (v mld. Kč) a jejich podíl na HDP (v %) (ČSÚ, 2021, s. 6)

Zásadní novinkou ve financování služeb dětského mobilního hospice je možnost úhrady MSPP u dětí i dospělých z prostředků veřejného zdravotního pojištění, a to od ledna 2018, kdy vešla v platnost nová úhradová vyhláška, jíž je tato péče součástí. Tribuna lékařů a zdravotníků na webu Medical Tribune (2018) k tématu doplňuje, že před rokem 2018 paliativní péče v domácím prostředí nebyla hrazena z peněz veřejného zdravotního pojištění ani u dětí, ani u dospělých pacientů, což s sebou neslo potřebu dotací péče z fondů převážně soukromých nadací a tlak na zdravotní pojišťovny v oblasti uzavírání smluv s poskytovateli domácí paliativní péče, aby tyto služby nemusely být financovány ze soukromých peněz. K začlenění mobilní hospicové péče do úhradové vyhlášky došlo na základě výsledků *Pilotního programu MSPP*. Dalším rozvojem financování a dostupnosti MSPP se zabývá projekt *Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti domácí specializované paliativní péče*, který aktuálně realizuje MZ ČR za podpory EU. Oba zmíněné projekty již byly popsány v kapitole 1.6 této práce.

Tribuna lékařů a zdravotníků na webu Medical Tribune (2018) se k financování pediatrické paliativní péče ještě dále vyjadřuje. Uvádějí, že v roce 2017 vyčlenilo MZ ČR na dětskou paliativní péči celkovou částku 800 000,- Kč. Tyto peníze byly použity např.

na pořádání kurzů pediatrické paliativní péče, e-learning, publikační činnost nebo přípravu studií a dotazníkových šetření mezi poskytovateli péče. O rok později však došlo k rapidnímu snížení finanční podpory o 97,5 %, a to na pouhých 20 000,- Kč. Medical Tribune zdůrazňuje, že tato částka není v žádném případě schopna pokrýt náklady na další rozvoj pediatrické paliativní péče. Dle tehdejších zjištění poskytovatelé domácí paliativní péče potřebovali průměrně 160 000,- Kč ročně na vzdělání a přípravu multidisciplinárního týmu a až 590 000,- Kč jako náklady na mzdy. Z toho důvodu je důležité, aby došlo k opětovnému navýšení dotačního titulu MZ ČR a změně jeho statusu na několikaletý. Je také nezbytné zajištění finančních prostředků na další vzdělávání, výzkum a publikační činnost v této oblasti.

Snížení dotačního titulu MZ ČR pro dětskou paliativní péči je jednou z hrozeb, která by mohla založení a následný provoz dětského mobilního hospice zkomplikovat. Peníze z dotačního titulu jsou totiž také využívány na zvyšování povědomí občanů o existenci tohoto typu péče a vzdělávání členů multidisciplinárních týmů. Hrozí tedy, že by služby dětských mobilních hospiců nemusely být mezi českou populací dostatečně známé a že by mohlo dojít ke zrušení či omezení speciálních kurzů pro vzdělávání členů multidisciplinárních týmů v paliativní péči (např. ELNEC⁵ nebo kurz ICPCN⁶).

Naopak velkou výhodou a příležitostí pro dětský mobilní hospic, jak již bylo zmíněno, je začlenění jeho zdravotních služeb do úhradové vyhlášky, což činí zařízení méně závislé na finančních darech a dotacích ze soukromých nadací či fondů. Také díky tomu mohou služby zařízení využít i osoby, které by dříve nebyly schopné náklady za péči pokrýt jako samoplátci. Další příležitostí je také celkové zvyšování nákladů vynaložených na zdravotní péči veřejnými zdravotními pojišťovnami nebo pokrytými financemi ze státního rozpočtu. Existuje proto možnost, že by mohlo docházet k dalšímu navyšování financování služeb dětských mobilních hospiců z úhradové vyhlášky.

⁵ ELNEC (End Of Life Nursing Education Consortium) je intenzivní vzdělávací kurz s mezinárodní licencí pro všeobecné sestry, které pracují s pacienty v konečné fázi života. Tento kurz vznikl v roce 2000 v USA, odkud se následně rozšířil i do České republiky (Centrum paliativní péče, © 2021).

⁶ Kurz ICPCN je veden v angličtině lektory stejnojmenné britské organizace a je zaměřen přímo na dětskou paliativní péči (ČSPM ČLS JEP, 2017).

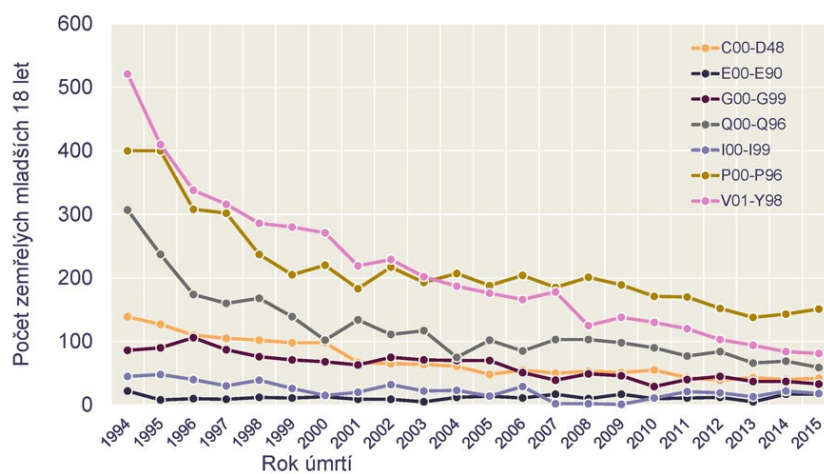
5.1.3 Sociokulturní faktory

Sociokulturní faktory vycházejí ze společnosti. Jsou dány její strukturou, sociální skladbou obyvatelstva a také společenskými a kulturními zvyky (Srpová, Řehoř a kol., 2010, s. 131).

Na paliativní péči obecně je v české společnosti pohlíženo jako na tabuizované téma. Ještě o poznání hůře je na tom paliativní péče poskytovaná dětem, jelikož se úmrtí dítěte považuje za něco nepatřičného a staví veřejnost i zdravotníky do situace, na kterou se dá jen těžko připravit. Přesto je však nutné věnovat tomuto tématu pozornost. Dle odhadů by totiž ze služeb pediatrické paliativní péče mohlo v České republice profitovat přibližně tři tisíce rodin ročně (Medical Tribune, 2018). Exnerová a Krejčí (2021, s. 5) uvádějí, že dle nejnovějších údajů je toto číslo ještě mnohonásobně vyšší. Opírají se o poslední studii prof. Lorny Fraser, ze které vyplývá, že v současnosti by mohla být paliativní péče benefitem až pro 13 280 českých dětí a jejich rodin. Další studie jsou však nutné, jelikož stále neexistuje dostatek empirických dat o **reálném** počtu dětí a jejich rodin, které by paliativní péči využily.

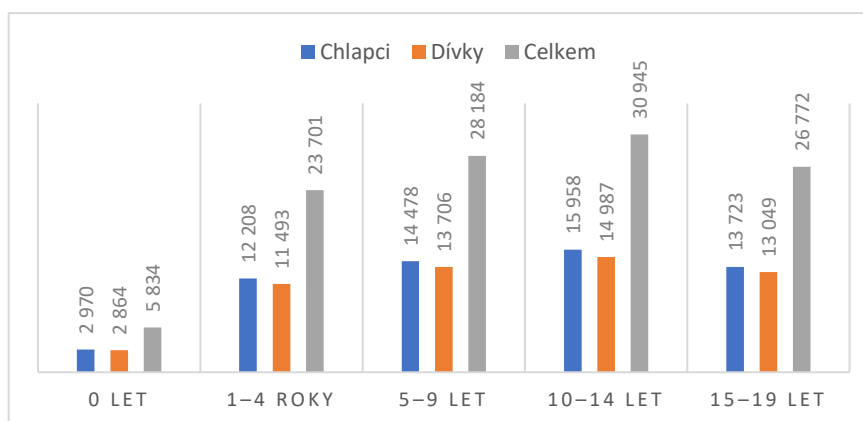
Dětská úmrtnost do roku 2015 je vidět na následujícím grafu (Obr. 3) autorů Švancary et al. (© 2016) dostupného z webu Národní datové základny paliativní péče (dále jen NDZPP). Bužgová, Sikorová a kol. (2019, s. 26) uvádějí, že NDZPP byla vytvořena v roce 2017, a na základě dat dostupných z Národního zdravotního informačního systému (NZIS) se zabývá mapováním konce života a analýzou umírání v České republice.

Dětská úmrtí



Exnerová a Krejčí (2021, s. 5-6) dále zmiňují, že i když se podmínky pediatrické paliativní péče v České republice v posledních letech zlepšují, stále je nelze označit jako dostačující. Dostupnost péče je silně závislá na místě bydliště dítěte a druhu onemocnění. Nejlepší dostupnost služeb paliativní péče mají děti s onkologickým onemocněním, a to především v komplexních onkologických centrech v Praze a v Brně. Převážnou většinu dětských kandidátů na paliativní péči však tvoří neonkologické diagnózy. U takových rodin s dětmi v paliativní péči je tak především v terminální fázi nemoci velmi omezená dostupnost zdravotních a sociálních služeb v rámci komunitního prostředí. Chybí i možnost komplexní paliativní péče jak ve zdravotnických zařízeních, tak mimo ně. Od roku 2017 však lze pozorovat zlepšování dostupnosti MSPP poskytované dětem přímo v jejich domácím prostředí, i když přetrvává stav, že tato péče není systematicky zajištěna v každém kraji ČR. Česká republika je tvořena 13 vyššími územními samosprávnými celky – kraji, za čtrnáctý kraj je považováno hlavní město Praha. Na východním okraji ČR se nachází kraj Zlínský, který je pro tuto práci stěžejní. Data ČSÚ (2021) uvádějí, že ke 31. 12. 2020 žilo na území Zlínského kraje celkem 580 119 osob, z toho bylo 284 585 mužů (49 %) a 295 534 žen (51 %). Průměrný věk mužů byl 41,7 let, ženy měly průměrně 45 let. V průběhu roku 2020 se ve Zlínském kraji živě narodilo 5 834 dětí – 2 970 chlapců (cca 51 %) a 2 864 dívek (cca 49 %). Ve stejném roce ve Zlínském kraji zemřelo 7 794 osob. Celkově se počet obyvatel Zlínského kraje v roce 2020 snížil o 2 436 osob. Data o dětské úmrtnosti ve Zlínském kraji v roce 2020 nejsou dostupná. Pro lepší přehled, kolik dětí by potenciálně mohlo využít služeb plánovaného dětského hospice na Rožnovsku, je na následujícím grafu (Graf 1) zobrazena věková struktura dětí ve Zlínském kraji v roce 2020. Ve Zlínském kraji v roce 2020 žilo celkem 115 436 dětí ve věku 0–19 let.

Graf 1 – Věková struktura dětí 0–19 let ve Zlínském kraji v roce 2020 (ČSÚ, 2021; vlastní zpracování)



Příležitostí pro založení a fungování dětského mobilního hospice na Rožnovsku je fakt, že na území Zlínského kraje v roce 2020 žilo více než 115 tisíc dětí, které by jeho služeb mohly **potenciálně** využít. Hrozbou však je, že nejsou dostupná data o dětech, které trpí život zkracujícím nebo život ohrožujícím onemocněním, v jejichž důsledku by péči dětského mobilního hospice **reálně** potřebovaly. Za předpokladu, že by takových dětí byl dostatek, stále není jisté, zda by byl o služby tohoto dětského mobilního hospice zájem. Odpověď na tuto otázku byla zjišťována pomocí dotazníkového šetření, které je podrobně popsáno v kapitole 5.5 této práce.

5.1.4 Technologické faktory

Dle Srpové, Řehoře a kol. (2010, s. 131) technologické faktory představují inovační potenciál země a tempo technologických změn.

Technologické faktory mají na fungování dětského mobilního hospice ze všech faktorů pravděpodobně nejmenší vliv. Také portfolio služeb je oproti jiným zdravotnickým zařízením menší, jelikož se v hospici již neprovádějí žádná složitá diagnostická vyšetření a úkony, ke kterým by bylo nutné disponovat specializovanými přístroji. Jak již bylo zmíněno, vybavení mobilního hospice se řídí vyhláškou č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. Mezi pomůcky k poskytování péče v dětském mobilním hospici vycházející z dobré praxe patří např. antidekubitní a polohovací pomůcky, pumpy pro podávání parenterální i enterální výživy, odsávačky, lineární dávkovače léků a jiné (APHPP, 2016, s. 16). Všechny pomůcky, u kterých existuje více variant, musejí mít zaměstnanci dětského hospice k dispozici i v dětských alternativách (např. dětské velikosti nasogastrických sond), jelikož péče bude poskytována výhradně dětským pacientům.

Do technologických faktorů patří i sféra informačních technologií (dále jen IT). V současné době je prakticky nemožné, aby jakákoliv organizace fungovala bez počítače či notebooku s připojením k internetu. Telekomunikační technika pro spojení s pacientem a jeho rodinou je také uvedena v přehledu nezbytného vybavení pro mobilní hospice ve Standardech APHPP (2016, s. 16). Zařízení s připojením k internetu je důležité i pro vykazování provedené péče, např. do aplikace *OKslužby – poskytovatel* provozované MPSV ČR nebo do *Krajského informačního systému sociálních služeb* (tzv. KISSoS). Speciální počítačové programy také umožňují organizacím vést zdravotnickou dokumentaci v elektronické podobě namísto papírové, a tím snižovat provozní náklady. Internet mohou organizace také

využít ke své prezentaci a propagaci, a to nejen prostřednictvím vlastních webových stránek, ale i sociálních sítí jako jsou Facebook, Instagram, Twitter nebo YouTube.

Zcela očividné riziko z oblasti technologických faktorů pro dětský mobilní hospic představuje velikost počáteční investice na zakoupení veškeré potřebné přístrojové techniky, vybavení a materiálu, které jsou nezbytné pro jeho fungování. Vysokou položkou rozpočtu zařízení bude nepochybně i pořízení automobilu. Hrozí, že pokud nebude mít dětský mobilní hospic kvalitně zpracovanou finanční analýzu, nebude tyto položky schopen ufinancovat. Finanční plán dětského mobilního hospice na Rožnovsku je zpracován v kapitole 6.8 této práce.

Pro dětský mobilní hospic může být plusem využívání informačních a online komunikačních technologií. Tyto platformy totiž představují ideální příležitost pro prezentaci zařízení, zvýšení povědomí lidí o jeho existenci a oslovení potenciálních klientů.

5.2 Analýza hospicové a mobilní hospicové péče ve Zlínském kraji s důrazem na Rožnovsko

Jak již bylo zmíněno, Zlínský kraj je jedním ze 14 krajů České republiky, tvořený čtyřmi okresy – Kroměříž, Uherské Hradiště, Vsetín a Zlín. Rozloha 3 963 km² činí Zlínský kraj čtvrtým nejmenším krajem ČR (jeho území zaujímá cca 5 % rozlohy ČR). Zlínský kraj leží ve východní části střední Moravy a jeho východní hranice je totožná se státní hranicí Slovenska. Na jihozápadě Zlínský kraj sousedí s krajem Jihomoravským, na severozápadě s krajem Olomouckým a jeho sousedem ze severní strany je kraj Moravskoslezský. V roce 2020 žilo ve Zlínském kraji celkem 580 119 osob (9. nejlidnatější kraj ČR) s průměrným věkem 43,6 let, hustota zalidnění Zlínského kraje činila cca 146 osob/km². Nej hustěji zalidněný byl okres Zlín, nejméně naopak okres Vsetín. V kraji je celkem 307 obcí, přičemž většina z nich jsou vesnice – měst je pouze 30, městysů 6 (Zlínský kraj, © 2021). Statutárním městem Zlínského kraje je Zlín, který je také nejlidnatějším městem (74 478 obyvatel). Následují města Kroměříž (28 360) a Vsetín (25 782), která jsou také okresními městy. Osmým nejlidnatějším městem Zlínského kraje je město Rožnov pod Radhoštěm (16 280 obyvatel), centrum mikroregionu Rožnovsko (ČSÚ, © 2021). Mikroregion Rožnovsko se rozkládá na severovýchodě Zlínského kraje v CHKO Beskydy. Tato oblast je neodmyslitelně spjata s folklórní tradicí a dřevěnými lidovými stavbami. Patří zde obce v okolí Rožnova pod Radhoštěm, jako jsou Valašská Bystřice, Dolní, Prostřední a Horní

Bečva, Hutisko – Solanec, Zubří, Vigantice, Vidče nebo Zašová (Sdružení Mikroregion Rožnovsko, © 2021).

Dle informací na webových stránkách Zlínského kraje (© 2021) se na zdravotní péči v kraji podílí více než 1 700 poskytovatelů zdravotních služeb s přibližně 12 tisíci zdravotnickými pracovníky. V každém ze čtyř okresních měst funguje nemocnice založená krajem. Tato zdravotnická zařízení tvoří základnu ambulantní a lůžkové zdravotní péče celého regionu. Na území Zlínského kraje je zajištěna i lékařská pohotovostní služba a Zdravotnická záchranná služba Zlínského kraje, p.o. Zlínský kraj se také podílí na plánování Síť sociálních služeb, spolufinancuje ji a zřizuje organizace zajišťující největší pobytové kapacity pro seniory a osoby se zdravotním postižením v kraji.

Seznam a mapa poskytovatelů paliativních služeb jsou dostupné na webu Umírání, který provozuje organizace Cesta domů (© 2021). Z dostupných dat lze říci, že na území Zlínského kraje působí několik agentur domácí péče, dva lůžkové hospice a šest poskytovatelů MSPP. Mezi agentury domácí péče patří např.:

- Charita (Zlín, Holešov, Bystřice pod Hostýnem, Valašské Meziříčí apod.);
- Agentura Zdislava – domácí zdravotní péče, s.r.o. ve Vsetíně;
- Agentura domácí péče Integrita v Uherském Hradišti (Umírání, © 2021).

Prvním lůžkovým hospicem poskytujícím paliativní péči ve Zlínském kraji je organizace **Hvězda z.ú.**, která na svých webových stránkách uvádí: „*Naše organizace je zaměřena na poskytování sociálních služeb, zdravotních služeb, ostatních a doplňkových služeb neziskovým způsobem na vysoké profesionální úrovni*“ (© 2021). Organizace Hvězda poskytuje sociální služby a zdravotní péči prostřednictvím svých poboček ve Zlíně a Praze. Ve Zlíně – Malenovicích organizace 1. 5. 2003 zřídila nestátní zdravotnické zařízení, složené ze tří částí – středisko Hospicová péče, středisko Denní stacionář a domov se zvláštním režimem (střediska Domov seniorů a Dům služeb seniorům). Pro účely této práce je podstatné středisko Hospicová péče, které klientům poskytuje obecnou i specializovanou paliativní péči. Tato péče se skládá z pomoci nemocnému a jeho rodině před hospitalizací, péče o nemocného v průběhu ubytování v hospici a také z péče o tělo zemřelého a pomoci pozůstalým (Hvězda z.ú., © 2021).

Druhé zařízení, které poskytuje služby specializované paliativní péče na Rožnovsku, je lůžkový hospic **Citadela** ve Valašském Meziříčí. Součástí hospice je také ambulance paliativní medicíny. Hospic Citadela je zřizován Diakonií ČCE. Hospic zahájil svou činnost

1. 5. 2004, kdy byl uveden do řádného provozu. V současné chvíli je v hospici 36 registrovaných lůžek. Od roku 2007 rozšířil hospic své portfolio také o sociální služby (Diakonie Českobratrské církve evangelické Valašské Meziříčí, © 2021).

Mobilní specializovanou paliativní péči ve Zlínském kraji poskytují následující organizace (poslední dvě zmíněné poskytují MSPP i na Rožnovsku):

- PAHOP, Zdravotní ústav paliativní a hospicové péče, z.ú. v Uherském Hradišti;
- Domácí hospic Antonínek v Uherském Hradišti;
- Domácí hospic Most k domovu Zlín;
- DOMA – domácí hospicová péče, Charita Nový Hrozenkov;
- Domácí hospic Společnou cestou ve Valašském Meziříčí;
- Domácí hospic Devětsil ve Vsetíně (Umírání, © 2021).

Zdravotní ústav paliativní a hospicové péče PAHOP se sídlem v Uherském Hradišti je specializovaným zdravotnickým zařízením, které poskytuje služby klientům z Uherskohradištska a Uherskobrodsku. Byl založen 11. 4. 2016 a jeho hlavní činností je péče o těžce nemocné a umírající osoby společně s navazujícími službami pro příbuzné a pozůstalé. Organizace aktuálně poskytuje tři druhy služeb – mobilní hospicová péče, terénní odlehčovací služba a odborné sociální poradenství. Jedním z cílů organizace je vybudování kamenného lůžkového hospice – v současné chvíli probíhá jednání o jeho výstavbě se zainteresovanými stranami (PAHOP, Zdravotní ústav paliativní a hospicové péče, z.ú., © 2020).

Domácí hospic Antonínek byl zřízen na základě společného projektu Charity Uherské Hradiště a Charity Uherský Brod. Jeho název odkazuje k domovu (místo oddechu a spočinutí), ale také k významnému poutnímu místu na Slovácku – Svatému Antonínkovi. Podobně jako výše zmíněná organizace PAHOP, tak i Domácí hospic Antonínek poskytuje péči a podporu nevyčísitelně nemocným osobám v konečném stádiu nemoci a jejich rodinám na Uherskohradištsku a Uherskobrodsku. Kromě domácí hospicové péče poskytuje organizace také návazné sociální služby – terénní odlehčovací služby, domácí pečovatelskou službu a odborné sociální poradenství (Domácí hospic Antonínek, © 2021).

Ve Zlíně, Otrokovicích a přilehlých obcích do vzdálenosti cca 30 km poskytuje péči **Mobilní hospic Most k domovu Zlín** založený v roce 2015 Nadací Most k domovu Zlín. Cílem organizace je prostřednictvím profesionálního přístupu a komplexní péče zmírnit duševní a tělesné utrpení klientů a zajistit jim důstojný život až do poslední chvíle. Při hospici funguje

zároveň *Centrum pro léčbu bolesti a paliativní medicínu*, které se zabývá jedním z nejčastějších symptomů u pacientů s diagnózou nevyлéčitelného onemocnění – bolestí (Centrum pro léčbu bolesti a paliativní medicínu s.r.o., © 2015).

Charita Nový Hrozenkov je zřizovatelem organizace **DOMA – domácí hospicová péče**. Posláním organizace je pomoci nemocnému a jeho rodině zvládnout terminální fázi onemocnění a umožnit nemocnému strávit poslední období jeho života v domácím prostředí v kruhu blízkých osob. Klientům a jejich rodinám je také poskytováno sociální poradenství, pokud o něj mají zájem (Charita Nový Hrozenkov, © 2021).

Domácí hospic Společnou cestou je stejně jako hospic Citadela zřizován Diakonií ČCE a poskytuje obecnou i specializovanou paliativní péči ve všech oblastech Valašsko-Meziříčska – Kelečska. Pojištěnci Vojenské zdravotní pojišťovny (VoZP) mohou využít služeb organizace také v okolí Rožnova pod Radhoštěm. Organizace funguje i jako agentura domácí péče (Diakonie Českobratrské církve evangelické Valašské Meziříčí, © 2021).

Domácí hospic Devětsil sídlí ve Vsetíně a poskytuje služby klientům s bydlištěm v okruhu cca 25 km, okrajově tedy pokrývá i Rožnovsko. Jeho zřizovatelem je opět Diakonie ČCE – hospic Devětsil přibyl v roce 2016 jako poslední služba jejího vsetínského střediska. Součástí hospice je i terénní odlehčovací služba *Nabersil*, která poskytuje potřebný odpočinek pečujícím osobám (Diakonie Českobratrské církve evangelické Vsetín, © 2021).

Srovnání poskytovatelů MSPP ve Zlínském kraji je zobrazeno v následující tabulce (Tab. 2). Pro srovnání byla stanovena následující kritéria (naplnění kritéria – X):

- Poskytování MSPP dětským pacientům (1);
- Poskytování MSPP na Rožnovsku (2);
- Poskytování terénní odlehčovací služby (3);
- Poskytování sociálního poradenství (4);
- Poskytování domácí pečovatelské služby (5).

Z níže uvedené tabulky vyplývá, že největší portfolio služeb dle stanovených kritérií nabízí Domácí hospic Antonínek. Naopak nejméně služeb dle stanovených kritérií poskytuje Mobilní hospic Most k domovu Zlín. Ten ale na rozdíl od ostatních zařízení provozuje Centrum pro léčbu bolesti a paliativní medicínu, jak bylo popsáno výše.

Žádné zařízení neposkytuje MSPP dětským pacientům a na Rožnovsku působí pouze poslední dvě organizace – Domácí hospic Společnou cestou a Domácí hospic Devětsil.

Tab. 2 Srovnání poskytovatelů MSPP ve Zlínském kraji (vlastní zpracování)

Název organizace	1	2	3	4	5
Zdravotní ústav paliativní a hospicové péče PAHOP			X	X	
Domácí hospic Antoníněk			X	X	X
Mobilní hospic Most k domovu Zlín					
DOMA – domácí hospicová péče				X	
Domácí hospic Společnou cestou		X			X
Domácí hospic Devětsil		X	X		

5.3 Analýza pediatrické paliativní péče v zahraničí a České republice

Bužgová, Sikorová a kol. (2019, s. 22-24) uvádějí, že za účelem zvyšování povědomí o pediatrické paliativní péči vznikla v roce 2015 v rámci ČSPM ČLS JEP pracovní skupina dětské paliativní péče pod vedením MUDr. Mahuleny Mojžíšové (pozn. aut. nyní Exnerové), která se touto problematikou dlouhodobě zabývá. Důvodem vzniku bylo mimo jiné i systematické zlepšování rozvoje, koordinace a implementace dětské paliativní péče do českého zdravotnictví. Postupem času se z této pracovní skupiny stala samostatná sekce sdružující přední české odborníky v oblasti dětské paliativní péče, kteří definují její potřeby v rámci České republiky a starají se o šíření osvěty o tomto tématu. V ČR zatím neexistují samostatné standardy dětské paliativní péče, ale Sekce dětské paliativní péče ČSPM ČLS JEP se do budoucna plánuje intenzivně věnovat jejich vzniku. V současnosti se tak alespoň snaží o implementaci evropských standardů zmíněných v podkapitole 1.3.4 této práce. Exnerová a Krejčí (2021, s. 8) doplňují, že Sekci dětské paliativní péče v její činnosti podpořily odborné lékařské i nelékařské společnosti, Česká lékařská komora (ČLK), MF ČR i MPSV ČR. Jejím hlavním záměrem je dosáhnout systémových změn v péči o děti s diagnózami život zkracujícími nebo život ohrožujícími onemocněními, a to na všech úrovních zdravotní a sociální péče včetně zabezpečení potřebných úhradových mechanismů.

Jak již bylo zmíněno, v roce 2020 nově vznikl Institut Pallium podporující rozvoj dětské paliativní péče v České republice. Ředitelem organizace je Mgr. Jiří Krejčí. Na konci října loňského roku pak Institut Pallium navázal spolupráci se Sekcí dětské paliativní péče ČSPM ČLS JEP (2021).

V následujících podkapitolách budou popsána některá zdravotnická zařízení poskytující dětskou hospicovou péči v zahraničí a České republice.

5.3.1 Dětská hospicová péče v zahraničí

Haškovcová (2007, s. 70-71) uvádí, že první dětský hospic na světě vznikl na počátku 80. let ve Velké Británii a nese jméno **Helen House**. Do tohoto hospice jsou přijímány děti s nevyлéčitelným onemocněním (přibližně 10 % případů tvoří onkologické diagnózy), ale i děti s vzácnými genetickými chorobami. Je umožněno i ubytování rodičů nemocného dítěte, ale není nezbytně nutné. Hospic Helen House přijímá zpravidla pacienty do 16 let věku. Z tohoto důvodu a také pro specifické potřeby adolescentů byl vybudován další hospic **Douglas House**, který se však svou koncepcí zaměřuje spíše na péči respitní a poskytuje služby pacientům ve věku 16–40 let. Chambers (2018, s. 18) doplňuje, že v současnosti ve Velké Británii působí celkem 54 dětských hospicových zařízení.

Schwetzková, Vránová a Ježorská (2011, s. 416) zmiňují, že první dětské hospice byly po Velké Británii otevřeny v roce 1994 ve Varšavě a Minsku. Varšavský hospic byl prvním dětským hospicovým programem založeným v kontinentální Evropě. Sikorová s Bužgovou a kol. (2019, s. 21) dodávají, že zakladatelem hospice byl dětský anesteziolog Dr. Tomasz Dangel. Tento hospic se stal vzorem programu domácí péče a podílil se na rozvoji a vzdělávání v oblasti dětské paliativní péče nejen v Polsku, ale i v dalších evropských zemích včetně České republiky. Dle studie autorů Arias-Casais et al. (2020, s. 749) v současnosti funguje v rámci Evropy poměrně velké množství zařízení poskytujících dětskou hospicovou péči, a to např.:

- **Bělorusko** – 13 lůžkových a 8 mobilních hospiců
- **Maďarsko** – 2 lůžkové a 3 mobilní hospice;
- **Německo** – 16 lůžkových a 33 mobilních hospiců;
- **Nizozemsko** – 13 lůžkových a 22 mobilních hospiců;
- **Polsko** – 8 lůžkových a 66 mobilních hospiců;
- **Rusko** – 14 lůžkových a 94 mobilních hospiců;
- **Slovensko** – 4 mobilní hospice.

Žádná data o dětské paliativní ani hospicové péči nejsou dostupná v Chorvatsku, Černé Hoře a Bulharsku, žádná zařízení dětské hospicové péče pak nefungují na Islandu, v Estonsku nebo na Kypru či Maltě (Arias-Casais et al., 2020, s. 749).

Co se týče mimoevropských zemí, Palliative Care Australia (© 2021) eviduje tři zařízení poskytující dětskou hospicovou péči – hospice **Very Special Kids** v Melbourne, **Bear Cottage** v Sydney a **Hummingbird House** v Brisbane. V Africe byly zřízeny dva dětské hospice v JAR, a to **Sunflower Children's Hospice Trust** (© 2021) v roce 1998 v Bloemfontein a **Iris House Children's Hospice** (© 2021) v roce 2011 v Kapském Městě. V USA v současnosti poskytují péči dětem pouze čtyři hospicová zařízení, ale probíhají snahy o zvýšení tohoto počtu (Adrien, © 2017).

5.3.2 Síť dětských hospiců a poskytovatelů dětské paliativní péče v České republice

Exnerová s Krejčím (2021, s. 6-8) uvádějí, že v České republice je dětská paliativní péče poskytována na několika úrovních. Jak již bylo zmíněno, MSPP ještě není systematicky zajištěna v každém kraji ČR, ale její pokrytí se zlepšuje. Nejvýznamnějšími poskytovateli dětské paliativní péče v České republice jsou:

- Mobilní hospic Cesta domů;
- Mobilní hospic Ondrášek;
- Mobilní hospic Nejste sami;
- Mobilní tým při Klinice dětské onkologie FN Brno.

Mobilní hospic **Cesta domů** poskytuje od konce roku 2014 péči dětským pacientům a jejich rodinám v Praze a Středočeském kraji. Kromě toho Cesta domů provozuje i poradnu, ambulanci paliativní a podpůrné péče a odlehčovací službu a také se věnuje publikování knih s tematikou konce života a péče o umírající (Cesta domů, © 2021).

V Ostravě od roku 2011 sídlí **Mobilní hospic Ondrášek**, který zajišťuje služby MSPP dětem a jejich rodinám v Moravskoslezském kraji. Zařízení poskytuje i odborné sociální poradenství, a jak již bylo zmíněno, součástí hospice je i jediný dětský denní stacionář v ČR (Mobilní hospic Ondrášek, © 2021).

Zajišťovatelem dětské MSPP v Olomouckém kraji a jeho okolí je mobilní hospic **Nejste sami**, který funguje od roku 2016 a má samostatný pediatrický tým. Zařízení také poskytuje odborné sociální poradenství (Nejste sami – mobilní hospic, z.ú., © 2021).

Mobilní tým při Klinice dětské onkologie (KDO) FN Brno vedený MUDr. Petrem Lokajem je nejdéle působícím subjektem na území ČR poskytujícím paliativní péči v domácích podmínkách dětí. Funguje již od roku 2008 a obstarává celý Jihomoravský kraj. V počátcích svého působení se tým staral pouze o onkologicky nemocné děti, v současnosti

je však v menší míře péče poskytována i dětem s neonkologickými diagnózami. Za dobu své existence měl tým v péči více než 150 umírajících dětí (FN Brno, © 2021).

Srovnání nejvýznamnějších poskytovatelů dětské paliativní péče v ČR je zobrazeno v následující tabulce (Tab. 3). Pro srovnání byla stanovena následující kritéria (naplnění kritéria – **X**):

- Poskytování MSPP dětským pacientům (1);
- Poskytování MSPP dospělým pacientům (2);
- Poskytování MSPP na Rožnovsku (3);
- Poskytování terénní odlehčovací služby (4);
- Poskytování sociálního poradenství (5).

Z níže uvedené tabulky vyplývá, že nejvíce služeb dle stanovených kritérií nabízejí Mobilní hospic Cesta domů a Mobilní hospic Nejste sami. Nejméně služeb dle stanovených kritérií poskytuje Mobilní tým při KDO FN Brno, což vychází z faktu že tento tým funguje při nemocnici (poskytované spektrum služeb je tedy mírně odlišné) a klinice, která se stará pouze o děti.

Žádné zařízení neposkytuje MSPP na Rožnovsku a tři ze čtyř poskytovatelů mají ve své péči také dospělé klienty – služby dospělým klientům neposkytuje Mobilní tým při KDO FN Brno.

*Tab. 3 Srovnání nejvýznamnějších poskytovatelů dětské paliativní péče v ČR
(vlastní zpracování)*

Název organizace	1	2	3	4	5
<i>Mobilní hospic Cesta domů</i>	X	X		X	X
<i>Mobilní hospic Ondrášek</i>	X	X			X
<i>Mobilní hospic Nejste sami</i>	X	X		X	X
<i>Mobilní tým při KDO FN Brno</i>	X				

V průběhu posledních let se přidávají další poskytovatelé MSPP pro dospělé, kteří si do péče berou i dětské pacienty. Patří k nim např.:

- Mobilní tým při hospici sv. Štěpána v Litoměřicích;
- Centrum kompletní péče v Berouně;
- Mobilní tým krajské Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem;
- Mobilní hospic sv. Veroniky v Českých Budějovicích;
- Mobilní hospic Jordán v Táboře (Exnerová a Krejčí, 2021, s. 6-7).

Mobilní hospic Strom života v Novém Jičíně poskytující paliativní péči především dospělým pacientům se v současné chvíli také začíná více orientovat na dětskou paliativní péči. Na konci roku 2020 probíhala skrze portál Darujme.cz sbírka na podporu dětské hospicové péče s mottem TO NEJLEPŠÍ PRO TY NEJMENŠÍ! Podařilo se vybrat celkem 322 470,- Kč, které hospic plánuje použít na nákup vybavení speciálně upraveného pro nevyлéčitelně nemocné dětské pacienty. I když Strom života sídlí v Moravskoslezském kraji, služby MSPP poskytuje i na území kraje Zlínského. Podrobnější informací o tomto zařízení jsou součástí podkapitoly 5.4.2 této práce (Mobilní hospic Strom života, © 2021).

Haškovcová (2007, s. 71-72) uvádí, že na zkvalitňování péče o umírající děti a jejich rodiny a poskytování individualizované podpory se již od roku 1991 podílí **Nadační fond Klíček**. Založili ho manželé Markéta a Jiří Královcovi v Malejovicích u Uhlířských Janovic, kde každoročně pořádají letní ozdravné tábory pro nemocné děti, prostřednictvím kterých se alespoň formou odlehčovací péče snaží ulevit pečujícím rodičům. Cílem manželů bylo i vybudování dětského lůžkového hospice, což se jim nepodařilo kvůli neshodám se společností Energeia, která slíbila financování výstavby ošetrovatelské jednotky dětského hospice, ale dohodu nedodržela (Nadační fond Klíček, © 2020). Druhým fondem, který funguje na území České republiky, je **Nadační fond dětské onkologie (NFDO) Krtek**. Byl založen v roce 1999 prof. MUDr. Jaroslavem Štěrbou, Ph.D., který v současnosti působí jako přednosta KDO FN Brno. NFDO Krtek je součástí přímo KDO FN Brno a od roku 2008 spolupracuje s mobilním týmem fungujícím při této klinice, který byl zmíněný výše (Nadační fond dětské onkologie Krtek, © 2021).

Dalším důležitým aspektem je poskytování **dlouhodobé lůžkové péče** umírajícím dětem, jak uvádějí Exnerová a Krejčí (2021, s. 6-8). Tato je v současné chvíli systematicky zajištěna ve dvou zdravotnických zařízeních – v Nemocnici Hořovice a ve Vojenské nemocnici v Olomouci, a to zpravidla na odděleních NIP nebo DIOP. V nemocničním prostředí také

od roku 2017 existuje první **dětský podpůrný tým**. Funguje ve FN Motol a vede jej MUDr. Lucie Hrdličková. Autoři dále uvádějí, že pediatrickou paliativní péči poskytuje i řada terénních organizací jak z oblasti zdravotní, tak sociální péče, a tyto se díky činnosti Sekce dětské paliativní péče ČSPM ČLS JEP daří propojovat do ucelené sítě. Patří zde:

- Agentury domácí péče ve spolupráci s PLDD;
- Raná péče (u dětí do 7 let věku);
- Terénní odlehčovací služby;
- Poradna **Vigvam** (zaměřuje se na péči o pozůstalé);
- Perinatální hospic **Dítě v srdci**;
- Pacientské organizace (Exnerová a Krejčí, 2021, s. 7).

V České republice v současné chvíli neexistuje dětský lůžkový hospic. Je však již vytvořen projekt na jeho výstavbu. První dětský kamenný hospic v ČR bude v Brně a ponese název **Dům pro Julii**. Nyní probíhá sbírka pro shromáždění potřebných peněz a kompletace projektové dokumentace nutné k žádosti o stavební povolení (Dům pro Julii, © 2020). Začátkem března 2021 se začalo psát o plánované výstavbě dalšího dětského lůžkového hospice. Hospic Cesta domů na svých webových stránkách publikoval informaci, že manželé Vlčkovi⁷ založili rodinný fond s názvem *Nadace manželů Vlčkových*, do kterého vložili aktiva v hodnotě 1,5 mld. Kč. Tento fond by měl pomáhat rodinám, které zasáhlo závažné onemocnění jejich dítěte. Ondřej Vlček dále dodává: „*Prostřednictvím nově založené nadace chceme mimo jiné vybudovat dětský hospic a paliativní středisko a přispět ke zvýšení dostupnosti služeb, které považujeme za velmi důležité. Každý rok se přes 800 českých rodin dozvídá, že jejich dítě se už neuzdraví. Chceme aspoň části z nich pomoci této těžké situaci lépe čelit a spoluvytvářet budoucnost, ve které je péče o kvalitu života závažně nemocných dětí stejně důležitá jako snaha o jejich léčbu*“ (Cesta domů, 2021). Založením Nadace manželé navazují na činnost své soukromé charitativní organizace pojmenované *Zlatá rybka*. Posláním této organizace je plnit přání dětem, které trpí život ohrožujícím onemocněním. Za šest let své aktivity *Zlatá rybka* splnila přání již více než 650 dětem a v tomto úkolu hodlá pokračovat (Cesta domů, 2021). Dle informací na webu Forbes (2021) koupila Nadace manželů Vlčkových v dubnu 2021 chátrající usedlost Cibulka v pražských Košířích, a právě

⁷ Ondřej Vlček je generálním ředitelem antivirové firmy Avast, jeho manželka Katarína působí jako lékařka v hospici Cesta domů (Cesta domů, 2021).

v tomto komplexu manželé plánují vybudování dětského lůžkového hospice. Rekonstrukce areálu by měla trvat přibližně do roku 2026, předpokládané náklady činí 300–350 mil. Kč.

Přehled některých současných poskytovatelů dětské paliativní péče v ČR je vidět na následujícím obrázku (Obr. 4) z publikace autorů Exnerové a Krejčího (2021, s. 6).



Obr. 4 Poskytovatelé dětské paliativní péče v ČR (Exnerová, Krejčí, 2021, s. 6)

5.4 Analýza konkurenčního prostředí

Dle Sedláčkové a Buchty (2006, s. 11) je dalším krokem při zakládání podniku analýza jeho mikroprostředí, která se skládá ze dvou částí. Prvním krokem je *Analýza odvětví s důrazem na konkurenční prostředí* vycházející z obecných charakteristik tohoto prostředí, jejímž cílem je identifikovat síly a faktory, které podnikatelské prostředí činí méně či více atraktivním pro vstup potenciálních subjektů. Stěžejními částmi této analýzy je vymezení **hybných změnotvorných sil** významně ovlivňujících vývoj a změny odvětví a **klíčových faktorů úspěchu**, které mají zásadní vliv na úspěch či neúspěch podniku v daném odvětví. Je důležité, aby podniky sledovaly vývoj a trendy v oblasti svého působení, jelikož těmito faktory mohou být kladně či negativně ovlivněny. Druhou částí analýzy mikroprostředí podniku, navazující na analýzu odvětví je *Analýza konkurenčních sil*. Každý podnik by měl své konkurenty včasné identifikovat, jelikož mu tyto mohou způsobit závažné potíže.

Častým přístupem, jak konkurenci v daném prostředí identifikovat, je *Porterův model 5 konkurenčních sil*, který bude pro účely této práce popsán v následující podkapitole. Na něj naváže analýza konkrétních konkurentů pro dětský mobilní hospic ve Zlínském kraji

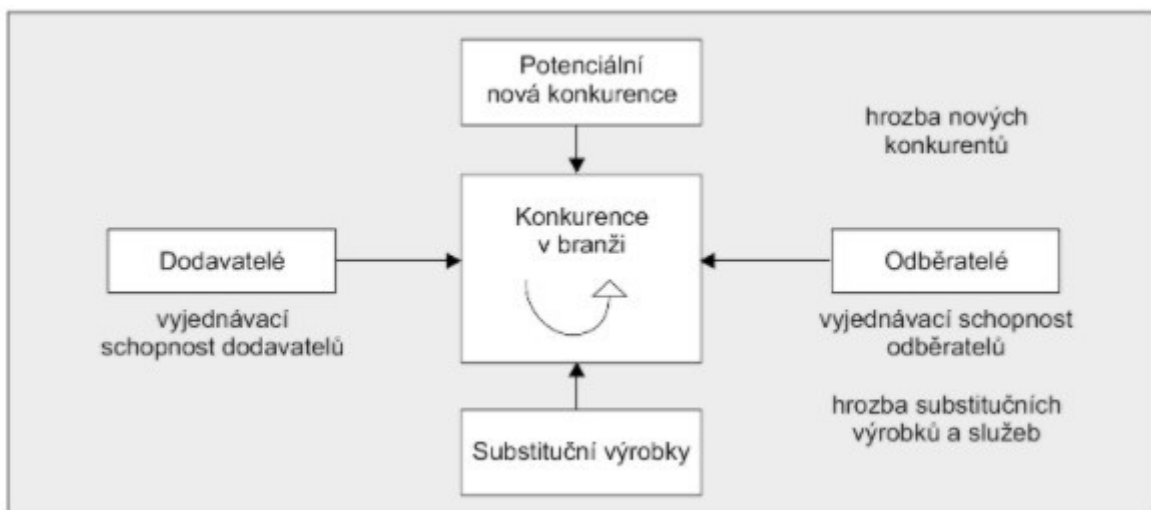
s důrazem na Rožnovsko. Tyto dvě analýzy by měly poskytnout komplexní přehled o konkurenčním prostředí dětské mobilní hospicové péče ve Zlínském kraji.

5.4.1 Porterův model 5 konkurenčních sil

Autoři Srpová et al. (2011, s. 165-166) uvádějí, že Michael Porter v roce 1980 identifikoval síly, které na podnik působí a představují pro něj potenciální hrozby nebo příležitosti. Všechny tyto síly mohou působit buď souběžně, samostatně nebo může působit pouze některá z nich. Jejich intenzita a směr působení výrazně ovlivňuje výnosnost podnikatelské činnosti. Synek s Kislíngerovou a kol. (2015, s. 187) doplňují, že tyto síly mají také vliv na celkovou přitažlivost odvětví. Celkem se jedná o 5 sil:

- Konkurence a rivalita mezi stávajícími podniky v odvětví;
- Vyjednávací síla dodavatelů vstupů;
- Vyjednávací síla kupujících;
- Hrozba vstupu nových konkurentů;
- Hrozba substitutů.

Struktura Porterova modelu 5 konkurenčních sil je zobrazena na následujícím obrázku (Obr. 5) z publikace autorky Jakubíkové (2013, s. 103). K Porterovu modelu bývá někdy přidávána i šestá síla, kterou jsou **komplementáři** – tedy firmy, jejichž podnikání je závislé na podnikání našeho podniku a naopak. V takovém případě se ale již jedná o tzv. *Model šesti sil podle Grovea* (Srpová et al., 2011, s. 167). Pro účely této práce Groveův model nebude využíván.



Obr. 5 Porterův model 5 konkurenčních sil (Jakubíková, 2013, s. 167)

Konkurence a rivalita mezi stávajícími podniky v odvětví

Dle Srpové et al. (2011, s. 166) ovlivňují rozsah rivality mezi stávajícími podniky faktory jako struktura odvětví (závisí na velikosti podílu jednotlivých firem – konkurence, mono/oligopol), podmínky poptávky (růst či pokles trhu) a výška výstupních bariér. Mezi podniky, které v daném odvětví již působí, bývá nejčastější rivalita cenová.

Na základě zjištěných informací lze konstatovat, že neexistuje přímý konkurent plánovaného dětského mobilního hospice na Rožnovsku, který by měl sídlo ve Zlínském kraji. Jak hospic Hvězda ve Zlíně – Malenovicích, tak i hospic Citadela ve Valašském Meziříčí jsou zařízení lůžkové hospicové péče, která neposkytují péči dětským pacientům. Agentury domácí péče a organizace poskytující MSPP ve Zlínském kraji popsané na stranách 55 až 58 této práce se také zaměřují pouze na dospělé pacienty a dětskou paliativní péči neposkytují. V Nemocnici Milosrdných sester v Kroměříži od 1. 6. 2020 funguje paliativní oddělení se 17 lůžky, avšak ani zde neposkytují péči dětem (NMS – Kroměříž, © 2013). Za nepřímé konkurenty lze považovat dětská oddělení nemocnic na území Zlínského kraje. Kromě již zmíněných nemocnic v okresních městech má dětské oddělení také Nemocnice AGEL Valašské Meziříčí a.s., která by díky své lokalitě byla pravděpodobně největším nepřímým konkurentem sídlícím ve Zlínském kraji pro dětský mobilní hospic na Rožnovsku (© 2021). Je však nutné podotknout, že na tomto oddělení by dětem nebyla poskytnuta péče paliativní, nýbrž standardní léčba.

Přímým konkurentem dětského mobilního hospice na Rožnovsku je však Mobilní hospic Strom života, který sice sídlí v kraji Moravskoslezském, ale MSPP poskytuje i v kraji Zlínském. Zařízení poskytuje služby primárně dospělým osobám s diagnózou terminálního onemocnění, je však schopno do péče vzít i děti. Navíc, jak již bylo zmíněno v podkapitole 5.3.2, díky úspěšně realizované sbírce plánuje další rozšíření svých kapacit pro dětskou MSPP (Mobilní hospic Strom života, © 2021).

Z výše uvedeného vyplývá, že plánovaný dětský mobilní hospic na Rožnovsku by v současné chvíli měl jednoho přímého konkurenta – Mobilní hospic Strom života. Potenciálním rizikem by také mohlo být, kdyby se stávající organizace poskytující paliativní nebo hospicovou péči ve Zlínském kraji rozhodly rozšířit portfolio poskytovaných služeb také na dětské pacienty. Z důvodu, že ve Zlínském kraji v současné chvíli nefunguje dětský mobilní hospic, existuje i riziko, že by nápad toto zařízení založit mohl mít i jiný subjekt.

Riziko vstupu nového konkurenta bude popsáno níže. Analýza konkurentů ve Zlínském kraji s důrazem na Rožnovsko je obsahem následující podkapitoly.

Vyjednávací síla dodavatelů vstupů

Jakubíková (2013, s. 104) charakterizuje dodavatele jako firmy, organizace či jednotlivce, kteří podnikům poskytují zdroje potřebné pro výrobu a produkci služeb. Těmito zdroji neboli vstupy mohou být např. materiál či suroviny, energie, technologie, vybavení pracovišť apod. Na dodavatelích z velké míry závisí úspěch celé firmy, proto je nezbytné jejich výběru věnovat patřičnou pozornost a stanovit určitá kritéria. Nejčastějšími aspekty, které firmy při analýze dodavatelů zajímají, jsou jejich postavení na trhu, úroveň kvality produktů, schopnost dodržet stanovené termíny dodávek (tedy jejich spolehlivost) a v neposlední řadě také ceny a smluvní podmínky.

Nejdůležitějšími dodavateli vstupů pro dětský mobilní hospic jsou nepochybně dodavatelé nejrůznějšího zdravotnického materiálu a zdravotní pojišťovny. Na českém trhu působí relativně velké množství dodavatelů zdravotnického materiálu a potenciální odběratelé si tak mezi nimi mohou poměrně snadno vybírat. Tato početná konkurence má zásadní vliv na ceny nabízeného zboží. Za účelem dosažení možné konkurenční výhody musejí dodavatelé pravidelně sledovat ceny u ostatních dodavatelů stejného zboží, aby byli schopni svým odběratelům poskytnout co nejvýhodnější nabídku. Benefitem může být také poskytnutí množstevních slev či dodání několika kusů zdarma při odběru stanoveného množství. Dětský mobilní hospic pro svou činnost vyžaduje služby nejen dodavatelů zdravotnického materiálu (léky, injekční technika, převazový materiál, dezinfekce atd.), ale také zdravotnických přístrojů a vybavení (antidekubitní matrace, mobilní koupací vany nebo sprchovací lůžka, oxygenátory apod.). Součinnost zdravotních pojišťoven je pro fungování plánovaného dětského mobilního hospice na Rožnovsku (ale de facto jakéhokoliv zdravotnického zařízení) také velice důležitá. Uzavření smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb se zdravotními pojišťovnami vychází ze zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, který byl již v práci několikrát zmíněn. Pokud má zařízení se zdravotními pojišťovnami tyto smlouvy uzavřeny, činí jej to atraktivnějším pro potenciální zájemce, kteří tak nebudou muset cenu služeb pokrývat jako samoplátci.

Pilotní program MSPP, který byl již v této práci několikrát zmíněn, se mimo jiné zabýval i uzavíráním smluvního vztahu mezi zařízeními poskytujícími MSPP a zdravotní pojišťovnou – v tomto případě VZP. Organizacím, které byly do projektu zapojeny, byly

nastíněny konkrétní požadavky a informace jak postupovat v případě žádosti o úhradu péče (odbornost 926) u VZP. Poskytovatelé MSPP musejí nejdříve projít výběrovým řízením pro tuto odbornost na krajském úřadě a až následně mohou uzavřít smluvní vztah s pojišťovnou (Švancara et al., © 2016). Jelikož se program osvědčil a bylo schváleno jeho pokračování a rozšíření na další zdravotní pojišťovny, vydaly ČSPM ČLS JEP a Fórum mobilních hospiců (konkrétně jejich pracovní skupina pro MSPP) dokument *Doporučení pro organizace, které budou žádat o uzavření smluvního vztahu se zdravotními pojišťovnami mimo VZP*. Tento dokument radí všem poskytovatelům MSPP, kteří chtějí uzavřít smluvní vztah s některou ze zdravotních pojišťoven mimo VZP, aby vykazovali péči za jasně daných podmínek, díky čemuž je větší šance, že s nimi pojišťovny smluvní vztah o úhradě péče uzavřou (2018). Autorka práce tuto problematiku konzultovala s Mgr. Jitkou Kosíkovou, která je členkou správní rady Institutu Pallium a také členkou projektového týmu pro projekt *Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti domácí specializované paliativní péče*, který byl již v práci také zmíněn. Mgr. Kosíková potvrdila, že pokud zařízení MSPP vyhraje výběrové řízení pro odbornost 926 na krajském úřadě a má kvalitně zpracovány podklady pro zdravotní pojišťovnu, je pravděpodobné, že s ním zdravotní pojišťovna bude ochotna uzavřít smluvní vztah o úhradě péče.

Vyjednávací síla kupujících

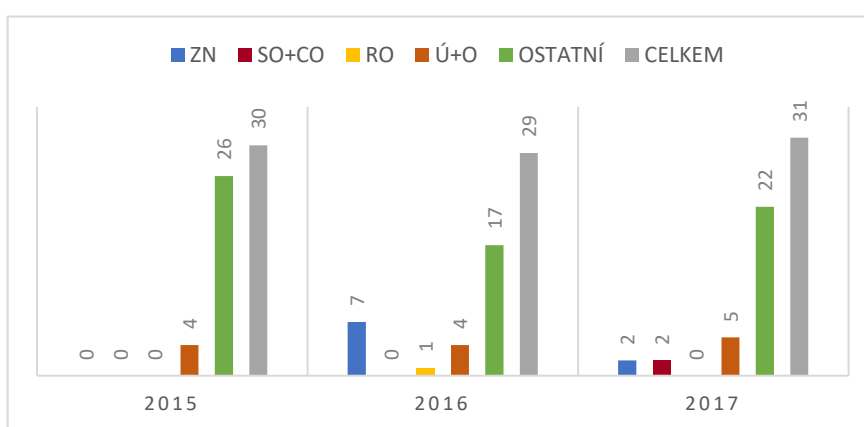
Kupujícími nebo zákazníky mohou být jak jednotlivci, tak právnické osoby. Z hlediska vztahu k podniku se dělí na kupce, uživatele, možné kupce a možné uživatele produktů či služeb podniku (Jakubíková, 2013, s. 105). Označení „kupující“ není v oblasti poskytování zdravotních služeb obvyklé, využívanými pojmenováními jsou „pacient“ nebo „klient“. Pro účely této práce bude využíván pojem **klient**.

V případě dětského mobilního hospice jsou potenciálními klienty děti s život zkracujícím nebo život ohrožujícím onemocněním a jejich zákonní zástupci. Počet klientů, kteří by služeb dětského mobilního hospice na Rožnovsku mohli využít se odhaduje poměrně obtížně, jelikož nejsou k dispozici aktuální data o dětské úmrtnosti ve Zlínském kraji ani data o přesném počtu dětí s život zkracujícím nebo život ohrožujícím onemocněním. Dostupná jsou pouze data o dětské úmrtnosti v ČR, a to v grafu autorů Švancary et al. (© 2016), který byl součástí podkapitoly 5.1.3 této práce. Tento graf byl publikován na webu NDZPP, na kterém se dají dohledat i další informace o paliativní péči. Nejnovější data o dětské úmrtnosti ve Zlínském kraji jsou dostupná z roku 2017. V tomto roce ve Zlínském kraji zemřelo celkem 31 dětí ve věkové kategorii 0–18 let. Příčinami úmrtí byly:

- Zhoubné novotvary (ZN) – 2 děti;
- Srdeční onemocnění, včetně cerebrovaskulárního onemocnění (SO+CO) – 2 děti;
- Úrazy, otravy (Ú+O) – 5 dětí;
- Ostatní – 22 dětí (Švancara et al., © 2016)

Pro lepší představu jsou v následujícím grafu (Graf 2) zobrazena data o dětské úmrtnosti ve Zlínském kraji mezi lety 2015–2017 (pozn. aut. zkratka RO značí respirační onemocnění).

Graf 2 – Dětská úmrtnost ve Zlínském kraji 2015–2017 (Švancara et al., © 2016; vlastní zpracování)



Z výše uvedených dat lze usuzovat, že pokud opomeneme dětská úmrtí na úrazy a otravy, která nespádají do kategorie život zkracujících nebo život ohrožujících onemocnění, mohlo by služeb dětského mobilního hospice na Rožnovsku každoročně využít přibližně 25 dětí s bydlištěm ve Zlínském kraji. Specifičtější data o dětské úmrtnosti pro okres Vsetín nebo dokonce mikroregion Rožnovsko nejsou dostupná.

Tato práce předpokládá, že pokud by rodiče těchto cca 25 dětí měli povědomí o existenci služby MSPP na Rožnovsku a celkovém principu fungování mobilního hospice (tedy, že hlavním zaměřením jeho činnosti je především péče respitní – odlehčovací), využili by jeho služeb. Lze také předpokládat, že pokud by rodiče péči poskytovanou jejich dítěti (a také jim samotným) považovali za kvalitní, nehrozilo by z jejich strany ukončení služby – právě naopak, existovala by možnost, že služby dětského mobilního hospice doporučí svým známým a dopomohou tak získat nové potenciální klienty. Tyto by bylo také možné oslovit pomocí kvalitní marketingové kampaně prostřednictvím komunikačních médií (regionální televizní nebo radiové stanice, místní tisk), případně propagace na sociálních sítích. Jak již bylo zmíněno, povědomí o službách dětského mobilního hospice a zájem

o jejich poskytování dětským mobilním hospicem na Rožnovsku byly zjišťovány pomocí dotazníkového šetření, které je podrobně popsáno v kapitole 5.5 této práce.

Hrozba vstupu nových konkurentů

Jak uvádějí Srpová et al. (2011, s. 166), potenciálními konkurenty jsou firmy, které v současnosti nejsou součástí konkurenčního prostředí, ale mohou do něj vstoupit. Existují určité bariéry, které musí nové firmy při vstupu na trh překonat – čím větší a nákladnější tyto překážky jsou, tím nižší je riziko vstupu případných konkurentů do odvětví. Za největší bariéru je dle výzkumů považována finanční nákladnost vstupu na trh.

Možná rizika vstupu do odvětví dětské mobilní hospicové péče představují především bariéry na straně legislativy (zákony a vyhlášky), finančních prostředků nutných k založení zařízení a zajištění jeho personálního zabezpečení. Riziková může být také již zmíněná (ne)součinnost zdravotních pojišťoven. Existuje možnost, že na trhu bude poskytovat služby dětské MSPP takové množství zdravotnických zařízení, že již budou naplněny kvóty zdravotních pojišťoven pro uzavírání nových smluv a úhrady péče. V případě plánovaného dětského mobilního hospice na Rožnovsku by však tato situace neměla nastat, jelikož by kromě Mobilního hospice Strom života byl jediným poskytovatelem této péče ve Zlínském kraji.

Dostatečně kvalifikovaný, spolehlivý a přívětivý personál je jedním z klíčových faktorů úspěchu nového zařízení dětské mobilní hospicové péče. Současným českým zdravotnictvím posledních pár let rezonuje problém nedostatku zdravotnického personálu, jeho finanční podhodnocení a s tím související odliv zdravotníků do zahraničí. Nemožnost sehnat dostatek zaměstnanců pro provoz zařízení nebo neschopnost jim za jejich práci adekvátně zaplatit tedy také představují dvě z možných bariér vstupu do odvětví.

Hrozba substitutů

Poslední, na co se v rámci Porterova modelu 5 konkurenčních sil musí podnik ptát, je, zda v odvětví existují substituční produkty nebo služby. Pokud takový substitut skutečně existuje, způsobí na trhu obvykle cenovou konkurenci (Srpová et al., 2011, s. 165).

V oblasti poskytování dětské mobilní hospicové péče neexistuje žádný substitut. Žádné jiné zdravotnické zařízení totiž neposkytuje takovou péči, kterou nabízí dětský mobilní hospic. Jako potenciální substitut by teoreticky bylo možné považovat dětský lůžkový hospic, denní

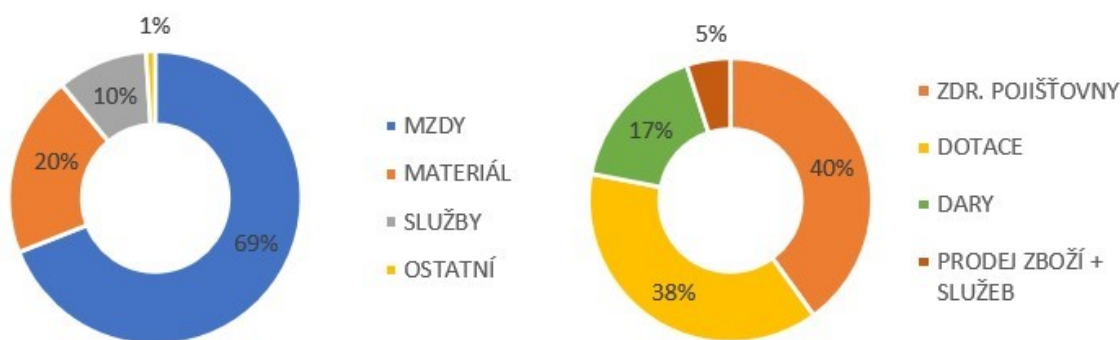
stacionář nebo dětské paliativní oddělení fungující v rámci nemocnice. Ani jedna služba však na území Zlínského kraje nepůsobí.

5.4.2 Analýza konkurentů ve Zlínském kraji s důrazem na Rožnovsko

Jak již bylo zmíněno, ve Zlínském kraji nemá sídlo žádná služba, která by poskytovala dětskou mobilní hospicovou péči. Existují zde dva lůžkové hospice – hospic Hvězda ve Zlíně – Malenovicích a hospic Citadela ve Valašském Meziříčí, které však neposkytují péči dětem. Stejně tak péči dětem neposkytují ani další zmíněné agentury domácí péče, oddělení paliativní péče nebo služby MSPP.

Jediného přímého konkurenta plánovaného dětského hospice na Rožnovsku tak představuje pouze Mobilní hospic Strom života, který sídlí v Moravskoslezském kraji. Sídlo organizace je v Novém Jičíně a své služby poskytuje klientům v pokročilých a konečných stádiích nevyléčitelných nemocí, a to hned ve třech krajích – Moravskoslezském, Olomouckém a Zlínském. Mobilní hospic Strom život zahájil svou činnost v únoru 2015, jeho zakladateli byli Martin Šimák a Marie Ryšková. Cílem organizace je umožnit těžce nemocným pacientům, aby strávili závěr života v rodinném kruhu, zachovali si svou důstojnost a měli přístup k co nejkvalitnějším službám. Mimoto hospic také cílí na podporu blízkých osob a rodinných příslušníků klientů v každodenní péči.

Mobilní hospic Strom života je nestátním zdravotnickým zařízením, které kromě služeb MSPP poskytuje také odborné sociální poradenství a terénní odlehčovací služby. První dvě zmíněné služby jsou klientům poskytovány zdarma, terénní odlehčovací služba je zpoplatněna částkou 130,- Kč/hod péče (cena se snižuje o 10,- Kč za každou odebranou hodinu, za 4 a více odebraných hodin odlehčovací služby v jednom dni je cena stanovena na 100,- Kč/hod). Financování hospice je vícezdrojové – kromě úhrad samoplátců za odlehčovací služby zde patří také úhrady zdravotních pojišťoven, podpora státních institucí, měst a obcí, dary firem, nadací a nadačních fondů, příspěvky jednotlivých dárců i pravidelné příspěvky členů **Klubu přátel Stromu života**. Dle *Výroční zprávy 2019* činily náklady hospice v tomto roce celkem 39 milionů korun a výnosy 41,1 milionu korun. Struktura nákladů i zdroje financování v roce 2019 jsou zobrazeny na následujícím obrázku (Obr. 6). Jedním ze zdrojů financování je Prodej zboží a služeb – při sídlu hospice v Novém Jičíně funguje dárkový obchůdek **Srdcovka**, který kromě Stromu života podporuje i další neziskové organizace, chráněné dílny a šikovné řemeslníky.



Obr. 6 Strom života – Struktura nákladů a zdroje jejich financování
(Mobilní hospic Strom života, 2019, s. 10; vlastní zpracování)

Mobilní hospic Strom života ve své *Výroční zprávě 2019* uvádí, že je kapacitně největším hospicem v ČR. V roce 2019 poskytl zdravotní péči více než 400 klientům a jejich rodinám, což je o 100 rodin více než v předchozím roce. Celkem bylo v roce 2019 zaměstnanci hospice poskytnuto 15 071 dní zdravotní péče. Tým terénní odlehčovací služby v roce 2019 dojížděl celkem za 134 klienty (v roce 2018 jich bylo 98) a více než zdvojnásobil počet hodin asistence oproti roku předchozímu – v roce 2019 bylo zajištěno 11 709 hodin asistence při 3 756 setkáních, o rok dříve se jednalo o 5 354 hodin asistence při 3 056 setkáních. Podařilo se také navýšit kapacitu uživatelů terénní odlehčovací služby ze 2 na 10 uživatelů v jednu chvíli. Odborné sociální poradenství v roce 2019 poskytlo své služby celkem 1 006 klientům – jednalo se o 62 dětí a mladistvých do 18 let, 362 mužů a 582 žen. 3 720 intervencí bylo poskytnuto v ambulantní formě, v terénu poskytl poradenský tým celkem 7 123 intervencí (Mobilní hospic Strom života, 2019, s. 3-7).

Všechna tato rozšíření služeb s sebou přinesla i rozšíření týmu zaměstnanců mobilního hospice. V roce 2019 do týmu zdravotníků přibylo 6 všeobecných sester a tým terénní odlehčovací služby se rozrostl celkem na 20 zaměstnanců. Noví členové přibyli i do týmu poradny – na plný úvazek nastoupil zkušený terapeut a poradce pro pozůstalé, externě začal s týmem spolupracovat poradce pro pozůstalé a krizový intervent. Od roku 2020 pak bylo plánováno posílení týmu psychologkou zaměřující se na individuální práci s pozůstalými dětmi (Mobilní hospic Strom života, 2019, s. 4-7). Roky 2020 a 2021 byly také charakteristické navyšováním počtu zaměstnanců – v roce 2020 zaměstnával hospic kolem 60 osob na plný úvazek, v roce 2021 je těchto zaměstnanců již více než 90.

V roce 2019 se Mobilnímu hospici Strom života podařilo navázat spolupráci s dětským lékařem a jeho dětskou sestrou, díky čemuž mohl v omezené míře pečovat i o dětské klienty. V roce 2019 hospic poskytoval MSPP dvěma dětem ve věku 6 let a 1,5 roku (Mobilní hospic Strom života, 2019, s. 4). V současné chvíli (květen 2021) má hospic v péči 4 děti.

Kromě již zmíněných aktivit provozuje Mobilní hospic Strom života v rámci odborného sociálního poradenství také **Dětský klub Stromeček**, který si klade za cíl ulehčit pozůstalým dětem strádání po zesnulém rodiči a být jim v této nelehké době oporou, útěchou i posilou při vyrovnávání se s jejich ztrátou. Primárně pro tyto děti (ale také pro děti zaměstnanců, podporovatelů a příznivců Stromu života, ale i děti rodičů z řad veřejnosti) pořádá hospic pravidelně **Příměstské tábory Stromu života**. Kapacita tábora je celkem 20 dětí a je pořádáno několik turnusů v období letních, zimních a jarních prázdnin (Mobilní hospic Strom života, © 2021).

Mobilní hospic Strom života má v současné chvíli pět kontaktních míst, na kterých mohou zájemci získat informace poskytované péči. Tato se nacházejí v Novém Jičíně, Rožnově pod Radhoštěm, Havířově, Zlíně a Přerově. Mimoto zařízení disponuje přehlednými webovými stránkami (dle informací hospice se nyní pracuje na jejich novém vzhledu) a také facebookovým profilem (Mobilní hospic Strom života, 2019, s. 11).

Většina informací o zařízení byla čerpána z jeho webových stránek a Výroční zprávy o činnosti hospice za rok 2019. Zdrojem aktuálních dat byly rozhovory se zaměstnanci hospice a jeho zakladatelem a ředitelem Martinem Šimákem.

Mobilní hospic Strom života lze označit za významného konkurenta plánovaného dětského mobilního hospice na Rožnovsku. Organizace si v rámci krajů, v nichž poskytuje své služby, vybudovala silnou pozici a dobré jméno – na internetu lze dohledat velké množství recenzí spokojených rodinných příslušníků klientů, které zaměstnanci Stromu života doprovázeli v jejich posledních chvílích. Potenciální výhodou plánovaného dětského mobilního hospice na Rožnovsku může být jeho vzdálenost od Nového Jičína, kde Mobilní hospic Strom života sídlí. Rožnov pod Radhoštěm jako centrum Rožnovska je od Nového Jičína vzdálen přibližně 30 km, a lze tak přepokládat, že rodiče potenciálních klientů dětského mobilního hospice na Rožnovsku budou primárně vyhledávat zařízení s kratší dojezdovou vzdáleností. Další výhodou oproti Mobilnímu hospici Strom života mohou případní zájemci o služby plánovaného dětského hospice na Rožnovsku spatřovat také v jeho specifickém zaměření na dětskou populaci.

5.5 Dotazníkové šetření

K doplnění analytické části projektu založení dětského mobilního hospice na Rožnovsku bylo realizováno dotazníkové šetření pro zjištění potenciálního zájmu a povědomí osob žijících ve Zlínském kraji o této problematice.

5.5.1 Cíle dotazníkového šetření a stanovení výzkumných hypotéz

Hlavním cílem dotazníkového šetření je zjistit povědomí respondentů o službách dětského mobilního hospice a jejich zájem o služby tohoto hospice na Rožnovsku. Dále také zjistit, zda a případně jakou částkou by byli respondenti ochotni se spolupodílet na financování služeb poskytované jejich dítěti tímto hospicem v domácím prostředí.

V rámci tohoto dotazníkového šetření byly stanoveny tři výzkumné hypotézy:

Výzkumná hypotéza 1: Více než 75 % respondentů projeví zájem o služby dětské paliativní péče ve Zlínském kraji. Tato hypotéza zjišťovala, zda by měli rodiče dětí ve věku 0–18 let zájem o služby dětské paliativní péče v případě, že by jejich dítě trpělo život zkracujícím nebo život ohrožujícím onemocněním.

Výzkumná hypotéza 2: Více než 50 % respondentů má zájem o služby dětského mobilního hospice. Tato hypotéza byla stanovena za účelem zjištění preferované formy hospicové péče.

Výzkumná hypotéza 3: Více než 50 % respondentů je ochotno se na financování péče poskytované svému dítěti dětským mobilním hospicem na Rožnovsku spolupodílet částkou v rozmezí 201–500,- Kč za den péče. Cílem této hypotézy bylo zjistit denní finanční částku, kterou jsou respondenti ochotni se podílet na péči poskytované jejich dítěti dětským mobilním hospicem.

5.5.2 Metodika dotazníkového šetření

Postup realizace dotazníkového šetření je zobrazen v následujících bodech:

1. Stanovení cílů dotazníkového šetření a výzkumných hypotéz;
2. Definování cílové skupiny (včetně velikosti výzkumného vzorku);
3. Stanovení otázek a sestavení dotazníku;
4. Provedení pilotní studie u 5 respondentů pro ověření srozumitelnosti dotazníku;
5. Úprava znění dotazníku dle zjištění z pilotní studie;
6. Sběr dat;

7. Analýza a interpretace výsledků dotazníkového šetření;
8. Vyhodnocení naplnění cílů dotazníkového šetření a výzkumných hypotéz.

Pro provedení výzkumu byla zvolena kvantitativní metoda průzkumu veřejného mínění prostřednictvím nestandardizovaného dotazníku. Výhodou této metody je snadná proveditelnost, časová nenáročnost a poměrně jednoduché statistické vyhodnocení získaných dat. Dotazník byl anonymní a jeho vyplnění bylo dobrovolné, což v důsledku vede k větší ochotě respondentů spolupracovat a na otázky odpovídat upřímně. Hrozí však možné zkreslení dat v případě, že respondenti neuvedou pravdivé odpovědi a z důvodu úspory času nevyplní dotazník řádně a dle předem daných instrukcí.

Dotazník obsahoval celkem 16 otázek – 14 otázek bylo uzavřených, 2 otázky (č. 6 a č. 9) byly polouzavřené. Dotazník bylo možné vyplnit pouze v elektronické formě prostřednictvím Formuláře Google a pro jeho odeslání bylo nutné odpovědět na všechny otázky. Elektronická forma distribuce dotazníku byla zvolena nejen díky své praktičnosti, ale také z ekologického hlediska (úspora papíru) a současné epidemiologické situaci v souvislosti s onemocněním COVID-19 v ČR.

Distribuci dotazníku mezi širokou veřejnost předcházelo provedení pilotní studie u 5 respondentů, jejímž cílem bylo zjistit, zda je dotazník pro respondenty srozumitelný. Na základě jejich zpětné vazby byly otázky upraveny a sestavena konečná verze dotazníku.

Kompletní znění dotazníku je přílohou P III této práce.

5.5.3 Charakteristika souboru respondentů

Dotazník byl elektronickou formou distribuován mezi občany Zlínského kraje. Pro zařazení odpovědí respondenta do výzkumného šetření byly stanoveny dva požadavky:

- Respondent má trvalé bydliště ve Zlínském kraji,
- Respondent má dítě ve věku 0–18 let.

Pro účely tohoto dotazníkového šetření byla minimální velikost výzkumného vzorku stanovena na 100 respondentů splňujících výše uvedené podmínky.

Sběr dat probíhal v období 7. 5. – 16. 5. 2021. Za sledované období bylo získáno celkem 114 odpovědí. Všech 114 odpovědí splňovalo výše uvedené podmínky a mohly tak být zařazeny do výzkumného šetření.

5.5.4 Analýza a interpretace výsledků dotazníkového šetření

Jak již bylo uvedeno výše, ke zpracování byla použita data ze 114 kompletně vyplněných elektronických dotazníků (100 %). Jednotlivá data budou interpretována v pořadí, které odpovídá řazení otázek v dotazníku. Vždy budou uvedeny *absolutní* (n) a *relativní* (%) četnosti všech odpovědí, relativní četnosti jsou zaokrouhleny na jedno desetinné místo. Pro přehlednost jsou data znázorněna pomocí tabulek, výsečových nebo spojnicových grafů, případně jejich vzájemné kombinace.

Otázky 1 a 2 (Tab. 4) sloužily k ověření, zda mají respondenti trvalé bydliště ve Zlínském kraji a dítě ve věku 0–18 let, a jejich odpovědi je tak možné zahrnout do výzkumu. Všechny 114 respondentů (100 %) na obě otázky odpovědělo kladně.

Tab. 4 Trvalé bydliště ve Zlínském kraji a dítě 0–18 let (vlastní zpracování)

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<i>Ano</i>	114	100,0 %
<i>Ne</i>	0	0,0 %
CELKEM	114	100,0 %

Cílem **Otázky 3** (Tab. 5) bylo zjistit, zda se již respondenti setkali s termínem hospic nebo hospicová péče. Celkem 102 respondentů (89,5 %) uvedlo, že se již s termínem setkali, zbylých 12 dotazovaných (10,5 %) tento termín neznalo. Odpověď *nevím* nezvolil nikdo.

Tab. 5 Setkání s termínem hospic nebo hospicová péče (vlastní zpracování)

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<i>Ano</i>	102	89,5 %
<i>Ne</i>	12	10,5 %
<i>Nevím</i>	0	0,0 %
CELKEM	114	100,0 %

Otázka 4 (Tab. 6) sloužila ke zjištění, zda se již respondenti setkali s termínem *dětská paliativní péče*. 66 dotazovaných (57,9 %) tento termín znalo, 46 respondentů (40,4 %) jej slyšelo poprvé a 2 osoby (1,8 %) nevěděly, zda se s tímto pojmem již setkaly či nikoliv.

Tab. 6 Setkání s termínem dětská paliativní péče (vlastní zpracování)

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	66	57,9 %
Ne	46	40,4 %
Nevím	2	1,8 %
CELKEM	114	100,0 %

Účelem **Otázky 5** (Tab. 7) bylo mezi respondenty zjistit znalost termínu multidisciplinární tým. 47 respondentů (41,2 %) uvedlo, že tento termín znají, 57 osob (50 %) se s označením multidisciplinární tým nesešlo a 10 dotazovaných (8,8 %) označilo odpověď neví.

Tab. 7 Setkání s termínem multidisciplinární tým (vlastní zpracování)

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	47	41,2 %
Ne	57	50,0 %
Nevím	10	8,8 %
CELKEM	114	100,0 %

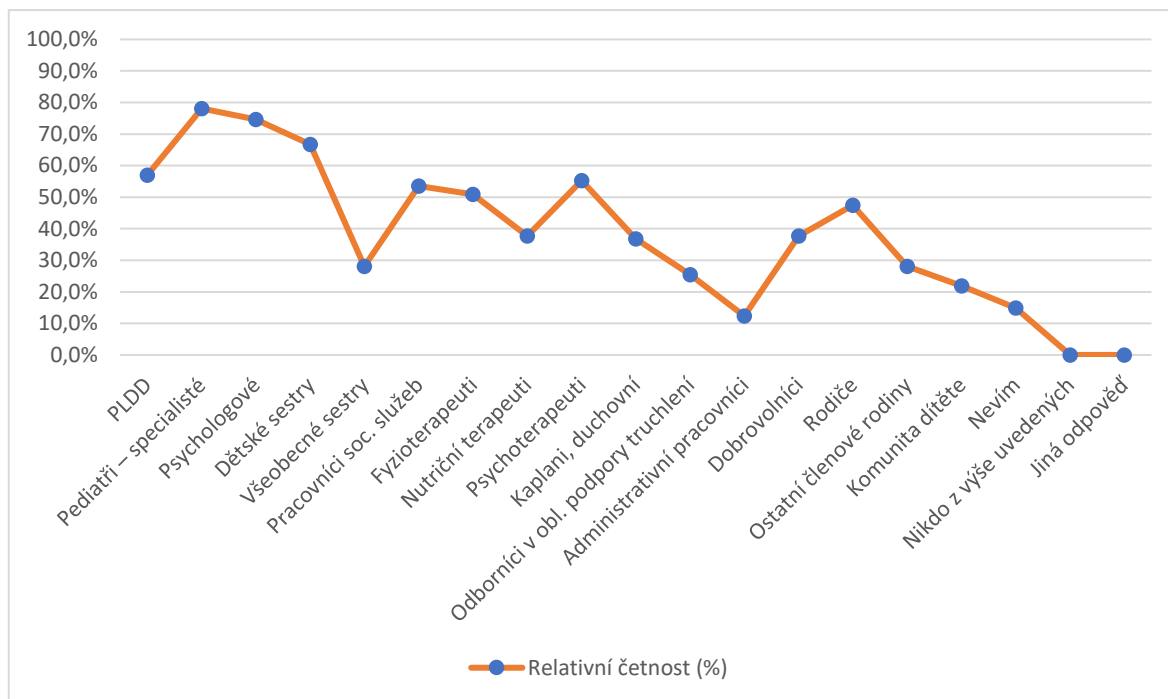
Otázka 6 (Tab. 8) sloužila ke zjištění odpovědi na otázku, kdo podle respondentů může být členem pediatrického multidisciplinárního týmu. U této otázky bylo možné zvolit více odpovědí, relativní četnosti jsou však opět vztaženy k počtu respondentů (114 respondentů zvolilo celkem 828 odpovědí, 100 %). Relativní četnosti jsou také zobrazeny na následujícím grafu (Graf 3). Nejvíce respondentů považovalo za členy pediatrického multidisciplinárního týmu pediatri – specialisty, tuto možnost označilo celkem 89 respondentů (78,1 %). Druhou nejpočetnější možností byli psychologové s 85 odpověďmi (74,6 %), následovaní dětskými sestrami, které zvolilo 76 dotazovaných (66,7 %). Ostatní možnosti byly respondenty označeny v následujícím pořadí – PLDD byli zvoleni v 65 případech (57 %), psychologové 63 krát (55,3 %), 61 respondentů (53,5 %) označilo jako další možnost pracovníky sociálních služeb a 58 osob (50,9 %) označilo fyzioterapeuty. Možnost rodiče byla respondenty zvolena až jako osmá v pořadí – označilo ji celkem 54 dotazovaných (47,4 %). Následovali nutriční terapeuti a dobrovolníci se stejným počtem 43 respondentů

(37,7 %), o jednoho respondenta méně (tedy celkem 42 osob, 36,8 %) zvolilo možnost kaplani, duchovní. 32 dotazovaných (28,1 %) označilo jako členy pediatrického multidisciplinárního týmu všeobecné sestry společně s ostatními členy rodiny, dalšími členy týmu pak podle 29 dotazovaných (25,4 %) mohou být odborníci v oblasti podpory truchlení. Komunita dítěte (škola, školka, kamarádi) byla respondenty označena celkem 25 krát (21,9 %) a možnost administrativní pracovníci zvolilo 14 dotazovaných (12,3 %). 17 osob označilo odpověď nevím (14,9 %). Žádný z respondentů nevybral odpověď nikdo z výše uvedených ani nevyužil možnost dopsat vlastní odpověď do kolonky jiná odpověď.

Tab. 8 Členové pediatrického multidisciplinárního týmu (vlastní zpracování)

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<i>PLDD</i>	65	57,0 %
<i>Pediatři – specialisté</i>	89	78,1 %
<i>Psychologové</i>	85	74,6 %
<i>Dětské sestry</i>	76	66,7 %
<i>Všeobecné sestry</i>	32	28,1 %
<i>Pracovníci soc. služeb</i>	61	53,5 %
<i>Fyzioterapeuti</i>	58	50,9 %
<i>Nutriční terapeuti</i>	43	37,7 %
<i>Psychoterapeuti</i>	63	55,3 %
<i>Kaplaní, duchovní</i>	42	36,8 %
<i>Odborníci v oblasti podpory truchlení</i>	29	25,4 %
<i>Administrativní pracovníci</i>	14	12,3 %
<i>Dobrovolníci</i>	43	37,7 %
<i>Rodiče</i>	54	47,4 %
<i>Ostatní členové rodiny</i>	32	28,1 %
<i>Komunita dítěte (škola, školka, kamarádi)</i>	25	21,9 %
<i>Nevím</i>	17	14,9 %
<i>Nikdo z výše uvedených</i>	0	0,0 %
<i>Jiná odpověď</i>	0	0,0 %
CELKEM	828	100,0 %

Graf 3 – Členové pediatrického multidisciplinárního týmu (vlastní zpracování)

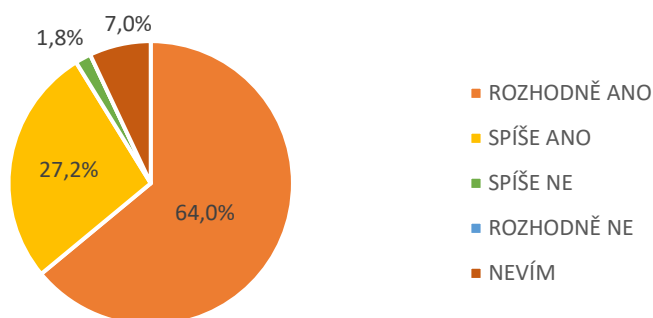


Účelem **Otázky 7** (Tab. 9) bylo zjistit, zda by respondenti uvítali možnost využití služeb dětské paliativní péče ve Zlínském kraji, pokud by jejich dítě trpělo život zkracujícím nebo život ohrožujícím onemocněním. 73 dotazovaných (64,0 %) označilo odpověď rozhodně ano a 31 respondentů (27,2 %) zvolilo možnost spíše ano. Varianta spíše ne byla označena pouze 2 respondenty (1,8 %), odpověď rozhodně ne nevybral nikdo. 8 dotazovaných osob (7 %) nevědělo, zda by uvítali možnost využití těchto služeb či nikoliv. Relativní četnosti odpovědí jsou také zobrazeny na následujícím grafu (Graf 4).

Tab. 9 Možnost využití služeb dětské paliativní péče ve Zlínském kraji (vlastní zpracování)

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<i>Rozhodně ano</i>	73	64,0 %
<i>Spíše ano</i>	31	27,2 %
<i>Spíše ne</i>	2	1,8 %
<i>Rozhodně ne</i>	0	0,0 %
<i>Nevím</i>	8	7,0 %
CELKEM	114	100,0 %

Graf 4 – Možnost využití služeb dětské paliativní péče ve Zlínském kraji
(vlastní zpracování)

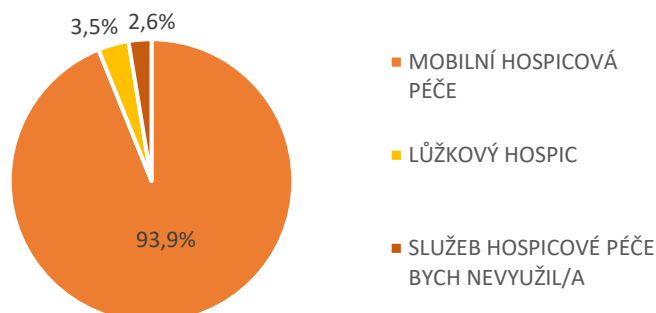


Cílem **Otázky 8** (Tab. 10) bylo od respondentů zjistit preferovanou formu paliativní péče pro jejich dítě, pokud by trpělo život zkracujícím nebo život ohrožujícím onemocněním. 107 respondentů (93,9 %) by preferovalo mobilní hospicovou péči, 4 dotazovaní (3,5 %) by pro své dítě raději zvolili formu lůžkového hospice. Služeb hospicové péče pro své dítě by vůbec nevyužili 3 respondenti (2,6 %). Relativní četnosti odpovědí jsou zobrazeny i na následujícím grafu (Graf 5).

Tab. 10 Preferovaná forma dětské paliativní péče (vlastní zpracování)

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Mobilní hospicová péče	107	93,9 %
Lůžkový hospic	4	3,5 %
Služeb hospicové péče bych nevyužil/a	3	2,6 %
CELKEM	114	100,0 %

Graf 5 – Preferovaná forma dětské paliativní péče (vlastní zpracování)

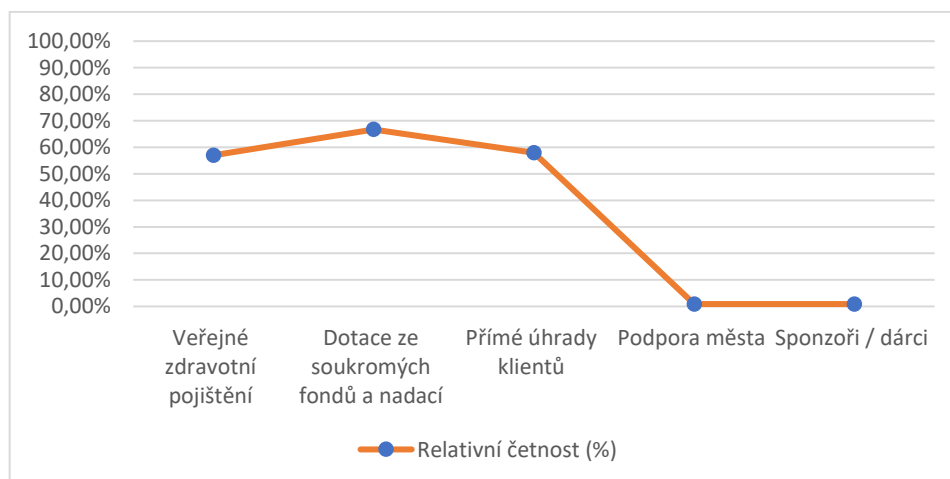


Otázka 9 (Tab. 11) sloužila ke zjištění informovanosti respondentů o způsobech financování dětské paliativní péče a také ke zjištění odpovědi na otázku, z jakých zdrojů je podle nich péče primárně financována. U této otázky bylo stejně jako u otázky č. 6 možné zvolit více odpovědí, relativní četnosti jsou opět vztaženy k počtu respondentů (114 respondentů zvolilo celkem 209 odpovědí, 100 %). Relativní četnosti jsou pro přehlednost zobrazeny i na následujícím grafu (Graf 6). Nejvíce respondentů za primární zdroj financování dětské paliativní péče považovalo dotace ze soukromých fondů a nadací – tato možnost byla označena 76 krát (66,7 %). Následovaly přímé úhrady klientů s 66 odpověďmi (57,9 %) a veřejné zdravotní pojištění, které označilo 65 respondentů (57 %). Dvě osoby využily možnost dopsat vlastní odpověď – 1 respondent (0,9 %) za primární zdroj financování dětské paliativní péče považoval podporu města, 1 dotazovaný (0,9 %) pak uvedl odpověď sponzoři / dárci.

Tab. 11 Primární zdroje financování dětské paliativní péče (vlastní zpracování)

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<i>Veřejné zdravotní pojištění</i>	65	57,0 %
<i>Dotace ze soukromých fondů a nadací</i>	76	66,7 %
<i>Přímé úhrady klientů</i>	66	57,9 %
<i>Podpora města</i>	1	0,9 %
<i>Sponzoři / dárci</i>	1	0,9 %
CELKEM	209	100,0 %

Graf 6 – Primární zdroje financování dětské paliativní péče (vlastní zpracování)

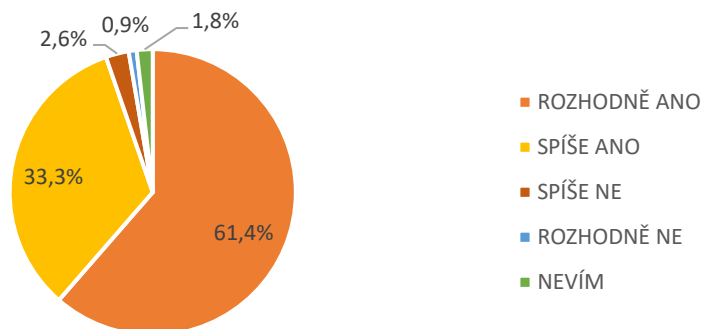


Účelem **Otázky 10** (Tab. 12) bylo zjistit ochotu respondentů spolupodílet se na financování služeb dětského mobilního hospice na Rožnovsku, pokud by tento hospic poskytoval péči jejich dítěti. 70 respondentů (61,4 %) by bylo rozhodně ochotných se na financování péče spolupodílet, možnost spíše ano zvolilo 38 dotazovaných (33,3 %). 3 osoby (2,6 %) označily odpověď spíše ne, 1 respondent (0,9 %) by se na financování péče rozhodně nespodpodílel a 2 dotazovaní (1,8 %) nevěděli, zda by se byli ochotni spolupodílet či nikoliv. Relativní četnosti odpovědí jsou zobrazeny i na následujícím grafu (Graf 7).

*Tab. 12 Ochota spolupodílet se na financování služeb dětského MH na Rožnovsku
(vlastní zpracování)*

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<i>Rozhodně ano</i>	70	61,4 %
<i>Spíše ano</i>	38	33,3 %
<i>Spíše ne</i>	3	2,6 %
<i>Rozhodně ne</i>	1	0,9 %
<i>Nevím</i>	2	1,8 %
CELKEM	114	100,0 %

*Graf 7 – Ochota spolupodílet se na financování služeb dětského MH na Rožnovsku
(vlastní zpracování)*



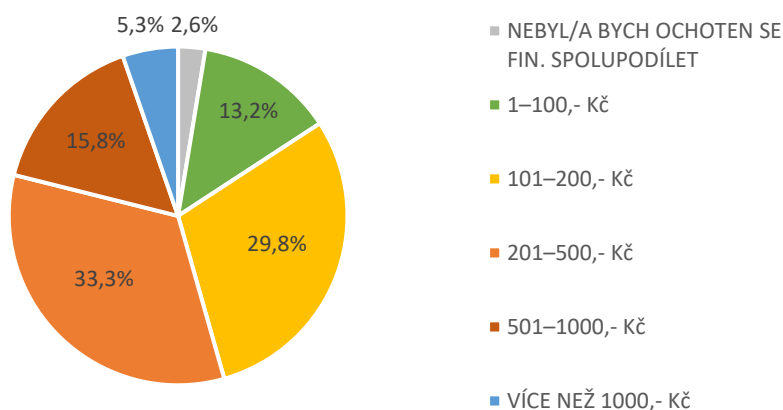
Cílem **Otázky 11** (Tab. 13) bylo zjistit výši denní částky, kterou by byli respondenti ochotni se spolupodílet na financování péče poskytované jejich dítěti tímto dětským mobilním hospicem v domácím prostředí. 3 respondenti (2,6 %) uvedli, že by vůbec nebyli ochotni se na péči finančně spolupodílet, 15 osob (13,2 %) by poskytlo denní spoluúčast ve výši

1–100,- Kč. Částkou 101–200,- Kč za den péče by se spolupodílelo 34 dotazovaných (29,8 %) a denní finanční obnos 201–500,- Kč by bylo ochotno poskytnout 38 respondentů (33,3 %). 18 dotazovaných (15,8 %) by vynaložilo částku v rozmezí 501–1000,- Kč za den péče a 6 respondentů (5,3 %) by za den péče poskytované jejich dítěti dětským mobilním hospicem v domácím prostředí bylo ochotno zaplatit spoluúčast v hodnotě více než 1000,- Kč. Pro lepší představu jsou opět relativní četnosti zobrazeny i v grafu (Graf 8).

Tab. 13 Výše finanční spoluúčasti na péči (vlastní zpracování)

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<i>Nebyl/a bych ochoten se fin. spolupodílet</i>	3	2,6 %
<i>1–100,- Kč</i>	15	13,2 %
<i>101–200,- Kč</i>	34	29,8 %
<i>201–500,- Kč</i>	38	33,3 %
<i>501–1000,- Kč</i>	18	15,8 %
<i>Více než 1000,- Kč</i>	6	5,3 %
CELKEM	114	100,0 %

Graf 8 – Výše finanční spoluúčasti na péči (vlastní zpracování)



Účelem **Otázky 12** (Tab. 14) bylo od respondentů zjistit, zda v jejich okolí funguje služba poskytující dětskou paliativní péči. Pouze 5 dotazovaných (4,4 %) vybralo možnost ano, 20 respondentů (17,5 %) na otázku odpovědělo záporně. O existenci takového typu služby v jejich okolí nevědělo 89 respondentů (78,1 %).

Tab. 14 Existence služby poskytující dětskou paliativní péči v okolí (vlastní zpracování)

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<i>Ano</i>	5	4,4 %
<i>Ne</i>	20	17,5 %
<i>Nevím</i>	89	78,1 %
CELKEM	114	100,0 %

Otázka 13 (Tab. 15) sloužila ke zjištění věku respondentů. Do věkové kategorie 18–34 let spadalo 49 respondentů (43 %), 62 osob (54,4 %) uvedlo, že jim je mezi 35 a 49 lety. 3 dotazovaní (2,6 %) měli 50–64 let. Nikomu z respondentů nebylo méně než 18 let a nikdo nebyl ani starší 65 let.

Tab. 15 Věková struktura respondentů (vlastní zpracování)

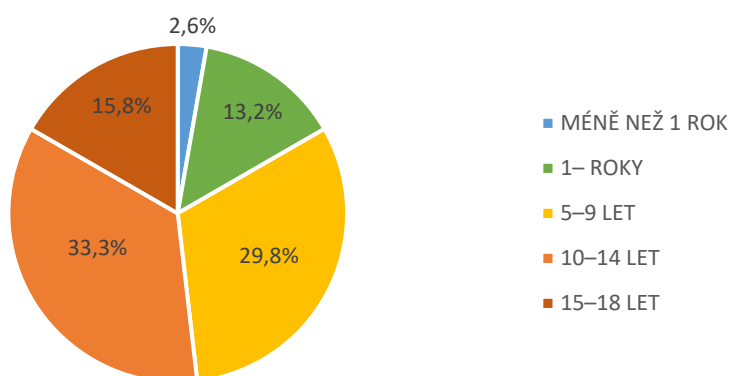
Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<i>Méně než 18 let</i>	0	0,0 %
<i>18–34 let</i>	49	43,0 %
<i>35–49 let</i>	62	54,4 %
<i>50–64 let</i>	3	2,6 %
<i>65 let a více</i>	0	0,0 %
CELKEM	114	100,0 %

Cílem **Otázky 14** (Tab. 16) bylo zjištění věku dětí respondentů. U této otázky bylo opět možné zvolit více odpovědí, relativní četnosti jsou však v tomto případě vztaženy k celkovému počtu odpovědí (143 odpovědí, 100 %) a pro lepší představu jsou zobrazeny i na následujícím grafu (Graf 9). 16 respondentů (11,2 %) uvedlo, že mají dítě mladší než 1 rok, do věkové kategorie 1–4 roky patřilo celkem 48 dětí (33,6 %). Děti ve věku 5–9 let mělo 34 dotazovaných (23,7 %) a celkem 32 osob (22,4 %) je rodičem dítěte ve věku 10–14 let. Věková kategorie 15–18 let byla nejméně početně zastoupená, v tomto věku mělo děti 13 respondentů (9,1 %). Na 1 respondenta připadalo průměrně 1,25 dětí.

Tab. 16 Věková struktura dětí respondentů (vlastní zpracování)

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<i>Méně než 1 rok</i>	16	11,2 %
<i>1–4 roky</i>	48	33,6 %
<i>5–9 let</i>	34	23,7 %
<i>10–14 let</i>	32	22,4 %
<i>15–18 let</i>	13	9,1 %
CELKEM	143	100,0 %

Graf 9 – Věková struktura dětí respondentů (vlastní zpracování)



Otázka 15 (Tab. 17) sloužila ke zjištění pohlaví respondentů. Na dotazník odpovědělo celkem 92 žen (80,7 %) a 22 mužů (19,3 %). Nikdo z respondentů neoznačil možnost nechci uvést.

Tab. 17 Pohlaví respondentů (vlastní zpracování)

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<i>Žena</i>	92	80,7 %
<i>Muž</i>	22	19,3 %
<i>Nechci uvést</i>	0	0,0 %
CELKEM	114	100,0 %

Otázka 16 (Tab. 18) byla v dotazníku zahrnuta za účelem zjištění okresu trvalého bydliště respondentů. Nejvíce respondentů pocházelo z okresu Vsetín – tuto možnost označilo celkem 80 osob (70,2 %), druhým nejzastoupenějším okresem byl Zlín s 20 respondenty (17,5 %). 8 osob (7 %) žilo v okrese Uherské Hradiště a 6 dotazovaných (5,3 %) uvedlo jako okres svého trvalého bydliště Kroměříž.

Tab. 18 Okres trvalého bydliště respondentů (vlastní zpracování)

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<i>Kroměříž</i>	6	5,3 %
<i>Uherské Hradiště</i>	8	7,0 %
<i>Vsetín</i>	80	70,2 %
<i>Zlín</i>	20	17,5 %
CELKEM	114	100,0 %

5.5.5 Vyhodnocení naplnění cílů dotazníkového šetření a výzkumných hypotéz

Hlavním cílem dotazníkového šetření bylo zjistit povědomí respondentů o službách dětského mobilního hospice a jejich zájem o služby tohoto hospice na Rožnovsku. Dále také zjistit, zda a případně jakou částkou by byli respondenti ochotni se spolupodílet na financování služeb poskytované jejich dítěti tímto hospicem v domácím prostředí.

Výzkumná hypotéza 1, že více než 75 % respondentů projeví zájem o služby dětské paliativní péče ve Zlínském kraji, **byla potvrzena**. Možnosti rozhodně ano nebo spíše ano označilo celkem 104 respondentů (91,2 %). Pouze 2 dotázané osoby (1,8%) by o tyto služby spíše nemělo zájem a 8 respondentů (7 %) nevědělo, zda by o službu měli zájem či nikoliv. Nenašel se ani jeden člověk, který by služeb dětské paliativní péče rozhodně nevyužil.

Výzkumná hypotéza 2, že více než 50 % respondentů bude mít zájem o služby dětského mobilního hospice také **byla potvrzena**. Mobilní hospicovou péči jako preferovanou volbu označilo 107 respondentů (93,9 %), tedy naprostá většina. Lůžkový hospic by pro své dítě raději využili pouze 4 dotázaní (3,5 %). 3 respondenti (2,6 %) by služeb hospicové péče vůbec nevyužili.

Výzkumná hypotéza 3, že více než 50 % respondentů bude ochotno se na financování péče poskytované svému dítěti dětským mobilním hospicem na Rožnovsku spolupodílet částkou v rozmezí 201–500,- Kč za den péče **nebyla potvrzena**. Finanční částku v tomto rozmezí by bylo ochotno vynaložit pouze 38 respondentů, tj. 33,3 % z celkového počtu. Pokud by však bylo znění hypotézy upraveno a předpokládalo by peněžní spoluúčast rodičů dětí ve výši minimálně 201–500,- Kč za den péče, dala by se hypotéza označit za potvrzenou. Je tomu tak z důvodu, že celkem 24 dotázaných (21,1%) by poskytlo finanční spoluúčast na péči poskytovanou jejich dítěti ve vyšší než předpokládané hodnotě – 18 respondentů (15,8 %) by bylo ochotno se podílet denní částkou 501–1000,- Kč a 6 osob (5,3 %) by za den péče zaplatilo dokonce více než 1000,- Kč. V konečném součtu lze tedy konstatovat, že částkou v rozmezí 201–500,- Kč za den péče a více by se na péči bylo ochotno finančně spolupodílet celkem 62 respondentů (54,4 %). Zbýlých 52 dotázaných (45,6 %) by mohlo vynaložit nižší finanční obnos nebo by se na péči nebyli vůbec ochotni finančně spolupodílet (tuto možnost označily pouze 3 osoby, tj. 2,6 %). Na základě těchto zjištění lze předpokládat, že by rodiče dětí s život ohrožujícím nebo život zkracujícím onemocněním akceptovali finanční spoluúčast ve výši 201–500,- Kč za den péče poskytované jejich dítěti dětským mobilním hospicem na Rožnovsku.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že většina respondentů zná termíny jako jsou hospic nebo hospicová péče, ale s termínem multidisciplinární tým se nesešla nebo jej neznala více než polovina dotázaných – tj. 67 osob (58,8 %). S tím souvisela i neznalost členů pediatrického multidisciplinárního týmu mezi respondenty. Dotazovaní také více než ve třech čtvrtinách případů nevěděli, zda v jejich okolí funguje služba poskytující dětskou paliativní péči či nikoliv – odpověď' neví u této otázky označilo 89 osob, což je 78,1 % z celkového počtu respondentů. Pro plánovaný dětský mobilní hospic na Rožnovsku z toho vyplývá nutnost věnovat čas na jeho propagaci pro oslovení potenciálních klientů.

5.6 Shrnutí poznatků analytické části – OT analýza

Analytická část této diplomové práce se zabývala zjištěním podmínek pro založení dětského mobilního hospice na Rožnovsku. V rámci analýzy externího prostředí byla zpracována PEST analýza, jejímž cílem bylo hodnocení vnějšího makroprostředí prostředí organizace. Na PEST analýzu navázala analýza hospicové a mobilní hospicové péče ve Zlínském kraji s důrazem na Rožnovsko a dále analýza pediatrické paliativní péče – rozdělená na část zahraniční a českou. Následovala analýza konkurenčního prostředí, a to pomocí Porterova

modelu 5 konkurenčních sil a analýzu konkrétních konkurentů ve Zlínském kraji s důrazem na Rožnovsko. Zájem rodičů dětí ve věku 0–18 let s trvalým bydlištěm ve Zlínském kraji o služby dětského mobilního hospice byl zjišťován pomocí dotazníkového šetření.

Na základě dat zjištěných v rámci analytické části lze konstatovat, že největším konkurentem dětského mobilního hospice na Rožnovsku je Mobilní hospic Strom života, který v omezené míře poskytuje MSPP i dětským klientům – v současné chvíli má hospic v péči 4 děti, primárně se však zaměřuje na dospělé. Díky tomu a také díky vzdálenosti Mobilního hospice Strom života od Rožnova pod Radhoštěm tato práce předpokládá, že by plánovaný dětský mobilní hospic na Rožnovsku byl pro potenciální zájemce o služby dětské MSPP preferovaným zařízením.

Výsledky dotazníkového šetření ukázaly, že by rodiče dětí ve věku 0–18 let s trvalým bydlištěm ve Zlínském kraji měli o služby dětského mobilního hospice na Rožnovsku zájem, a také by byli ochotni se spolupodílet na jejich financování částkou 201–500,- Kč za den péče. Takové spolupodílení na financování služeb dětského mobilního hospice na Rožnovsku však předpokládá, že by hospic měl uzavřené smlouvy o úhradě péče se zdravotními pojišťovnami a rodiče by na péči poskytovanou jejich dítěti pouze přispívali. V opačném případě by péče musela být z velké míry financována z úhrad samoplátců (tedy rodičů). Lze se domnívat, že za takové situace by zájem o služby dětského mobilního hospice poklesl, jelikož by potenciální klienti nebyli ochotni akceptovat nebo nebyli schopni pokrýt jejich cenu.

Pro každou nově vznikající organizaci existují potenciální příležitosti a hrozby, které je nutné identifikovat. K tomuto účelu nejlépe poslouží zkrácená verze SWOT analýzy⁸ – **OT analýza**, tedy analýza příležitostí a hrozeb, které vycházejí z vnějšího prostředí organizace, a to jak jeho makroprostředí, tak i mikroprostředí (Jakubíková, 2013, s. 129). SW analýzu v případě plánovaného dětského mobilního hospice na Rožnovsku nelze použít, jelikož toto zařízení v současné chvíli neexistuje, a tak není možné posoudit jeho silné a slabé stránky. Data pro OT analýzu byla zjištěna v rámci analytické části této práce. Jejich přehled rozdělený na příležitosti a hrozby je zobrazen v následující tabulce (Tab. 19).

⁸ SWOT analýza je jednou z nejpoužívanějších analýz prostředí podniku. Zkratka SWOT je tvořena počátečními písmeny anglických názvů zkoumaných veličin, a to – (S)trengths = silné stránky; (W)eaknesses = slabé stránky; (O)pportunities = příležitosti a (T)hreats = hrozby (Blažková, 2007, s. 155).

Tab. 19 OT analýza dětského mobilního hospice na Rožnovsku (vlastní zpracování)

O – Opportunities (Příležitosti)	T – Threats (Hrozby)
Dostupnost dat o dětské úmrtnosti ve Zlínském kraji	Neexistence dat o přesném počtu dětí se život zkracujícím/ohrožujícím onemocněním v ČR
Neexistence zařízení poskytujícího dětskou MSPP se sídlem ve Zlínském kraji	Rozsáhlé legislativní požadavky na založení dětského mobilního hospice
Neexistující substitut	Nutnost velké počáteční investice (přístrojová technika, vybavení, materiál apod.)
Ukotvení MSPP v úhradové vyhlášce MZ ČR	Neochota zdravotních pojišťoven uzavřít se zařízením smlouvu o úhradě péče
Dotační program MZ ČR na podporu a zvýšení dostupnosti MSPP	Nedostatek personálu (krize zdravotnictví, psychická náročnost práce)
Zájem rodičů dětí ze Zlínského kraje o služby dětského mobilního hospice na Rožnovsku	Rozšíření služeb aktuálních poskytovatelů zdravotní péče na dětskou MSPP
Ochota rodičů potenciálních klientů spolupodílet se na financování péče	Konkurence (Mobilní hospic Strom života)

Příležitosti

První příležitostí pro založení dětského mobilního hospice na Rožnovsku mohou být dostupná data o dětské úmrtnosti ve Zlínském kraji, která ukazují, že v kraji každoročně umírá přibližně 25 dětí, které by ze služeb dětského mobilního hospice na Rožnovsku mohly profitovat. Ve Zlínském kraji také v současné chvíli nesídlí žádné zařízení, které by poskytovalo MSPP dětským klientům, a neexistuje žádné zařízení či služba, které by mohlo služby dětského mobilního hospice nahradit. Důležité je také zakotvení MSPP do úhradové vyhlášky MZ ČR a významnou příležitostí pro plánovaný dětský mobilní hospic na Rožnovsku představuje i dotační program na podporu a zvýšení dostupnosti MSPP. Díky úhradové vyhlášce by mohla být zdravotní péče poskytovaná dětem mobilním hospicem hrazená z veřejného zdravotního pojištění a zmíněný dotační program zase představuje finanční prostředky, které by bylo možné použít na pokrytí nákladů spojených se založením zařízení. Zásadními příležitostmi pro plánovaný dětský hospic na Rožnovsku, zjištěnými prostřednictvím dotazníkového šetření, jsou zájem rodičů dětí ve věku 0–18 let s trvalým

bydlištěm ve Zlínském kraji o služby tohoto hospice a nadto jejich ochota se na financování služeb hospice spolupodílet, pokud by poskytoval péči jejich dítěti v domácím prostředí.

Hrozby

I když jsou dostupné údaje o dětské úmrtnosti ve Zlínském kraji, neexistují přesná data o tom, kolik je v České republice dětí, které trpí život zkracujícím nebo život ohrožujícím onemocněním a které jsou primárními klienty dětských hospicových zařízení. To dává plánovanému dětskému hospici na Rožnovsku pouze omezenou představu o konkrétním počtu klientů, kteří by jeho služeb využili. Další hrozby při zakládání dětského mobilního hospice představují rozsáhlé legislativní požadavky, které bude muset plánovaný dětský mobilní hospic naplnit, a nutnost velké počáteční investice na zajištění přístrojové techniky, vybavení, materiálu apod. Jednou z nejvýznamnějších hrozeb by mohla být neochota zdravotních pojišťoven uzavřít se zařízením smlouvu o úhradě péče, což by značně zkomplikovalo provoz hospice a také vedlo k nutnosti zvýšení podílu financování péče ze strany klientů. Dětský mobilní hospic by mohla ohrozit i nemožnost sehnat dostatek kvalifikovaného personálu, a to z důvodu současné krize ve zdravotnictví nebo kvůli psychické náročnosti práce v tomto oboru. Rizikem pro fungování dětského mobilního hospice na Rožnovsku je i jeho současný největší konkurent Mobilní hospic Strom života a potenciální rozšíření služeb poskytovatelů MSPP ve Zlínském kraji na dětské klienty.

6 PROJEKTOVÉ ŘEŠENÍ VYBUDOVÁNÍ DĚTSKÉHO MOBILNÍHO HOSPICE V ROŽNOVSKÉM REGIONU

Cílem kapitoly je vytvoření projektového řešení pro vybudování dětského mobilního hospice. Tento hospic bude mít sídlo na Rožnovsku a bude poskytovat MSPP dětem s život zkracujícím nebo život ohrožujícím onemocněním a jejich rodinám ve Zlínském kraji.

Plánovaný dětský mobilní hospic bude poskytovat péči dětským klientům a jejich rodinám v domácím prostředí a umožní jim tak prožít závěr života v prostředí jim blízkém. Péče bude poskytována multidisciplinárním týmem speciálně vyškoleným v paliativní péči, jehož členy budou lékaři, všeobecná a dětská sestra a sociální pracovník, neopomenutelnými členy týmu budou také rodiče a ostatní členové rodiny dětských klientů. Plánovaný dětský mobilní hospic na Rožnovsku předpokládá i spolupráci multidisciplinárního týmu s příslušnými PLDD, do budoucna budou dalšími členy týmu i duchovní a psycholog. Odborným zástupcem (tzv. garantem) péče bude lékař se zvláštní odbornou způsobilostí nebo specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína, tzv. paliatr.

Kromě MSPP bude plánovaný dětský hospic na Rožnovsku poskytovat i odborné sociální poradenství a podporu v truchlení členům rodiny po smrti dítěte.

6.1 Předpokládaný postup při založení dětského mobilního hospice

Plánovaný dětský mobilní hospic na Rožnovsku bude mít právní formu zapsaného ústavu (dále jen z. ú.). Ústav se zakládá zakládací listinou nebo pořízením pro případ smrti a vzniká zápisem do veřejného rejstříku. Návrh na zápis z. ú. do rejstříku ústavů podává zakladatel. Zakládací listina plánovaného hospice je popsána v následující podkapitole.

Některé právní a organizační úkony nutné ke vzniku dětského mobilního hospice byly již zmíněny v kapitole 2.5 této práce. Kompletní přehled kroků v procesu založení dětského mobilního hospice na Rožnovsku a jeho uvedení do provozu je zobrazen v následujících bodech:

1. Tvorba podnikatelského plánu a finančního plánu;
2. Vyřízení potřebných dokumentů k založení ústavu;
3. Založení ústavu;
4. Sjednání podnikatelského úvěru;
5. Uzavření smlouvy o nájmu budovy a dalších smluv k zajištění provozu hospice;

6. Materiálně-technické a personální zabezpečení hospice;
7. Tvorba a schválení provozního řádu;
8. Žádost o oprávnění k poskytování zdravotních a sociálních služeb;
9. Výběrové řízení a uzavření smluv o úhradě služeb se zdravotními pojišťovny.

Body, kterými se práce ještě nezabývala, budou popsány v následujících kapitolách.

6.1.1 Zakládací listina ústavu

Pro účely plánovaného dětského mobilního hospice na Rožnovsku bude sepsána a notářsky ověřena zakládací listina v souladu s §§ 405-406 NOZ v následujícím znění:

ZAKLÁDACÍ LISTINA ÚSTAVU

I. Zakladatel ústavu

Zakladatelem ústavu je Bc. Klára Čaňová, nar. 16. 7. 1996, trvalý pobyt XXX. Není-li možné rozhodování zakladatele, nabývá jeho práva vůči ústavu v plném rozsahu Anna Čaňová, nar. 14. 4. 1967, bydliště XXX, která byla ustanovena jako určená osoba zakladatelským právním jednáním.

II. Název a sídlo ústavu

Název ústavu: Srdce Beskyd – dětský mobilní hospic, z. ú. (dále jen ústav)

Sídlo ústavu: Zašová 17, 756 51

Ústav se zakládá na dobu neurčitou.

III. Účel a předmět činnosti ústavu

Účelem ústavu je poskytování zdravotních a sociálních služeb klientům ve Zlínském kraji s důrazem na Rožnovsko. Hlavními předměty činnosti jsou pak:

- Poskytování MSPP dětem a jejich rodinám v domácím prostředí;
- Poskytování odborného sociálního poradenství a podpory v truchlení;
- Zlepšování informovanosti veřejnosti o možnostech dětské paliativní péče.

IV. Vklady a zdroje financování ústavu

Majetek ústavu tvoří peněžitý vklad ve výši 50 000,- Kč (slovy padesát tisíc korun českých), který vloží zakladatel ústavu na účet vedený u Komerční banky, pobočka Valašské Meziříčí. Správcem vkladu je zakladatel ústavu.

Prostředky pro realizaci svého účelu a zajištění své činnosti bude může ústav získávat zejména z následujících zdrojů:

- Úhrady zdravotních pojišťoven;
- Úhrady od klientů;
- Dary právnických a fyzických osob věnované ústavu;
- Dotace, veřejné sbírky a dobročinné akce.

V. Orgány ústavu

Orgány ústavu jsou ředitel a správní rada.

VI. Ředitel ústavu

Ředitel je statutárním orgánem ústavu. Jmenuje a odvolává jej správní rada, které je ředitel ze své činnosti zodpovědný. Funkční období ředitele je 4 (slovy čtyři) roky a je možné jej zvolit opakovaně. Ředitel svou funkci vykonává ve smluvním poměru k ústavu. O konkrétní podobě smluvního poměru rozhoduje správní rada, která také stanoví způsob odměňování ředitele a výši jeho odměny. Ředitel odpovídá za činnost ústavu ve smyslu naplnění jejího účelu, obstarává řízení a financování ústavu a vykonává usnesení správní rady. Ředitel průběžně vyhodnocuje činnost ústavu a minimálně jednou za 3 (slovy tři) měsíce o jeho hospodaření informuje správní radu. Ředitel je povinen vykonávat svou funkci s péčí řádného hospodáře a zachovávat mlčenlivost o důvěrných informacích. Ředitelem může být jmenována pouze bezúhonná fyzická osoba a ředitel nemůže být zároveň členem správní rady, má však právo zúčastňovat se jednání správní rady s hlasem poradním. Správní rada je oprávněna ředitele z funkce odvolat, pokud nezajistil řádné plnění povinností svěřených mu zákonem nebo zakládací listinou nebo jedná způsobem, který ústav navenek poškozuje.

Zakladatelka ústavu Bc. Klára Čaňová je zároveň jeho první jmenovanou ředitelkou.

VII. Správní rada

Správní rada má tři členy, které jmenuje i odvolává zakladatel ústavu. Členství ve správní radě je neslučitelné s funkcí ředitele. Funkční období člena správní rady je 5 (slovy pět) let a je možné jej zvolit opakovaně. Členové svou funkci vykonávají bez nároku na odměnu. Správní rada z řady svých členů na celé funkční období volí a odvolává předsedu, který svolává a řídí zasedání správní rady. Správní rada rozhoduje nadpoloviční většinou přítomných členů správní rady a usnášeníschopná je jen tehdy, je-li přítomna nadpoloviční většina všech členů správní rady. V případě rovnosti hlasů je rozhodující hlas předsedy

správní rady. Správní rada vydává statut ústavu, dbá na zachování účelu, pro který byl ústav založen a na řádné hospodaření s jeho majetkem. Schůze správní rady se koná minimálně dvakrát ročně, v případě potřeby je předsedou svoláno mimořádné zasedání. První jednání správní rady svolá zakladatel ústavu nejpozději do 30 (slovy třiceti) dnů ode dne vzniku společnosti. Zakladatel není členem správní rady, má však právo zúčastnit se jejího jednání s hlasem poradním. Z každého zasedání správní rady je pořízen zápis, který musí nést podpisy zapisovatele a předsedy. Zápis je následně zaslán řediteli a zakladateli. Zakladatel může člena správní rady odvolat z funkce, pokud svou funkci nevykonává odpovědně, zejména neúčastní se zasedání správní rady nebo nejedná v souladu se zájmy ústavu či je přímo poškozují. Nejpozději do zasedání příští správní rady je zakladatel povinen jmenovat nového člena tak, aby počet členů správní rady byl vždy dělitelný třemi.

Členy správní rady jsou:

- Anna Čaňová, nar. 14. 4. 1967, trvalý pobyt XXX;
- Renata Korytářová, nar. 29. 10. 1972, trvalý pobyt XXX;
- Bc. Jan Křenek, nar. 25. 12. 1995, trvalý pobyt XXX.

VIII. Vnitřní organizace ústavu

Vnitřní organizaci ústavu stanovuje ředitel. Pokud si to vyžádají okolnosti, je možné vnitřní organizaci ústavu a podrobnosti a jeho činnosti upravit statutem ústavu, který vydává správní rada. V takovém případě je statut ústavu uveřejněn formou uložení do sbírky listin veřejného rejstříku.

IX. Výroční zpráva o činnosti a hospodaření ústavu

Ústav je povinen vypracovat a zveřejnit výroční zprávu v termínu, který stanoví správní rada, nejpozději však do 6 (slovy šesti) měsíců od skončení sledovaného období, kterým je kalendářní rok. První zprávu zveřejní ústav nejpozději do 18 (slovy osmnácti) měsíců od svého vzniku. Účelem výroční zprávy je informovat o činnosti a hospodaření ústavu. Výroční zpráva bude do 30 (slovy třiceti) dnů po schválení správní radou ústavem uložena do sbírky listin vedené Krajským soudem v Ostravě. Ústav je ve svém účetnictví povinen důsledně oddělit náklady a výnosy spojené s hlavním předmětem činnosti a náklady a výnosy spojené se správou ústavu.

X. Zrušení a likvidace ústavu

O zrušení nebo přeměně ústavu rozhoduje výhradně zakladatel. Ústav zaniká vymazáním z veřejného rejstříku, které předchází jeho zrušení s likvidací či bez ní. Likvidace není vyžadována v případech, kdy se jedná o zrušení ústavu sloučením, splynutím či rozdělením. Mimo případů, které vyplývají ze zákona, se ústav zrušuje:

- Dnem, na němž se usnesla správní rada;
- Sloučením s jiným ústavem či rozdělením na dva nebo více ústavů;
- Prohlášením konkurzu nebo zamítnutím návrhu na prohlášení konkurzu z důvodu nedostatku majetku.

Správní rada bez zbytečného odkladu za účelem likvidace jmenuje likvidátora, pokud tuto povinnost nesplní, je likvidátor jmenován příslušným soudem. Působnost všech orgánů ústavu zaniká dnem zápisu likvidace a likvidátora do příslušného rejstříku a na likvidátora tímto dnem přecházejí veškeré pravomoci orgánů ústavu. Likvidátor o vstupu ústavu do likvidace neprodleně vyrozumí všechny osoby, které jsou likvidací dotčeny, a nejpozději do 30 (slovy třiceti) dnů od svého zápisu do příslušného rejstříku sestaví soupis jmění ústavu. Případný likvidační zůstatek bude v plné výši využit k veřejně prospěšnému cíli.

XI. Závěrečná ustanovení

O jakýchkoliv změnách této zakládací listiny rozhoduje zakladatel ústavu. Není-li možné rozhodování zakladatele, nabývá jeho práva vůči ústavu v plném rozsahu osoba uvedená v bodě I. této listiny. Nestanoví-li tato zakládací listina jinak, řídí se právní vztahy ústavu zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. Tato zakládací listina vstupuje v platnost dnem podpisu a účinnosti nabývá dnem zápisu založeného ústavu do veřejného rejstříku vedeného Krajským soudem v Ostravě. Zakládací listina je vyhotovena ve 3 stejnopisech – jeden obdrží zakladatel, jeden bude přiložen k žádosti o zápis ústavu do veřejného rejstříku a jeden bude založen v dokumentaci ústavu.

Ke vzniku ústavu dochází zápisem do veřejného rejstříku příslušného rejstříkového soudu podle sídla ústavu, v tomto případě tedy Krajského soudu v Ostravě. Návrh na zápis může zakladatel podat osobně, poštou, datovou schránkou apod. Je však nutné, aby byl návrh vyplněn prostřednictvím inteligentního formuláře na webu www.justice.cz. Přílohou k návrhu musí být:

- Zakládací listina ústavu (nemusí být opatřena úředně ověřenými podpisy a nemusí být formou veřejné listiny);
- Zápis ze zasedání správní rady o volbě ředitele ústavu (nemusí být opatřen úředně opatřenými podpisy členů správní rady);
- Čestné prohlášení o plné svéprávnosti osob statutárních zástupců a kontrolních orgánů (tedy ředitele a členů správní rady) a jejich souhlas s tím, že budou zapsáni do veřejného rejstříku (musí být opatřeno úředně ověřenými podpisy);
- Souhlas majitele nemovitosti s umístěním sídla ústavu ne starší než 3 měsíce (musí být opatřen úředně ověřeným podpisem);
- Prohlášení o složení zapisované výše vkladu;
- Vyplněný návrh na zápis do veřejného rejstříku (musí být opatřen úředně ověřeným podpisem osoby, která návrh podává, v tomto případě tedy podpisem zakladatele ústavu).

Soud o zápisu ústavu do veřejného rejstříku rozhoduje usnesením do 5 pracovních dnů ode dne podání návrhu na soud. Toto usnesení nabývá právní moci po 15 dnech, případně lze lhůtu zkrátit, pokud se osoba podávající návrh na zápis ústavu vzdá práva na odvolání formou jednoduchého prohlášení, které je na soudě podáno osobně nebo posláno jako odpověď poštou, datovou schránkou apod. V případě, že soud shledá, že nějaké dokumenty chybí, vyzve ústav k jejich doplnění (ProfiNeziskovky, © 2017).

6.2 Hygienické požadavky na provoz dětského mobilního hospice

Každé zdravotnické zařízení včetně plánovaného dětského mobilního hospice na Rožnovsku musí pro svou činnost splnit hygienická kritéria stanovená vyhláškou č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. Péče bude klientům poskytována v jejich domácím prostředí, proto je nezbytně nutné, aby zaměstnanci dodržovali hygienická opatření stanovená touto vyhláškou, a ochránili tak sebe i klienty před případnou infekční nákazou a také zabránili potenciální kontaminaci prostředí např. biologickým materiálem.

- a) **Zásady pro odběr biologického materiálu** – Při odběru biologického materiálu je nutné používat sterilní nástroje a pomůcky, personál používá jednorázové rukavice. Zkumavky s biologickým materiálem musejí být ihned po odebrání správně označeny, umístěny do speciálního boxu v termotašce a neprodleně odvezeny do laboratoře, aby nedošlo

k jejich znehodnocení nebo kontaminaci prostředí či osob tímto materiálem. Použité jehly je personál povinen bez další manipulace uložit do žlutého kontejneru z pevného plastu určeného k tomuto účelu.

- b) Zásady přípravy injekcí a infuzí** – Pro minimalizaci rizika kontaminace prostředí je personál povinen přípravu injekcí, infuzí apod. provádět na přenosném plastovém tácu. Po aplikaci léčiv klientovi je nutná dezinfekce tohoto tácu i okolní pracovní plochy dezinfekčními přípravky a uložení použitých jehel a skleněných ampulí od léků do žlutého kontejneru zmíněného výše.
- c) Zásady ošetřování pacientů** – Personál provádí běžnou hygienickou očistu rukou antibakteriálním mýdlem a ubrousky, dezinfekce rukou je prováděna alkoholovým dezinfekčním přípravkem (např. Septoderm gel) těsně před a bezprostředně po kontaktu s klientem. K dezinfekci pokožky klienta před vpichy a menšími invazivními zákroky s porušením kožního krytu (intravenózní či perkutánní aplikace léčiv, odběr krve, zajištění periferního žilního vstupu apod.) se používá alkoholový dezinfekční přípravek ve spreji (např. Septoderm spray), který se nechá působit do zaschnutí. Zdravotníci při ošetřování klientů využívají bariérových ošetrovacích technik (jednorázové ochranné pomůcky – rukavice a pokud to stav pacienta vyžaduje, pak i ústenky) a dodržují hygienické a protiepidemiologické zásady za účelem minimalizace rizika vzniku a šíření nozokomiálních nákaz.
- d) Dezinfekční řád a sterilizace** – Dezinfekce pracovních ploch a pomůcek se provádí pomocí bezoplachového alkoholového dezinfekčního postřiku (např. Desprej), doporučená doba expozice je minimálně 30 s nebo do zaschnutí. K poskytování péče v domácím prostředí klientů jsou využívány především jednorázové pomůcky (nitrilové rukavice, ústenky, pracovní zástěry, návleky na obuv apod.), u kterých je vedoucí pracovník povinen pravidelně kontrolovat dobu expirace. Opakovaně použitelné zdravotnické pomůcky (např. peány, nůžky či pinzety) musejí projít procesem sterilizace a následně být skladovány v zataveném obalu (obvykle kombinace papír–plast) opatřeným datem sterilizace a expirace.
- e) Úklid** – Úklid pracoviště provádějí denně vlastní pracovníci hospice, za dezinfekci veškerých ploch zodpovídá vedoucí pracovník. Malování vnitřních prostor hospice je prováděno s frekvencí 1x za dva roky, případně dle potřeby. V čistotě jsou udržovány také osobní automobily – auto je 1x za čtrnáct dní umyto v automatické myčce, povrchy v interiéru vozidla jsou otírány pomocí jednorázových dezinfekčních ubrousků (např.

Meliseptol HBV). Dezinfekci povrchů je povinen provést každý zaměstnanec při předání vozidla. Pokud jsou jakékoliv plochy v hospici či v autě (včetně podlah) znečištěny biologickým materiálem, je nezbytné provést neprodlenou dekontaminaci pomocí dezinfekčního prostředku s virucidním účinkem. Stejný postup se využije i v případě znečištění ploch biologickým materiálem v domácnosti klientů.

- f) Nakládání s odpady** – Zásady pro nakládání s odpadem jsou upraveny zákonem č. 541/2020 Sb., o odpadech, který tento rok vešel v účinnost a nahrazuje původní zákon č. 185/2001 Sb. Dle tohoto zákona má původce odpadu (v tomto případě dětský mobilní hospic na Rožnovsku) odpovědnost za nakládání s odpadem až do okamžiku předání odpadu firmě odpovědné za jeho likvidaci. Odpad produkovaný hospicem spadá do kategorie nebezpečný a ostatní odpad (upraveno v § 7). Použité jednorázové pomůcky a další nebezpečný odpad jsou zaměstnanci povinni uložit do pevnostěnných uzavíratelných nádob k tomu určených, ostrý materiál je ukládán do již zmíněných žlutých kontejnerů z pevného plastu zamezujícího propíchnutí.

Podrobné informace o hygienických požadavcích na provoz dětského mobilního hospice na Rožnovsku jsou specifikovány v Provozním řádu organizace. S tímto dokumentem musí být seznámeni všichni zaměstnanci hospice při uzavření pracovněprávního vztahu, nastudování dokumentu zaměstnanci potvrzují podpisem.

6.2.1 Provozní řád

Aby plánovaný dětský mobilní hospic získal registraci poskytovatele zdravotních služeb, je nutné mít vytvořený provozní řád organizace a ten následně nechat schválit příslušným orgánem ochrany veřejného zdraví, v tomto případě tedy Krajskou hygienickou stanicí (dále jen KHS) Zlínského kraje s pobočkou na Vsetíně. Právní úprava provozního řádu vychází ze zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, a jedná se o jeden ze souborů nezbytné provozní dokumentace. Pro zajištění úředně schváleného provozního řádu je potřeba splnit následující podmínky:

- Zajistit potřebné prostory kontaktního pracoviště;
- Předložit KHS uzavřenou nájemní smlouvu či jiný dokument opravňující k užívání těchto prostor;
- Mít uzavřenou smlouvu s firmou zajišťující likvidaci nebezpečného odpadu;
- Vytvořit písemnou verzi provozního řádu obsahující i náležitost uvedené v předchozích bodech.

Účelem provozního řádu je především zajištění bezpečného provozu zařízení, ale také stanovení kritérií, jak postupovat v situacích krizových. Obsahuje základní údaje o organizaci (adresa, IČO, provozní doba), obecné údaje jako jsou charakteristika, zaměření pracoviště a rozsah poskytované péče, dále informace o materiálním a přístrojovém vybavení, požadavky na hygienu a úklid a v neposlední řadě také informace pro zaměstnance, jejich povinnosti a pokyny související s bezpečností a ochraně zdraví při práci (BOZP). Provozní řád může plánovaný dětský mobilní hospic na Rožnovsku vypracovat sám nebo si jej může nechat vytvořit externí organizací. Vzory provozních řádů jsou dostupné na webových stránkách KHS.

6.3 Materiálně-technické vybavení dětského mobilního hospice

Požadavky na materiálně-technické vybavení dětského mobilního hospice upravuje vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. Konkrétní požadavky na technické a věcné vybavení kontaktních pracovišť domácí péče stanovuje příloha č. 10 této vyhlášky.

Každé zdravotnické zařízení musí z hlediska stavebně technických požadavků na prostory a jejich funkční a dispoziční uspořádání umožňovat funkční a bezpečný provoz. Obecné požadavky jsou upraveny v příloze č. 1 k této vyhlášce a stanovují, že pro každé zdravotnické vyplývá povinnost:

- Tvořit provozně a uzavřený a funkčně provázaný celek;
- Být umístěno v nebytových prostorech, které splňují obecné požadavky na výstavbu;
- Mít zajištěnou dodávku pitné a teplé vody, pokud není zajištěn její ohřev na místě;
- Mít zajištěn odvod odpadních vod;
- Být vybaveno systémem přirozeného nebo nuceného větrání a systémem vytápění;
- Mít zajištěno připojení na veřejný rozvod elektrické energie;
- Být vybaveno připojením k veřejné telefonní síti (pevné nebo mobilní);
- Být vybaveno počítačem s připojením k internetové síti (Česko, 2012).

Díky tomu, že je zdravotní péče je poskytována ve vlastním sociálním prostředí klientů, je požadavkem na dětský mobilní hospic disponovat **kontaktním pracovištěm**, nikoliv ambulancí. Takové kontaktní pracoviště musí mít minimální plochu 10 m² a také sanitární zařízení pro zaměstnance. Již zmíněná příloha č. 10 k vyhlášce č. 92/2012 Sb. stanovuje následující požadavky na vybavení kontaktních pracovišť domácí péče:

- Nábytek pro práci všeobecné sestry;
- Kartotéční skříň (nemusí být, pokud je zdravotnická dokumentace vedena výhradně v elektronické podobě);
- Připojení k veřejné mobilní telefonní síti;
- Tonometr;
- Fonendoskop;
- Teploměr lékařský;
- Pomůcky k odběru biologického materiálu;
- Pomůcky k ošetřování chronických ran;
- Pomůcky pro katetrizaci močového měchýře ženy;
- Glukometr;
- Irigátor (pokud je péče poskytována pacientům s problémy při vyprazdňování);
- Pomůcky pro poskytnutí první pomoci včetně kardiopulmonální resuscitace (KPR), tj. resuscitační rouška, jednorázové rukavice, výbava pro zástavu krvácení;
- Box pro přepravu biologického materiálu (Česko, 2012).

Třetí sekce této přílohy dodává, že pro kontaktní pracoviště paliativní péče platí ještě kromě výše zmíněného také povinnost být vybaveno stříkačkovým dávkovačem a odsávačkou. Plánovaný dětský mobilní hospic musí disponovat také alternativami uvedeného vybavení v dětských velikostech, pokud jsou tyto k dispozici.

Přehled doporučených pomůcek a přístrojů pro mobilní hospic na každých 5 klientů v péči v okamžité kapacitě udávají Standardy APHPP (2016, s. 16). Tento seznam může sloužit jako inspirace při pořizování vybavení pro plánovaný dětský mobilní hospic na Rožnovsku. Přehled těchto pomůcek a přístrojů je uveden v následující tabulce (Tab. 20).

Tab. 20 Přehled doporučených pomůcek a přístrojů (APHPP, 2016, s. 16; vlastní zpracování)

Pomůcky	Množství (na každých 5 klientů)
Elektrické polohovací lůžko	1 ks
Antidekubitní a polohovací pomůcky	Nestanoveno
Aktivní a pasivní antidekubitní matrace	3 ks (pro každého klienta alespoň jeden z režimů)
Pumpa pro podávání parenterální i enterální výživy	Nestanoveno
Lineární dávkovač léků	1 ks
Odsávačky a oxygenátory	1 ks + 1 ks
Prostředky pro celkovou koupel	Nestanoveno
WC židle, chodítka, mechanické pojízdné vozíky	Nestanoveno
Další pomůcky pro manipulaci s imobilním klientem	Nestanoveno
Dopravní prostředek pro přepravu ke klientovi	Nestanoveno
Brašnu se zdravotnickými potřebami a ampuláři	1 sestra/1 brašna
Telekomunikační technika pro spojení s klientem	Nestanoveno

Vzhledem k faktu, že jsou k poskytování paliativní péče potřeba i opiáty, musí mít hospic mimo výše uvedené pomůcky a vybavení zajištěn také trezor a opiátovou knihu. Pravidla pro nakládání s opiáty upravuje zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů.

Pro zřízení dětského mobilního hospice na Rožnovsku se jako ideální prostory nabízí budova v obci Zašová s čp. 17, která je v obecním vlastnictví. Obec v nejbližších měsících plánuje rekonstrukci této budovy a následně se uvolila k jejímu dlouhodobému pronájmu pro účely dětského mobilního hospice.

6.4 Personální zajištění

Péči dětským klientům v péči mobilního hospice na Rožnovsku bude poskytovat multidisciplinární tým, který byl již v této práci několikrát zmíněn. Jelikož se jedná o MSPP, musí být zdravotní péče nepřetržitě dostupná 24 hodin, 7 dní v týdnu. Plánovaný dětský mobilní hospic se při zajišťování lidských zdrojů musí řídit vyhláškou č. 99/2012 Sb.,

o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Domácí péči se zabývá příloha č. 8 této vyhlášky.

Dne 29. září 2020 se sešli zástupci VZP, Svazu zdravotních pojišťoven (dále jen SZP), Fóra mobilních hospiců a pracovní skupiny MSPP při ČSPM ČLS JEP a ustanovili konkrétní požadavky na personální obsazení mobilních hospiců v roce 2021. Zápis z tohoto jednání je dostupný na webu Paliativní medicína. Výše uvedené organizace se dohodly na dvou akceptovatelných variantách personálního zabezpečení služeb MSPP v odbornosti 926, a to:

Varianta I

- **Lékař** se zvláštní odbornou způsobilostí nebo specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína (nositel L3) v **úvazku minimálně 0,5** – tento úvazek může být zajištěn **pouze 1 lékařem**, který současně plní funkci vedoucího pracoviště;
- **Lékař** se specializovanou působností v oborech, které jsou základními obory pro nastavbový obor paliativní medicína (nositel L3) v **úvazku 0,7** – tento úvazek může být složen maximálně ze **4 lékařů**;
 - Celkový úvazek lékařů uvedených v předchozích dvou bodech musí být **minimálně 1,2 úvazku**;
- **Všeobecné sestry** způsobilé k výkonu povolání bez odborného dohledu v **úvazku 5,0** s tím, že úvazky mohou být složeny maximálně z 10 sester nebo minimálně 3 sester – každá v úvazku 1,0 (40 hod/týden) a zbývající úvazek 2,0 může být složen z nižších úvazků (minimální výše úvazků není stanovena).

Varianta II

- **Lékař** se zvláštní odbornou způsobilostí nebo specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína (nositel L3) v **úvazku minimálně 0,2** – tento úvazek může být zajištěn **pouze 1 lékařem**, který současně plní funkci vedoucího pracoviště;
- **Lékař** se specializovanou působností v oborech, které jsou základními obory pro nastavbový obor paliativní medicína (nositel L3) v **přípravě na atestaci** z oboru paliativní medicína v **úvazku minimálně 0,3** – tento úvazek smí být zajištěn **pouze 1 lékařem**;

- **Lékař** se specializovanou působností v oborech, které jsou základními obory pro nástavbový obor paliativní medicína (nositel L3) v **úvazku 0,7** – tento úvazek může být složen maximálně ze **3 lékařů**;
 - Celkový úvazek lékařů uvedených v předchozích třech bodech musí být **minimálně 1,2 úvazku** s tím, že minimálně 1 lékař musí být na pracovišti v úvazku 0,5;
- **Všeobecné sestry** způsobilé k výkonu povolání bez odborného dohledu v **úvazku 5,0** s tím, že úvazky mohou být složeny maximálně z 10 sester nebo minimálně 3 sester – každá v úvazku 1,0 (40 hod/týden) a zbývající úvazek 2,0 může být složen z nižších úvazků (minimální výše úvazků není stanovena) (ČSPM ČLS JEP, 2020).

Vyhláška č. 99/2012 Sb. doplňuje, že členem multidisciplinárního týmu musí být i **dětská sestra** způsobilá k výkonu povolání bez odborného dohledu, pokud je poskytována domácí péče dětem do 3 let (Česko, 2012).

Standardy APHPP (2016, s. 13-14) se zabývají i minimálním personálním zabezpečením mobilní hospicové péče s okamžitou kapacitou menší než 15 pacientů, což je kapacita, kterou předpokládá i plánovaný dětský mobilní hospic na Rožnovsku. Takové personální zajištění musí být v souladu s požadavkem trvalé dostupnosti zdravotní sestry a lékaře při dodržení všech zákonných předpisů. Úvazky lékařů zůstávají totožné, zabezpečení nelékařskými profesemi je dle APHPP následující:

- **Všeobecné sestry** způsobilé k výkonu povolání bez odborného dohledu v **úvazku minimálně 1,5** – sestry musí zajistit fyzickou 24 hodinovou dostupnost péče u klienta;
- **Sociální pracovník** minimálně **0,5 úvazku**;
- **Duchovní, kaplan** nebo **pastorační asistent**;
- **Psycholog** nebo **psychoterapeut** – doporučená profese.

Odbornou způsobilost lékařů upravuje zákon č. 95/2012 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. Získáváním odborné způsobilosti u nelékařských profesí se zabývá zákon č. 96/2012 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Požadavky pro výkon povolání sociálního pracovníka jsou legislativně vymezeny v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Centrum paliativní péče

(© 2021) nabízí pro lékaře, sestry i další pracovníky v paliativní péči široké spektrum vzdělávacích programů, mezi které patří například již zmíněný kurz ELNEC pro sestry, dále kurz ESPERO zaměřený na komunikaci s klienty v závěru života a jejich rodinami, kurz Paliativní péče, jehož cílem je představit principy paliativní péče se specifickým zaměřením na oblast sociálních služeb apod. Všichni členové týmu dětského mobilního hospice na Rožnovsku budou podporováni v kontinuálním vzdělávání a budou jim k tomu vytvářeny odpovídající podmínky.

6.5 Soupis smluv, směrnic a dokumentů potřebných k provozu dětského mobilního hospice

Pro založení dětského mobilního hospice na Rožnovsku jsou potřeba následující dokumenty:

- Oprávnění k poskytování zdravotních služeb vydané krajským úřadem;
- Oprávnění k poskytování sociálních služeb vydané krajským úřadem;
- Zakládací listina ústavu;
- Zápis ze zasedání správní rady o volbě ředitele ústavu;
- Čestné prohlášení o plné svéprávnosti osob statutárních zástupců a kontrolních orgánů ústavu a jejich souhlas se zapsáním do veřejného rejstříku;
- Výpis z rejstříku trestů pro osoby statutárních zástupců a kontrolních orgánů ústavu;
- Souhlas majitele nemovitosti s umístěním sídla ústavu;
- Prohlášení o složení zapisované výše vkladu.

Dalšími dokumenty, které hospic potřebuje ke svému provozu, jsou:

- Výpis z veřejného rejstříku;
- Smlouva o pojištění odpovědnosti poskytovatele zdravotních služeb;
- Smlouva o pojištění odpovědnosti poskytovatele sociálních služeb;
- Osvědčení o registraci k dani ze závislé činnosti;
- Osvědčení o registraci k zákonnému pojištění odpovědnosti;
- Smlouva o nájmu prostoru sloužícího k podnikání;
- Smlouva o zřízení a vedení běžného účtu;
- Provozní řád schválený KHS;
- Smlouva o dodávce energií;
- Smlouva o poskytování telekomunikačních služeb;

- Smlouva o poskytování služeb elektronických komunikací;
- Smlouva o poskytnutí licencí a softwarové podpory pro vedení elektronické zdravotnické dokumentace;
- Smlouva o odvádění odpadních vod;
- Smlouva o přepravě a likvidaci odpadu;
- Smlouva o pojištění majetku;
- Smlouvy o operativním leasingu vozidel;
- Osvědčení o registraci k dani silniční;
- Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotních služeb zdravotními pojišťovkami;
- Smlouvy s klienty o poskytnutí péče multidisciplinárního týmu, jejichž součástí je i souhlas klientů s finanční spoluúčastí na péči;
- Informované souhlasy klientů s poskytováním zdravotních služeb;
- Pracovní smlouvy se zaměstnanci hospice;
- Potvrzení o dosažené odborné kvalifikaci zdravotnických pracovníků;
- Lékařský posudek o zdravotní způsobilosti zdrav. pracovníků k výkonu povolání;
- Mzdové výměry a dokumenty určující pracovní náplň;
- Záznamy o provedeném školení BOZP a PO zaměstnanců;
- Směrnice o nakládání s léčivy a návykovými látkami;
- Směrnice o vedení zdravotnické dokumentace;
- Přístrojová dokumentace⁹ (evidenční záznamy přístrojů a povinná dokumentace – návod k použití v českém jazyce, provozní deník, záznam o školení osob přístroj využívajících, kopie faktur, záruční listy, protokoly o pravidelné elektrevizi).

⁹ Dle § 39 zákona č. 89/2021 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů, je poskytovatel zdravotních služeb povinen vést dokumentaci používaných prostředků: a) u kterých musí být prováděna instruktáž, b) u kterých musí být prováděna bezpečnostně technická kontrola, nebo c) které jsou právním předpisem upravujícím oblast metrologie označeny jako pracovní měřidla. Obsah této dokumentace stanoví prováděcí právní předpis (Česko, 2021).

6.6 Navázání smluvního vztahu se zdravotními pojišťovkami

Uzavření smluvního vztahu se zdravotními pojišťovkami bude jedním ze zásadních bodů při zakládání dětského mobilního hospice na Rožnovsku. Doporučeními pro uzavírání smluvního vztahu mezi zařízeními MSPP a zdravotními pojišťovkami se již okrajově zabývala podkapitola 5.4.1 této práce, podrobnější postup bude nastíněn nyní.

Aby mohl hospic vůbec vykonávat svou činnost, potřebuje mít oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Podmínky udělení tohoto oprávnění vycházejí ze zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb., který byl již v práci několikrát zmíněn. Oprávnění vydává příslušný krajský úřad, při splnění zákonem stanovených podmínek je vydání potvrzení nárokové. Pro získání smlouvy s pojišťovnou je následně nutné projít výběrovým řízením pro odbornost 926 na krajském úřadě. Ve výběrové komisi je vždy přítomen zástupce kraje, zdravotní pojišťovny (či zdravotních pojišťoven, usiluje-li zařízení o výběrové řízení pro více pojišťoven), zástupce odborné společnosti ČSPM ČLS JEP a v případě odborností, u kterých je odborným zástupcem lékař, pak i zástupce ČLK. Zástupce ČLK bude v případě výběrového řízení pro plánovaný dětský mobilní hospic na Rožnovsku přítomen, jelikož garantem této péče je lékař – paliatr. Udělení kladného stanoviska ve výběrovém řízení na krajském úřadě není na rozdíl od získání oprávnění k poskytování zdravotních služeb povinné.

Až v případě splnění obou výše uvedených kroků a za předpokladu materiálně-technického a personálního zabezpečení služby může plánovaný dětský mobilní hospic na Rožnovsku žádat zdravotní pojišťovny o uzavření smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb. Konkrétní postup, jak žádat o uzavření smluvního vztahu, a jaké dokumenty je k žádosti nutné doložit mají pojišťovny specifikován na svých webových stránkách nebo se o něm žadatel může fyzicky informovat na pobočkách pojišťoven. Standardně se jedná o kopii oprávnění k poskytování zdravotních služeb, výpis z veřejného rejstříku, doklad o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb apod. Doporučené (ne však nutné) je k žádosti přiložit také doporučení případných spolupracujících zdravotnických zařízení v regionu (PLDD, nemocnice apod.), které mohou tímto způsobem žadateli vyjádřit podporu (Paliativa, © 2018).

Pro plánovaný dětský mobilní hospic bude prioritou uzavřít smluvní vztah o úhradě zdravotních služeb s co nejvíce pojišťovkami.

6.7 Marketingový plán

Stanovení marketingového plánu je neodmyslitelnou součástí podnikatelského plánu na založení dětského mobilního hospice na Rožnovsku a jeho správné zacílení může výrazně ovlivnit provoz zařízení. Nejprve bude stanoveno poslání, vize a cíle organizace, následně bude definována cílová skupina plánovaného hospice. Na tuto část naváže zpracovaný marketingový mix 4P.

6.7.1 Poslání, vize a cíle dětského mobilního hospice

Součástí strategického řízení organizace je stanovení jejího poslání (neboli mise), vize a cílů. Poslání popisuje základní funkci organizace ve společnosti v současnosti, vize je obrazem budoucnosti podniku a představuje, čeho chce firma dosáhnout. Pro úspěšnou činnost je nutné mít stanovené jak poslání, tak vizi – jedno bez druhého nemůže fungovat (Blažková, 2007, s. 25-26).

Poslání

Posláním dětského mobilního hospice Srdce Beskyd je umožnit dětem s život zkracujícím nebo život ohrožujícím onemocněním a jejich rodinám prožít závěr života v domácím prostředí a poskytnout jim potřebnou podporu.

Vize

Stát se vyhledávaným zařízením dětské paliativní péče ve Zlínském kraji s profesionálním přístupem ke svým klientům i zaměstnancům.

Cíle

Vybudovat zařízení, které bude poskytovat kvalitní a vysoce profesionální MSPP dětským klientům a jejich rodinám ve Zlínském kraji s důrazem na Rožnovsko.

6.7.2 Cílová skupina

Cílovou skupinou pro poskytování MSPP plánovaným dětským mobilním hospicem na Rožnovsku jsou děti s život zkracujícím nebo život ohrožujícím onemocněním, u kterých kurativní terapie není možná nebo již byla ukončena, a jejich rodiny. Členům rodiny i komunity umírajících dětí bude poskytováno také odborné sociální poradenství a podpora v truchlení, pokud o tyto služby projeví zájem.

6.7.3 Marketingový mix 4P

Marketingový mix představuje soubor kontrolovatelných marketingových proměnných, které slouží k tomu, aby výrobní (produkční) program firmy co nejvíce odpovídal potřebám a přáním cílového trhu. Tento termín poprvé použil profesor na Harvard Business School v USA Neil H. Borden. Standardní podoba marketingového mixu je tvořena čtyřmi prvky, tzv. **4P** – *product* (produkt nebo služba), *price* (cena), *place* (umístění) a *promotion* (marketingová komunikace) (Jakubíková, 2013, s. 190).

Cílem marketingového mixu zpracovaného pro plánovaný dětský mobilní hospic na Rožnovsku je oslovit potenciální klienty (resp. rodiče potenciálních klientů) a informovat je o existenci a možnosti využití služeb MSPP tímto hospicem poskytovaných.

Produkt

Produktem dětského mobilního hospice na Rožnovsku bude MSPP poskytovaná dětem a jejich rodinám ve Zlínském kraji. Péče bude poskytována dětem s život zkracujícím nebo život ohrožujícím onemocněním, u kterých kurativní terapie není možná nebo již byla ukončena. Péči bude klientům poskytovat profesionální multidisciplinární tým speciálně vyškolený v paliativní péči na základě jejich individuálních potřeb. Plánovaný dětský mobilní hospic na Rožnovsku bude moci garantovat dostupnost služeb 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Péče bude klientům poskytována na základě podepsané písemné smlouvy a informovaného souhlasu. Vzhledem k faktu, že klienty hospice budou děti mladší 18 let, je nutné, aby smlouva i informovaný souhlas byly podepsány jejich zákonnými zástupci. Od smlouvy mohou zákonní zástupci klientů v jakémkoliv okamžiku odstoupit.

Kromě MSPP bude plánovaným dětským mobilním hospicem na Rožnovsku poskytováno také odborné sociální poradenství a podpora v truchlení. Do budoucna hospic také plánuje pořádání komunitních setkávání pozůstalých.

Cena

Plánovaný dětský mobilní hospic na Rožnovsku počítá s vícezdrojovým financováním služeb. V případě uzavření smluvního vztahu o úhradě MSPP se zdravotními pojišťovnami bude po klientech požadována finanční spoluúčast ve výši 350,- Kč/den péče. Účelem finanční spoluúčasti klientů je zajištění pokrytí nákladů spojených s provozem hospice. Případný zisk bude opětovně investován do dalšího rozvoje služeb hospice.

Oborné sociální poradenství a podpora v truchlení budou poskytovány bezplatně.

Umístění

Plánovaný dětský mobilní hospic bude mít sídlo v obci Zašová. Přesná poloha sídla hospice je vidět na následujícím obrázku (Obr. 7). Obec Zašová se nachází ve Zlínském kraji v okrese Vsetín na spojnici měst Valašské Meziříčí a Rožnov pod Radhoštěm. Sídlo hospice bude v budově s čp. 17. Objekt je v obecním vlastnictví a v následujících měsících je plánovaná jeho kompletní rekonstrukce. Obec souhlasila s následným dlouhodobým pronájmem budovy pro účely dětského mobilního hospice a i rekonstrukce bude provedena tak, aby splňovala požadavky na provoz tohoto zařízení. Před budovou budou k dispozici parkovací místa pro firemní vozidla, osobní automobily zaměstnanců hospice a případné návštěvy. Objekt bude pro potenciální zájemce o službu či návštěvy otevřen vždy ve všední dny v čase 8–16 hod., o víkendech a svátcích bude možné pouze telefonické spojení, a to po předchozí domluvě.



Obr. 7 Poloha sídla dětského mobilního hospice na mapě (Mapy.cz, © 2021)

Marketingová komunikace

Propagace a s ní spojená marketingová komunikace plánovaného dětského mobilního hospice na Rožnovsku je nezbytná pro informování veřejnosti o existenci tohoto typu služby ve Zlínském kraji a oslovení potenciálních klientů. Je proto vhodné s těmito aktivitami začít co nejdříve před zahájením provozu hospice a přijetím prvních klientů do péče. Ideálním časovým horizontem pro realizaci marketingové kampaně jsou alespoň 3 měsíce před otevřením hospice.

V prvotní fázi hospic plánuje navázat spolupráci s PLDD a zdravotnickými zařízeními poskytujícími péči ve Zlínském kraji, kteří mohou o existenci dětského mobilního hospice na Rožnovsku informovat rodiče dětí, jejichž zdravotní stav vyžaduje služby paliativní péče spíše než kurativní terapii, a mohli by tak být potenciálními klienty tohoto hospice.

Do ambulancí PLDD a čekáren zdravotnických zařízení budou také nabídnuty informační letáky o činnosti hospice obsahující jeho adresu, ceník služeb a další kontaktní údaje. Návrh informačního letáku je přílohou P IV této práce.

Hospic následně plánuje oslovit vybrané obce ve Zlínském kraji, které by mu mohly pomoci s propagací jeho služeb prostřednictvím uveřejnění informace o vzniku hospice na svých webových stránkách, vývěsce obce, v obecním tisku nebo případně na lokálním televizním kanálu.

Dalšími platformami, na kterých by se chtěl hospic prezentovat, jsou:

- Vlastní webové stránky;
- Sociální sítě (Facebook, Instagram, do budoucna i Youtube);
- Regionální tisk, média na regionální úrovni (Události v regionech, TVS).

Pro účely své propagace a informování potenciálních klientů plánuje hospic vytvoření svých vlastních webových stránek. Webové stránky by měly být přehledné a obsahovat kompletní informace o poskytovaných službách, včetně ceníku. Pro jejich tvorbu hospic plánuje oslovit webdesignera, který bude mít k dispozici budget 5000,- Kč. Hospic bude mít také zřízené své účty na sociálních sítích Facebook a Instagram, na kterých budou zveřejňovány především aktuální informace o činnosti hospice, případně informace o plánovaných setkáních a dobročinných akcích. Soukromé zprávy na sociálních sítích bude moci veřejnost využít jako přímý prostředek komunikace s hospicem. Hospic by informaci o svém vzniku chtěl umístit také do regionálního tisku (Valašský deník, Magazín 21) a médií (např. formou reportáže v pořadu ČT Události v regionech – Brno nebo na televizi TVS).

V průběhu prvního roku své existence plánuje hospic natočit videospot, ve kterém se potenciálním klientům v krátkosti představí. Tento spot bude umístěn na soukromém kanálu hospice na síti Youtube, případně na již zmíněných lokálních a regionálních televizních kanálech.

Součástí všech komunikačních prostředků a propagačních materiálů dětského mobilního hospice Srdce Beskyd bude také jeho logo, které navrhla sestřenice autorky této diplomové práce, slečna Natálie Korytářová. Logo v plné velikosti je přílohou P V této práce.

6.8 Finanční plán

Finanční plán představuje významnou složku podnikatelského plánu a měl by být základem finančního řízení každého zdravotnického zařízení. Jeho cílem je prokázat reálnost podnikatelského plánu z ekonomického hlediska a ukázat, jak se bude vyvíjet finanční situace organizace. Finanční plán obsahuje stranu potřeb, která zahrnuje všechny potřeby financované v daném roce (*náklady*), a stranu zdrojů, tedy financí, ze kterých budou potřeby financovány (*výnosy*). Je vhodné, aby byl finanční plán rozpracován do dílčích plánů na kratší časová období – pro účely této práce bude zvoleno období jednoho měsíce. Cenným operativním nástrojem řízení peněžních toků (*cash flow*) organizace je i tzv. **platební kalendář**. Tento kalendář má stránku příjmovou, která je tvořena zejména inkasem pohledávek, a stránku výdajovou, do které patří rozhodující druhy výdajů (např. mzdy zaměstnanců, úhrady za energie, zdravotnický materiál a léky apod.). Platební kalendář by měl být opět sestavován jako celoroční s dělením na jednotlivé měsíce (Synek, Kislingerová a kol., 2015, s. 194 a 438).

6.8.1 Plán nákladů hospice

Pro účely této práce budou náklady na založení dětského mobilního hospice na Rožnovsku rozděleny do třech kategorií:

- **Vstupní náklady** – náklady, které je nutné vynaložit před zahájením provozu;
- **Fixní náklady** – také někdy označované jako **provozní náklady**, se nemění s objemem produkce nebo poskytnutých služeb;
- **Variabilní náklady** – náklady, které se s objemem produkce/poskytnutých služeb mění (Srpková et al., 2011, s. 29).

Vstupní náklady

Vstupní náklady představují finanční prostředky, které musí plánovaný dětský mobilní hospic na Rožnovsku vynaložit ještě před zahájením svého provozu. Pro účely této práce provedla autorka průzkum současných cen na trhu. Na základě tohoto průzkumu byl zpracován přehled odhadovaných vstupních nákladů hospice, který je zobrazen v následující tabulce (Tab. 21).

Tab. 21 Odhadované vstupní náklady hospice (vlastní zpracování)

Položka	ks	Kč/ks	Celkem Kč
Vybavení sídla hospice – nábytek	-	-	60 000,-
Vybavení sídla hospice – dekorace + květiny	-	-	5 000,-
Elektrospotřebiče – lednice, mikrovlnka, konvice	-	-	9 000,-
Zdravotnický software ORDIN HomeCare	1	4 840,-	4 840,-
Další licence ke zdravotnickému softwaru	3	2 420,-	7 260,-
Notebooky (personál a ředitel) + router	2 + 1	12 000,- +	24 000,-
Tablet + připojitelná klávesnice	3 + 3	4 000,- + 500,-	13 500,-
Barevná tiskárna se skenerem	1	6 000,-	6 000,-
Dotykový mobilní telefon	4	3 000,-	12 000,-
Akontace vozidla (10 %)	3	49 070,-	147 210,-
Polohovací a antidekubitní pomůcky	-	-	50 000,-
Kompletně vybavená zdravotnická brašna	3	16 000,-	48 000,-
Box na přepravu biologického materiálu	1	5 000,-	5 000,-
Přenosná odsávačka hlenů	1	3 500,-	3 500,-
Lineární dávkovač léků	2	15 000,-	30 000,-
Přenosný kyslíkový koncentrátor	1	18 000,-	18 000,-
Vytvoření webových stránek webdesignerem	-	5 000,-	5 000,-
Propagační materiály (informační letáky, reklama)	-	-	15 000,-
Finanční rezerva	-	30 000,-	30 000,-
CELKEM			493 310,- Kč

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že vstupní náklady hospice jsou přibližně půl milionu Kč. Velká finanční suma bude ušetřena díky tomu, že budova hospice bude v rámci rekonstrukce upřůsobena účelu sídla dětského mobilního hospice a není tedy nutné provádět další stavební úpravy. Největší položkou vstupních nákladů činí téměř 150 tisíc Kč je uhrazení 10% akontace vozidel. Prostřednictvím Leasauto s.r.o. (© 2021) budou na operativní leasing pořízeny tři automobily Škoda Scala Style 1.0 TGI G-TEC 66 kW s pohonem na CNG. Forma operativního leasingu byla zvolena z důvodu, že se účtuje jako měsíční nájem

sjednaný na určitou dobu, díky čemuž je možné výrazně zredukovat počáteční pořizovací náklady. Pohon na CNG je také výrazně levnější než u klasických spalovacích motorů.

V současné chvíli se plánovaný dětský mobilní hospic na Rožnovsku rozhodl pořídit pouze vybavení a zařízení nezbytně nutné ke svému provozu. Další vybavení jako např. elektrické polohovací lůžko, antidekubitní matrace apod. případně hospic dokoupí později a pouze za předpokladu, že se mu bude dařit a rozhodne se rozšířit portfolio svých služeb o půjčovnu pomůcek. Aktuální podnikatelský plán však otevření půjčovny pomůcek nezvažuje.

Hospic počítá s vícezdrojovým financováním vstupních nákladů, a to kombinací vstupního kapitálu a sjednaného podnikatelského úvěru.

Fixní náklady hospice

Fixní neboli provozní náklady jsou takové náklady, které se nemění s objemem poskytnutých služeb. Tyto náklady musí hospic platit vždy, a to i za předpokladu, že by v určité chvíli neposkytoval své služby žádnému klientovi. Řadí se zde např. nájem či náklady na mzdy. Přehled odhadovaných fixních nákladů je zobrazen v následující tabulce (Tab. 22).

Tab. 22 Odhadované fixní náklady hospice (vlastní zpracování)

Položka	Měsíční náklady (Kč)	Roční náklady (Kč)
Nájem budovy	10 000,-	120 000,-
Zálohy na energie	5 500,-	66 000,-
Poplatek za svoz odpadu (komun., tříděný)	42,-	500,-
Poplatek za svoz nebezpečného odpadu	1 500,-	18 000,-
Pojištění majetku a pojištění odpovědnosti	860,-	10 320,-
Náklady na výmalbu prostor hospice	833,-	10 000,-
Spotřební materiál (včetně zdravotnického)	5 000,-	60 000,-
OOPP pro zaměstnance	500,-	6 000,-
Mobilní paušál s internetem 3 GB	2 300,- (4 x 575,-)	27 600,-
Internetové připojení a pronájem modemu	499,- + 50,-	6 588,-
Správa webových stránek	1 290,-	15 480,-
Programová údržba ORDIN HomeCare	375,-	4 500,-
Splátka operativního leasingu vozidel	15 918,- (3 x 5 306,-)	191 016,-
Opravy a údržba vozidel	2 400,- (3 x 800,-)	28 800,-

Revize elektrozařízení a has. přístrojů	450,-	5 400,-
Úklidové služby	6 000,-	72 000,-
Splátka podnikatelského úvěru	35 217,-	422 604,-
Školení BOZP a PO, školení řidičů	133,-	1 600,-
Mzdové náklady	234 150,-	2 809 800,-
CELKEM	323 017,-	3 876 208,-

Budova, ve které bude mít plánovaný dětský mobilní hospic na Rožnovsku sídlo, je ve vlastnictví obce Zašová. Vzhledem k typu poskytované služby se obec uvolila pronajmout budovu za nižší částku, než by tomu bylo v případě pronájmu za komerčním účelem. Částka nájmu bude činit 10 000,- Kč/měsíc. Jelikož obec ještě před nedávnem budovu využívala ke svým účelům, byla schopna odhadnout přibližnou výši záloh na energie (voda, elektřina, topení). Tato byla pro účely hospice stanovena na 5 500,- Kč. Svoz nebezpečného odpadu bude zajišťovat specializovaná firma za měsíční paušální platbu 1 500,- Kč. Měsíční náklady na spotřební materiál (včetně zdravotnického materiálu) byly odhadnuty na 5 000,- Kč, OOPP pro zaměstnance budou hospic měsíčně stát 500,- Kč. Pojištění majetku a pojištění odpovědnosti poskytovatele zdravotních a sociálních služeb bude sjednáno u VZP v rámci programu SMLUVNÍ LÉKAŘ, měsíční pojistná částka je 860,- Kč (Pojišťovna VZP, a.s., © 2021). Jako poskytovatel telekomunikačních služeb a internetu byl zvolen operátor T-Mobile (© 2021), správu webových stránek zajistí Softmedia (2018). Operativní leasing vozidel bude sjednán na dobu 60 měsíců. Při zvoleném nájmu 10 000 km ročně a zaplacení 10% akontace činí měsíční splátka leasingu za všechna tři vozidla 15 918,- Kč. Součástí splátky je i zákonné pojištění, havarijní pojištění se spoluúčastí 10 %, silniční daň (hospic se k ní tedy nemusí registrovat), koncesionářský poplatek za rádio a poplatek za registraci vozidla. Ve splátce naopak nejsou zahrnuty servis a údržba vozidel, které bude mít hospic sjednány s automechanikem přímo v obci Zašová. Úklid hospice bude zajišťovat profesionální úklidová společnost z Valašského Meziříčí.

Součástí provozních nákladů hospice je také splátka podnikatelského úvěru stanovena na 35 217,- Kč za měsíc. Konkrétní informace o úvěru jsou uvedeny v části *Plán výnosů a příjmů hospice*.

Některé částky nebudou placeny s měsíční, nýbrž roční frekvencí, pro účely výpočtu celkových provozních měsíčních nákladů hospice však byla stanovena i měsíční suma těchto nákladů (v tabulce uvedeny kurzívou). Jedná se o poplatek za svoz komunálního odpadu,

výmalbu prostor hospice (výmalba bude prováděna pouze 1x za 2 roky), údržbu zdravotnického softwaru, revizi elektrozařízení a hasicích přístrojů (minimálně 1x ročně) a školení BOZP a PO a školení řidičů.

Největší položku provozních nákladů hospice tvoří náklady na mzdy zaměstnanců. Plánovaný dětský mobilní hospic na Rožnovsku bude mít uzavřen pracovněprávní vztah s následujícími zaměstnanci:

- Lékař – paliatr (1);
- Lékař (2);
- Sestra (všeobecná a dětská) (3);
- Sociální pracovník (4);
- Ředitel (5).

Mzdy zaměstnanců hospice přepočtené na úvazek 1,0 jsou uvedeny v následující tabulce (Tab. 23). Všechny osoby budou zaměstnány na hlavní pracovní poměr (HPP).

Tab. 23 Mzdy zaměstnanců hospice – na úvazek 1,0 (vlastní zpracování)

	1	2	3	4	5
Hrubá měsíční mzda (Kč)	47 000,-	45 000,-	36 000,-	26 000,-	35 000,-
Pojistné zaměstnavatel	15 886,-	15 210,-	12 168,-	8 788,-	11 830,-
<i>Sociální pojištění</i>	11 656,-	11 160,-	8 928,-	6 448,-	8 680,-
<i>Zdravotní pojištění</i>	4 230,-	4 050,-	3 240,-	2 340,-	3 150,-
Pojistné zaměstnanec	5 170,-	4 950,-	3 960,-	2 860,-	3 850,-
<i>Sociální pojištění</i>	3 055,-	2 925,-	2 340,-	1 690,-	2 275,-
<i>Zdravotní pojištění</i>	2 115,-	2 025,-	1 620,-	1 170,-	1 575,-
Daň před slevami	7 050,-	6 750,-	5 400,-	3 900,-	5 250,-
Sleva na poplatníka	2 320,-	2 320,-	2 320,-	2 320,-	2 320,-
Záloha na daň	4 730,-	4 430,-	3 080,-	1 580,-	2 930,-
Čistá měsíční mzda (Kč)	37 100,-	35 620,-	28 960,-	21 560,-	28 220,-

Mzdové náklady hospice jsou tvořeny součtem hrubých mezd a pojistného placeného zaměstnavatelem – tedy odvody na sociální (24,8 %) a zdravotní (9%) pojištění. Čtvrtletně musí zaměstnavatel za své zaměstnance platit také zákonné pojištění odpovědnosti. Částku

pojistného si zaměstnavatel vypočítává sám jako souhrn všech hrubých mezd zaměstnanců za firmu a za předchozí kvartál vynásobenou sazbou OKEČ pro činnost vykonávanou zaměstnavatelem. Pro zdravotnictví je tato sazba stanovena na 4,2 % vyměřovacího základu. Zákonné pojištění odpovědnosti zaměstnavatele se platí na účet pojišťovny Kooperativa, a.s. vždy na kvartál dopředu (1. kvartál je splatný do 31. ledna, 2. kvartál do 30. dubna, 3. kvartál do 31. července a 4. kvartál do 31. října daného kalendářního roku). Jelikož se vyměřovací základ každé čtvrtletí mírně liší (dovolené, nemocenské, odměny apod.), není možné částku na zákonné pojištění odpovědnosti dopředu odhadnout a proto nebude pro tuto práci vypočtena.

Přehled mzdových nákladů hospice přepočtený na konkrétní úvazky je uveden v následující tabulce (Tab. 24).

Tab. 24 Mzdové náklady hospice (vlastní zpracování)

Pozice	Úvazek	Měsíční náklady (Kč)	Roční náklady (Kč)
Lékař – paliatr	0,5	31 443,-	377 316,-
Lékař	0,7	42 147,-	505 764,-
Sestra (VS i DS)	2,0	96 336,-	1 156 032,-
Sociální pracovník	0,5	17 394,-	208 728,-
Ředitel	1,0	46 830,-	561 960,-
CELKEM	-	234 150,-	2 809 800,-

Variabilní náklady hospice

Variabilní náklady představují náklady, které se s objemem poskytovaných služeb mění, díky čemuž je velice obtížné je odhadnout předem. První položku variabilních nákladů tvoří pohonné hmoty (dále jen PHM). Jak již bylo zmíněno, automobily pořízené na operativní leasing mají pohon na CNG, díky čemuž je jejich provoz výrazně levnější než u automobilů s klasickými spalovacími motory. Výrobce navíc u automobilu Škoda Scala Style 1.0 TGI G-TEC 66 kW uvádí náklady na PHM pouze 1,- Kč na 1 ujetý km (Leasauto s.r.o., © 2021). Jelikož není možné odhadnout, kolik kilometrů bude za klienty ročně najeto, bude pro účely této práce počítáno s maximálním možným nájezdem sjednaným v operativním leasingu, tedy s 10 000 km/rok/vozidlo (měsíčně je to přibližně 833,5 km/vozidlo).

Dalšími dvěma položkami jsou náklady na léky a doplňkový spotřební zdravotnický materiál (např. podložky a obvazový materiál), který nebyl zahrnut ve fixních nákladech. Tyto náklady jsou opět obtížně odhadnutelné, jelikož každý klient má specifické potřeby a je mu díky tomu poskytována mírně odlišná péče. Z tohoto důvodu byly tyto náklady konzultovány s Mgr. Kosíkovou, která je zaměstnána v hospici Cesta domů a věnovala se rozšíření jeho služeb na dětské klienty. Částka potřebná na léky je odhadnuta na 400,- Kč/klient/měsíc, na doplňkový spotřební materiál hospic potřebuje přibližně 100,- Kč/klient/měsíc. Na základě dat o dětské úmrtnosti ve Zlínském kraji (uvedených v podkapitole 5.4.1 této práce) počítá plánovaný dětský mobilní hospic na Rožnovsku s poskytováním péče cca 15 dětem a jejich rodinám ročně. Při odhadu potenciálního počtu klientů byla zvolena **realistická varianta** (tzv. zlatá střední cesta), tedy ani ne nejoptimističtější (velký počet klientů), ani ne nejpesimističtější odhad (malý počet klientů). Časové období, během kterého bude mít hospic klienty v péči, opět nelze předem odhadnout – pro účely této práce bude počítáno s dobou 3 měsíce/1 klient, což je maximální možná doba, po kterou zdravotní pojišťovna poskytuje plnění za zdravotní služby. Na jeden úvazek sestry je v rámci MSPP kapacitně možné pečovat o 3–4 děti, což realistická varianta splňuje (průměrný počet dětí v jednu chvíli vychází dle výpočtu na 3,75).

Přehled odhadovaných variabilních nákladů je zobrazen v následující tabulce (Tab. 25).

Tab. 25 Odhadované variabilní náklady hospice (vlastní zpracování)

Položka	Počet klientů	Měsíční náklady (Kč)	Roční náklady (Kč)
PHM	-	2 500,-	30 000,-
Léky	15	1 500,-	18 000,-
Doplňkový SM	15	375,-	4 500,-
CELKEM		4 375,-	52 500,-

Pokud se hospici bude dařit, plánuje do budoucna na dohodu o provedení práce (DPP) zaměstnat duchovního a psychologa. Mzdové náklady na DPP jsou také složkou variabilních nákladů. Forma DPP bude zvolena z důvodu, že zaměstnavatel za zaměstnance nemusí platit odvody na sociální pojištění, omezením je však počet hodin limitovaný 300 h/rok. Duchovní bude mít mzdu 150,- Kč/hod (maximálně tedy 45 000,- Kč/rok), mzda psychologa bude činit 210,- Kč/hod (maximálně 63 000,- Kč). Současný finanční plán však s těmito náklady nekalkuluje.

6.8.2 Plán výnosů a příjmů hospice

Jak již bylo zmíněno, plánovaný dětský mobilní hospic na Rožnovsku počítá s vícezdrojovým financováním svých služeb. Nejdůležitějším výnosem budou úhrady od zdravotních pojišťoven, se kterými se hospic bude snažit uzavřít smlouvy ještě před zahájením svého provozu. Dalšími možnostmi financování jsou pak:

- Úhrady od klientů;
- Dary právnických a fyzických osob;
- Dotace, veřejné sbírky a dobročinné akce;
- Podnikatelský úvěr.

Hospic v současné chvíli neplánuje poskytování terénních odlehčovacích služeb, proto není možné žádat o úhrady z MPSV ani příspěvky od obcí. Mimo zdravotní služby bude poskytováno pouze odborné sociální poradenství a podpora v truchlení, které bude hospic poskytovat bezplatně a nemůže proto žádat žádné příspěvky.

Peníze z dotací, veřejných sbírek a dobročinných akcí mají formu budoucích výnosů hospice, nejsou ničím podmíněny a nedají se odhadnout, proto nejsou v aktuálním finančním plánu zahrnuty. Hospic by se však měl snažit tyto sbírky a akce pořádat, aby si zajistil další zdroj financí.

Úhrady zdravotních pojišťoven

Od roku 2018 je MSPP součástí úhradové vyhlášky, která je každoročně aktualizována. Aktuální výši úhrad lze nalézt ve vyhlášce č. 428/2020 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2021. Úhrada služeb MSPP je rozdělena do 2 stupňů, které určuje paliatr, oba stupně spadají pod odbornost 926:

- **1. stupeň** – Klinicky nestabilní pacient = 1 254,- Kč/den;
- **2. stupeň** – Klinicky nestabilní pacient se závažnými symptomy = 1 600,- Kč/den.

Výše finanční úhrady v obou stupních je dána rozdílnou náročností péče o klienta. Poskytování péče klientovi v 1. stupni je vykazováno jako agregovaný výkon č. 80090, u klienta ve 2. stupni se jedná o agregovaný výkon č. 80091 (ÚZIS ČR, © 2016). Jak již bylo zmíněno, úhrada MSPP zdravotními pojišťovnami je limitována délkou péče o klienta. Prvních 30 dní péče hradí pojišťovna vykazovanou službu v plném rozsahu, v polovičním rozsahu je MSPP poskytovaná dětem hrazena po dalších 60 dnů (u dospělých klientů pouze 30 dnů). Maximální doba úhrady MSPP poskytované dětským klientům činí **90 dnů**.

Na základě konzultace s Mgr. Kosíkovou bylo odhadnuto, že hospic očekává poskytování péče dětským klientům v následujícím rozložení:

- **1. stupeň** – 2/3 klientů (tj. 10 dětí především s chronickým onemocněním);
- **2. stupeň** – 1/3 klientů (tj. 5 dětí s onemocněním v terminálním stadiu).

Odhadované úhrady pojišťoven za MSPP jsou uvedeny v následující tabulce (Tab. 26).

Tab. 26 Odhadované úhrady pojišťoven za MSPP (vlastní zpracování)

Stupně MSPP	Úhrada/den	Měsíční výnos (Kč)	Roční výnos (Kč)
1. stupeň (80090)	1 254,-	62 700,-	752 400,-
2. stupeň (80091)	1 600,-	40 000,-	480 000,-
CELKEM		102 700,-	1 232 400,-

Úhrady od klientů

V rámci provedeného dotazníkového šetření byla zjišťována ochota rodičů dětí s život zkracujícím nebo život ohrožujícím onemocněním se spolupodílet na financování služeb dětského mobilního hospice na Rožnovsku, pokud by tento hospic poskytoval péči jejich dítěti, a případná výše finanční spoluúčasti. Výsledky šetření prokázaly ochotu rodičů se na financování služeb dětského mobilního hospice spolupodílet částkou 201–500,- Kč za den péče poskytované jejich dítěti. Z tohoto důvodu byla finanční spoluúčast klientů stanovena jako aritmetický průměr tohoto rozmezí, bude tedy činit **350,- Kč/den péče/klient**.

Při očekávané době poskytování péče stanovené na 3 měsíce (90 dnů) bude finanční spoluúčast jednoho klienta činit 31 500,- Kč. Hospic počítá s poskytováním péče celkem 15 klientům ročně, celková výše roční spoluúčasti klientů tedy bude činit 472 500,- Kč.

Dary právnických a fyzických osob

Na podporu projektu dětského mobilního hospice na Rožnovsku přislíbily finanční dar tři společnosti, které si v práci nepřejí být jmenovány. Firma A přislíbila 50 000,- Kč, firma B daruje 75 000,- Kč a firma C, jejímž majitelem je otec dítěte s cystickou fibrózou (tedy potenciální klient plánovaného hospice), dětskému mobilnímu hospici plánuje přispět částkou 250 000,- Kč. Celková částka tedy činí 375 000,- Kč a bude použita především k financování vstupních nákladů.

Podnikatelský úvěr

Jako další zdroj financování vstupních a provozních nákladů bude použit podnikatelský úvěr u Komerční banky v celkové výši 2 500 000,- Kč. Tento úvěr bude sjednán na 7 let s úrokovou sazbou 4,9 % p.a. U podnikatelského úvěru se však jedná o příjem, nikoli výnos.

Přehled všech odhadovaných výnosů a příjmů hospice je zobrazen v následující tabulce (Tab. 27). Dary PO a FO a podnikatelský úvěr mají pouze formu jednorázových (ročních) výnosů (u podnikatelského úvěru příjmů), aby však bylo možné stanovit výši měsíčních V+P, byla vypočtena i jejich měsíční suma (v tabulce kurzívou).

Tab. 27 Odhadované výnosy a příjmy hospice (vlastní zpracování)

Zdroje financí	Měsíční (Kč)	Roční (Kč)
Úhrady zdravotních pojišťoven (V)	102 700,-	1 232 400,-
Úhrady klientů (V)	39 375,-	472 500,-
Dary PO a FO (V)	31 250,-	375 000,-
Podnikatelský úvěr (P)	208 333,-	2 500 000,-
CELKEM	381 658,-	4 579 900,-

6.8.3 Hospodářský výsledek hospice

Hospodářský výsledek (HV) představuje rozdíl mezi výnosy a náklady za určité období. Odhadovaný HV za první rok existence plánovaného dětského mobilního hospice na Rožnovsku je zobrazen v následující tabulce (Tab. 28). Vstupní náklady mají formu jednorázových (ročních) nákladů, aby však bylo možné stanovit celkovou měsíční výši HV, byla vypočtena i měsíční suma těchto nákladů (v tabulce kurzívou). Stejně je tomu i u darů PO a FO a podnikatelského úvěru, jak již bylo zmíněno na konci předchozí podkapitoly.

Tab. 28 Odhadovaný hospodářský výsledek hospice (vlastní zpracování)

	Měsíční (Kč)	Roční (Kč)
Celkové náklady	368 501,-	4 422 018,-
<i>Vstupní náklady</i>	<i>41 109,-</i>	<i>493 310,-</i>
<i>Fixní náklady</i>	<i>323 017,-</i>	<i>3 876 208,-</i>
<i>Variabilní náklady</i>	<i>4 375,-</i>	<i>52 500,-</i>

Celkové výnosy	173 325,-	2 079 900,-
<i>Úhrady ZP</i>	102 700,-	1 232 400,-
<i>Úhrady klientů</i>	39 375,-	472 500,-
<i>Dary PO a FO</i>	31 250,-	375 000,-
Podnikatelský úvěr	208 333,-	2 500 000,-
HV	13 157,-	157 882,-

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že hospic v prvním roce počítá se ziskem 157 882,- Kč. Celkové roční náklady hospice činí 4 422 018,- Kč a byly vypočítány jako součet nákladů vstupních, fixních a variabilních. Celkové výnosy v hodnotě 2 079 900,- Kč jsou tvořeny úhradami ZP, úhradami klientů a dary právnických a fyzických osob. Aby hospic neskončil ve ztrátě, byl sjednán podnikatelský úvěr 2 500 000,- Kč, který má však formu příjmu. Zisk za první rok fungování hospice použije na pokrytí nákladů v období následujících.

Pro zajištění finanční soběstačnosti i v dalších letech plánuje hospic oslovit potenciální sponzory a nadační fondy, které by mohly fungovat další zdroj financování. S tím souvisí i kontinuální propagace hospice, aby o jeho existenci a poskytovaných službách vědělo co nejširší okolí a předešlo se tak potenciálnímu nedostatku klientů, kteří by služeb hospice využili, ale nevěděli o nich.

Zcela s jistotou lze konstatovat, že v případě neuzavření smluvních vztahů o úhradě služeb se zdravotními pojišťovnami a sjednání podnikatelského úvěru by projekt plánovaného dětského mobilního hospice na Rožnovsku nebylo možné ufinancovat.

6.9 Analýza rizik projektu

Cílem analýzy rizik je klasifikovat rizika dle pravděpodobnosti výskytu a závažnosti důsledků, které pro podnik a jeho činnost mohou představovat. Potenciální rizika musí podnik nejprve identifikovat a až následně je možné zpracovat jejich kvalitativní nebo kvantitativní analýzu. Po analýze by mělo následovat hodnocení rizik a návrh opatření, jak rizikům předejít nebo jakým způsobem eliminovat jejich důsledky (Váchal, Vochozka a kol., 2013, s. 532-533). Pro účely plánovaného dětského mobilního hospice na Rožnovsku bude zpracována kvantitativní analýza pomocí matice rizik.

Při zakládání dětského mobilního hospice na Rožnovsku je nutné počítat s následujícími potenciálními riziky:

- Neuzavření smlouvy o úhradě zdravotních služeb se zdr. pojišťovnami (R1);
- Nedostatek zdravotnického personálu (R2);
- Nedostatek finančních prostředků na provoz hospice (R3);
- Nezájem potenciálních klientů o služby hospice (R4).

Klasifikace rizik dle pravděpodobnosti výskytu a závažnosti jejich důsledků pro plánovaný dětský mobilní hospic na Rožnovsku je zobrazena v následující tabulce (Tab. 29).

Tab. 29 Klasifikace rizik (vlastní zpracování)

Pravděpodobnost výskytu (P)	Označení	Závažnost důsledků (Z)	Označení
Vysoce nepravděpodobné	P1	Zanedbatelná	Z1
Spíše nepravděpodobné	P2	Malá	Z2
Spíše pravděpodobné	P3	Střední	Z3
Vysoce pravděpodobné	P4	Vysoká	Z4

Matice rizik představuje jednoduchý grafický nástroj sloužící k posouzení jednotlivých rizik a k následnému rozhodování, jaká opatření k jejich eliminaci či zmírnění jejich důsledků nastavit. Podnik pro své potřeby může využít standardizovanou matici rizik, je však možné vytvořit si matici vlastní, která lépe odráží podniková specifika a subjektivní postoj ke vnímání rizik (Váchal, Vochozka a kol., 2013, s. 533). Vlastní matice rizik pro plánovaný dětský mobilní hospic na Rožnovsku je zobrazena v následující tabulce (Tab. 30).

Tab. 30 Matice rizik (vlastní zpracování)

	Z1	Z2	Z3	Z4
P4				R1
P3			R3	R2
P2				R4
P1				

Legenda:

extrémní riziko
 vysoké riziko
 střední riziko
 nízké riziko

Hodnocení rizik a návrh opatření

Neuzavření smlouvy o úhradě zdravotních služeb se zdr. pojišťovnami (R1) je rizikem s vysokou pravděpodobností výskytu (na území Zlínského kraje již MSPP dětem poskytuje Mobilní hospic Strom života) a s tím související vysokou závažností důsledků. Dle matice rizik proto neuzavření smlouvy se zdravotními pojišťovnami spadá do kategorie *extrémní riziko*. V případě, že by se plánovanému dětskému mobilnímu hospici na Rožnovsku tyto smlouvy nepodařilo uzavřít, znamenalo by to pro jeho potenciální klienty prudké navýšení cen za poskytované zdravotní služby. Na základě provedeného dotazníkového šetření lze předpokládat, že by klienti nebyli ochotni či schopni za služby hospice platit, pokud by se jejich cena několikanásobně zvýšila. Ovlivnit toto riziko je však poměrně složité. Hospic se může na výběrové řízení se zdravotními pojišťovnami důkladně připravit – výhodou může být kvalitně zpracovaný podnikatelský plán, podpůrná stanoviska spolupracujících zdravotnických zařízení v regionu a doložení výsledků dotazníkového šetření, které ukazují zájem potenciálních klientů o služby tohoto hospice ve Zlínském kraji. Jako plus lze vnímat také probíhající programy na podporu MSPP v České republice.

Nedostatek zdravotnického personálu (R2) je riziko spíše pravděpodobné, tento nedostatek by však měl pro plánovaný dětský mobilní hospic vysoce závažné důsledky. Stejně jako R1 jej lze proto dle matice rizik zařadit do kategorie *extrémní riziko*. Pokud by se plánovanému dětskému mobilnímu hospici na Rožnovsku nepodařilo zajistit dostatečné personální obsazení, nebylo by možné zahájit jeho provoz. Nedostatek zdravotnického personálu vyplývá ze současné krize zdravotnictví v ČR – odchody zdravotníků do zahraničí za lepšími finančními podmínkami a extrémní přetížení těch, kteří se rozhodli v českém zdravotnictví zůstat. Potenciální zaměstnanec může také odradit psychická náročnost práce v oboru paliativní péče. Riziko nedostatku zdravotnického personálu může hospic ovlivnit nastavením konkurenceschopného mzdového ohodnocení, firemními benefity (podpora v kontinuálním vzdělávání, příspěvek na stravování, mobilní telefon pro soukromé účely apod.) a zajištěním dostatečné psychické podpory (pravidelná setkání týmu, skupinová či individuální supervize, psychologické poradenství atd.).

Nedostatek finančních prostředků na provoz hospice (R3) úzce souvisí s nenavázáním smluvního vztahu o úhradě zdravotních služeb s pojišťovnami. Je to riziko spíše pravděpodobné a pro fungování hospice by mělo středně závažné důsledky. Dle matice rizik spadá nedostatek finančních prostředků do kategorie *vysoké riziko*. Pokud by hospic nezajistil dostatek finančních prostředků nebyl by vůbec schopen provozu. Kromě již

zmíněných financí od pojišťoven, lze počítat s finanční spoluúčastí klientů, dále může také hospic žádat o finanční podporu z aktuálních dotačních programů nebo oslovit nadační fondy či sponzory. Do budoucna může hospic také organizovat různé dobročinné akce pro zajištění financí na svůj provoz.

Nezájem potenciálních klientů o služby hospice (R4) se v rámci dotazníkového šetření ukázal jako spíše nepravděpodobný, avšak důsledky, které by s sebou případná malá poptávka po službách plánovaného dětského mobilního hospice na Rožnovsku nesla, by byly vysoce závažné. Nezájem ze strany potenciálních klientů by mohl nastat i za předpokladu, že by zdravotní služby hospice nebyly hrazeny zdravotními pojišťovnami. Tento bod byl tedy v matici rizik zařazen do kategorie *vysoké riziko*. Pro hospic je primární, aby o jeho existenci potenciální klienti věděli. Mohou je o tom informovat zdravotnická zařízení či PLDD poskytující své služby ve Zlínském kraji, dále je klienty možné oslovit pomocí sociálních sítí, reklamy na webových stránkách obcí, v tisku či v médiích.

6.10 Časová analýza projektu

Aby bylo možné stanovit časový horizont pro realizaci projektu, je nutné zpracovat jeho časovou analýzu. Založení dětského mobilního hospice na Rožnovsku sestává z po sobě jdoucích kroků, které na sebe logicky navazují. Každý krok je nutné zrealizovat a není možné žádný z nich přeskočit. Každá činnost má předpokládaný začátek a konec a trvá různě dlouhou dobu.

Pro vypracování časové analýzy projektu založení dětského mobilního hospice na Rožnovsku byla využita tzv. **metoda kritické cesty** (angl. *Critical Path Method, CPM*). Je to metoda deterministická, což znamená, že doby trvání všech aktivit jsou pevně dány a neuvažuje se o možnosti jejich změny. Díky tomu metoda poskytuje předpověď celkové doby trvání projektu a identifikuje aktivity, které jsou pro realizaci projektu stěžejní. Základem analýzy je tzv. kritická cesta, která představuje časově nejdelší možnou cestu z počátečního do koncového bodu projektu. Datum dokončení poslední činnosti na kritické cestě je zároveň datem dokončení celého projektu (Hrazdilová Bočková, 2016, s. 262). Pro vytvoření CPM je nutné stanovit jednotlivé činnosti, určit dobu jejich trvání a seřadit je dle časové posloupnosti, jak na sebe budou v průběhu realizace projektu navazovat, a jak si budou vzájemně předcházet. Časový harmonogram činností pro založení dětského mobilního hospice na Rožnovsku je zobrazen v následující tabulce (Tab. 31).

Tab. 31 Časový harmonogram projektu (vlastní zpracování)

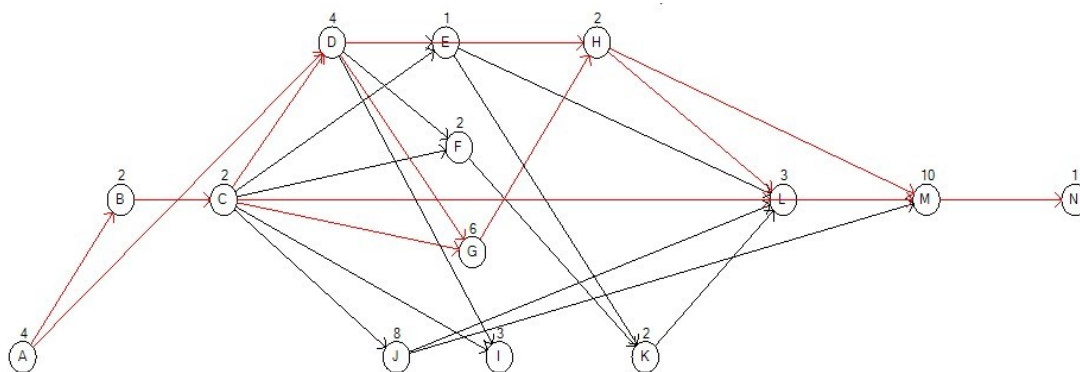
Označení	Název činnosti	Doba trvání (týdny)	Předchozí činnost
A	Tvorba podnikatelského plánu a fin. plánu	4	-
B	Vyřízení potřebných dokumentů nutných k založení ústavu	2	A
C	Založení ústavu a zapsání do veř. rejstříku	2	B
D	Sjednání podnikatelského úvěru	4	A, C
E	Uzavření smlouvy o nájmu budovy	1	C, D
F	Uzavření smluv pro zajištění provozu org. (dodávka energií, likvidace odpadu apod.)	2	C, D
G	Výběrové řízení na dodavatele léčiv a zdravotnického materiálu	6	C, D
H	Nákup materiálně-technického vybavení	2	G, D
I	Sjednání operativního leasingu vozidel	3	C, D
J	Výběrové řízení a uzavření pracovněprávních vztahů se zaměstnanci	8	C
K	Vytvoření provozního řádu organizace a jeho schválení KHS Zlínského kraje	2	E, F
L	Žádost o oprávnění k poskytování zdravotních a sociálních služeb	3	C, E, H, J, K
M	Výběrové řízení a uzavření smluv o úhradě služeb se zdr. pojišťovny	10	C, H, J, L
N	Zahájení činnosti hospice	1	M

Z uvedené tabulky vyplývá celkový předpokládaný čas nutný pro založení dětského mobilního hospice na Rožnovsku. Tato doba je celkem 34 týdnů – začíná tvorbou podnikatelského plánu a finančního plánu a končí okamžikem zahájení činnosti hospice. Nejdelsími činnostmi v projektu jsou výběrové řízení a uzavření smluv o úhradě služeb se zdravotními pojišťovny (10 týdnů) společně s výběrem a uzavřením pracovněprávních vztahů se zaměstnanci (8 týdnů). Data z předchozí tabulky byla vložena a následně zpracována statistickým programem QM for Windows 5.2, který pomocí CPM identifikoval kritické činnosti v celém procesu (viz Obr. 8).

Activity	Activity time	Early Start	Early Finish	Late Start	Late Finish	Slack
Project	34					
A	4	0	4	0	4	0
B	2	4	6	4	6	0
C	2	6	8	6	8	0
D	4	8	12	8	12	0
E	1	12	13	17	18	5
F	2	12	14	16	18	4
G	6	12	18	12	18	0
H	2	18	20	18	20	0
I	3	12	15	31	34	19
J	8	8	16	12	20	4
K	2	14	16	18	20	4
L	3	20	23	20	23	0
M	10	23	33	23	33	0
N	1	33	34	33	34	0

Obr. 8 Metoda CPM (vlastní zpracování v projektu QM for Windows 5.2)

Kritické činnosti v procesu založení dětského mobilního hospice na Rožnovsku jsou na obrázku zobrazeny červenou barvou. Je jich celkem 9 (A, B, C, D, G, H, L, M, N) a mají společného jmenovatele – případné zpoždění těchto činností bude mít za následek opoždění celého projektu (nulová časová rezerva ve sloupci *Slack*) a z toho vyplývající nemožnost zahájit provoz hospice ve stanoveném termínu. Kritické činnosti dohromady tvoří již zmíněnou kritickou cestu projektu, která je v grafické podobě znázorněna na následujícím obrázku (Obr. 9) – opět vyznačeno červenou barvou.



Obr. 9 Kritická cesta projektu (vlastní zpracování v projektu QM for Windows 5.2)

6.11 Zhodnocení projektu z hlediska implementace do praxe

Cílem projektu je založení dětského mobilního hospice na Rožnovsku s názvem Srdce Beskyd – dětský mobilní hospic, který bude mít sídlo v obci Zašová. Hospic bude poskytovat MSPP dětem s život zkracujícím nebo život ohrožujícím onemocněním a jejich rodinám ve Zlínském kraji. Mimoto bude hospic poskytovat také odborné sociální poradenství a podporu v truchlení. V rámci analytické části bylo zjištěno, že ve Zlínském kraji ročně umírá přibližně 25 dětí, které by mohly ze služeb dětského mobilního hospice na Rožnovsku potenciálně profitovat. Reálný zájem o služby tohoto hospice společně s otázkou, zda by rodiče dětí byli ochotni se na těchto službách finančně spolupodílet, byly zjišťovány prostřednictvím dotazníkového šetření. Zájem o služby dětského mobilního hospice na Rožnovsku projevilo více než 90 % dotázaných, kteří také souhlasili s finanční spoluúčastí ve rozmezí 201–500,- Kč. Na základě výsledků dotazníkového šetření a analýzy konkurentů ve Zlínském kraji bylo rozhodnuto dětský mobilní hospic na Rožnovsku založit. Ve Zlínském kraji totiž nesídlí žádná organizace, která by poskytovala MSPP dětem, což pro plánovaný hospic představuje tržní příležitost.

Pro zajištění dostatečného množství klientů je ještě před zahájením činnosti hospice plánováno navázat spolupráci s PLDD a zdravotnickými zařízeními poskytujícími péči ve Zlínském kraji. Tito totiž mohou o existenci dětského mobilního hospice na Rožnovsku informovat rodiče dětí, které by z důvodu svého zdravotního stavu mohly být jeho potenciálními klienty. Další formou propagace hospice budou informační letáky, články na webech a vývěskách obcí ve Zlínském kraji a v regionálních tiskovinách, případně reportáže v médiích na regionální úrovni. Samozřejmostí je založení vlastních webových stránek a účtů na sociálních sítích jako jsou Facebook nebo Instagram, které může hospic využít k pravidelné interakci se svými „fanoušky“ a ke zveřejňování aktuálních informací o činnosti hospice.

Aby bylo jasné, jak dlouhou dobu založení dětského mobilního hospice na Rožnovsku zabere, byla zpracována časová analýza projektu. Pomocí statistického programu QM for Windows 5.2 a využití metody kritické cesty (CPM), byl celkový potřebný čas na založení hospice stanoven na 34 týdnů. Činnostmi, na jejichž realizaci bude potřeba nejdélší časový úsek, jsou uzavření pracovněprávních vztahů se zaměstnanci (8 týdnů) společně s účastí ve výběrovém řízení a uzavření smluv o úhradě služeb se zdravotními pojišťovnami (10 týdnů). Tyto dvě činnosti představují také možná rizika při realizaci

projektu, dalšími riziky jsou nezájem ze strany klientů (který by pravděpodobně neměl nastat) a nedostatek financí na provoz hospice, ke kterému by mohlo dojít při neuzavření smluvních vztahů o úhradě péče se zdravotními pojišťovnami.

Za účelem zjištění reálnosti podnikatelského plánu z ekonomického hlediska a zobrazení vývoje finanční situace hospice v prvním roce jeho fungování byl zpracován finanční plán. Plánovaný hospic předpokládá s poskytováním péče 15 dětem a jejich rodinám ročně, předpokládaná doba péče byla stanovena na 90 dnů. Spoluúčast klientů na službách hospice byla na základě výsledků dotazníkového šetření stanovena na 350,- Kč/den péče/klient. Hospodářský výsledek ukázal, že hospic v prvním roce počítá se ziskem 157 882,- Kč, který plánuje použít k pokrytí nákladů v následujících obdobích. Celkové roční náklady hospice byly stanoveny na 4 422 018,- Kč, celkové výnosy a příjmy hospic odhaduje na 4 579 900,- Kč. Největší příjmovou položkou je podnikatelský úvěr ve výši 2 500 000,- Kč a největší výnosovou položkou jsou úhrady zdravotních pojišťoven, bez kterých by projekt nebylo možné zrealizovat. Finanční plán nekalkuluje se základním kapitálem ve výši 50 000,- Kč vloženým na bankovní účet hospice při jeho založení. Tyto peníze si hospic plánuje ponechat tzv. na horší časy a využít by je pouze v krajním případě. Takto sestavený projekt je realizovatelný a finančně udržitelný. Pro zajištění finanční soběstačnosti hospice i do dalších let však budou osloveni další potenciální sponzoři a nadační fondy, které představují dodatečné zdroje financování. Klíčovými výnosy však stále budou úhrady zdravotních pojišťoven.

6.12 Celkové shrnutí projektu

Název hospice:	Srdce Beskyd – dětský mobilní hospic, z. ú.
Adresa sídla:	Zašová čp. 17, 756 51
Popis činnosti:	Poskytování mobilní specializované paliativní péče dětským klientům a jejich rodinám ve Zlínském kraji, poskytování odborného sociálního poradenství a podpory v truchlení.

Hlavním cílem bylo vytvoření projektového řešení pro založení dětského mobilního hospice na Rožnovsku a jeho následné zhodnocení z hlediska implementace do praxe. Realizace projektu na základě sestaveného podnikatelského plánu by byla možná pouze za předpokladu uzavření smluvních vztahů o úhradě péče se zdravotními pojišťovnami. V opačném případě by projekt nebylo možné ufinancovat.

Analytická část se zabývala zjištěním podmínek pro založení hospice. V rámci analýzy externího prostředí byla zpracována PEST analýza s cílem zhodnotit vnější makroprostředí organizace. Na ni navázaly analýza hospicové a mobilní hospicové péče ve Zlínském kraji s důrazem na Rožnovsko a analýza pediatrické paliativní péče v zahraničí a v České republice. Pomocí Porterova modelu 5 konkurenčních sil a analýzy konkrétních konkurentů ve Zlínském kraji bylo analyzováno konkurenční prostředí pro založení plánovaného dětského mobilního hospice. Zájem rodičů dětí ve věku 0–18 let s trvalým bydlištěm ve Zlínském kraji o služby tohoto hospice a ochota se na nich finančně spolupodílet byly zjišťovány pomocí dotazníkového šetření. Potenciální příležitosti a hrozby pro založení dětského mobilního hospice na Rožnovsku vycházející ze zpracovaných analýz identifikovala OT analýza.

Projektová část se věnovala již samotnému sestavení podnikatelského plánu na založení hospice. Byly představeny konkrétní kroky při zakládání hospice a stanoveny hygienické, materiálně-technické a personální požadavky pro zajištění bezpečného provozu hospice. Byl také sestaven soupis smluv, směrnic a dokumentů potřebných pro založení a fungování a popsán konkrétní postup při navazování smluvních vztahů se zdravotními pojišťovny. Samostatnými kapitolami podnikatelského plánu byly marketingový plán, představující metody propagace služeb hospice, finanční plán, analýza rizik projektu a časová analýza. Finanční plán byl rozdělen na část nákladovou, výnosovou a hospodářský výsledek a ukázal, za jakých finančních podmínek by byl hospic schopen provozu a generování zisku. Pomocí matice rizik byla identifikována rizika, kterým by hospic mohl potenciálně čelit. Nejzávažnějšími riziky byly neuzavření smluv s pojišťovny a nedostatek zdravotnického personálu. Časová analýza využila statistický program QM for Windows 5.2 a pomocí metody kritické cesty stanovila časový horizont realizace projektu v délce 34 týdnů.

Hlavními kritérii úspěšné implementace projektu do praxe jsou dostatečný počet klientů, uzavření smluvních vztahů o úhradě služeb se zdravotními pojišťovny a dostatek kvalifikovaného a spolehlivého personálu.

Je třeba zmínit, že autorka práce v mobilní hospicové péči nepracuje, a tak byla především finanční analýza sestavena za významného přispění Mgr. Kosíkové, která se věnovala rozšíření služeb hospice Cesta domů na dětské klienty. Díky tomu autorce práce mohla poskytnout konkrétní poznatky a zkušenosti z praxe. Jednotliví klienti však mají rozličné představy o péči i rozdílné potřeby, proto je nutné ke každému klientovi přistupovat individuálně a není možné předem odhadnout přesné náklady na péči.

ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo sestavení projektu pro založení dětského mobilního hospice na Rožnovsku, tak, aby byl hospic provozuschopný a bylo možné tento provoz ufinancovat.

Stanoveného cíle práce bylo dosaženo. Analytická část práce ukázala, že ve Zlínském kraji jsou v současné době ideální podmínky pro vznik dětského mobilního hospice, jelikož zde zatím žádná organizace poskytující mobilní hospicovou péči dětským klientům nesídlí. Jediným konkurentem plánovaného hospice by mohla být organizace Mobilní hospic Strom života, která má sídlo v kraji Moravskoslezském, ale poskytuje péči i klientům na území okolních krajů, včetně kraje Zlínského. Primárně však tato organizace poskytuje péči dospělým a na dětské klienty se cíleně nezaměřuje. Zda by byl o služby dětského mobilního hospice na Rožnovsku zájem, bylo zjišťováno prostřednictvím online dotazníkového šetření, ve kterém byli cílovou skupinou rodiče dětí ve věku 0–18 let s trvalým bydlištěm ve Zlínském kraji. Výsledky šetření ukázaly, že by o služby tohoto hospice mělo zájem více než 90 % dotázaných, kteří by navíc byli ochotni se na financování jeho služeb spolupodílet. Na základě zpracovaných analýz a dotazníkového šetření byl sestaveno projektové řešení na vybudování dětského mobilního hospice. Celý projekt byl následně podroben časové, nákladové a rizikové analýze a ukázalo se, že v dané podobě by projekt bylo možné zrealizovat a byl by i finančně udržitelný.

Pokud by byl projekt založení dětského mobilního hospice skutečně uveden do praxe, jednalo by se o první ryze dětský mobilní hospic v České republice. Ostatní hospice poskytující MSPP mají v péči jak děti, tak i dospělé klienty, i když třeba jen v malé míře. V současné chvíli v ČR neexistuje ani dětský lůžkový hospic, ale usilovně se pracuje na jeho, resp. jejich vzniku (Dům pro Julii a hospic manželů Vlčkových).

Do budoucna je určitě důležité zabývat se otázkou financování MSPP. I když je MSPP od roku 2018 pod odborností 926 součástí úhradové vyhlášky, jsou platby pojištěnoven zcela zásadně limitovány obdobím 60 dnů u dospělých klientů a 90 dnů u dětí v paliativní péči. Pokud má hospic klienta v péči i po uplynutí této doby, což např. u dětí s chronickým onemocněním není nic výjimečného, musí všechny náklady na péči hradit ze svých vlastních zdrojů. Je proto velice přínosné, že v České republice existují organizace jako ČSPM ČLS JEP nebo Fórum mobilních hospiců, které úzce spolupracují s Ministerstvem zdravotnictví ČR, podílejí se na zvyšování povědomí o MSPP mezi lidmi, sestavují standardy MSPP a věnují se také jednáním se zdravotními pojišťovnami o tohoto typu úhradě péče.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- AAP, 2012. Patient- and Family-Centered Care and the Pediatrician's Role. *Pediatrics* [online]. 129(2), 394-404 [cit. 2021-01-19]. DOI: 10.1542/peds.2011-3084. Dostupné z: <https://pediatrics.aappublications.org/content/129/2/394>
- ABRAMS, Rhonda, 2019. *Successful business plan: Secrets & Strategies*. 7th edition. Palo Alto, California: PlanningShop, 464 s. ISBN 978-1-933895-82-6.
- ADRIEN, Christophe, 2017. Why Are There Only Four Children's Hospices In The Country? In: *1800hospice.com* [online]. 22. 6. [cit. 2021-02-06]. Dostupné z: <https://www.1800hospice.com/end-of-life-care/childrens-hospices/>
- APHPP, 2016. Standardy hospicové paliativní péče. In: *Asociacehospicu.cz* [online]. Říjen 2016 [cit. 2021-01-30]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/wp-content/uploads/2017/01/STANDARDY%202016.pdf>
- APHPP, 2017. Koncepce hospicové péče pro Českou republiku. In: *Asociacehospicu.cz* [online]. [cit. 2021-01-31]. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/uploads/Koncepce%20hospicov%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De%20pro%20%C4%8CR%20-%20final.pdf>
- ARIAS-CASAIS, Natalia et al., 2020. Mapping Pediatric Palliative Care Development in the WHO-European Region: Children Living in Low-to-Middle-Income Countries Are Less Likely to Access It. *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. 60(4), 746-753 [cit. 2021-01-31]. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.028. Dostupné z: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(20\)30249-9/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(20)30249-9/fulltext)
- BARTÁK, Miroslav, 2012. *Mezinárodní srovnávání zdravotnických systémů*. Praha: Wolters Kluwer, 336 s. ISBN 978-80-7357-984-5.
- BENINI, Franca et al., 2013. Charter of the Rights of the Dying Child. The Trieste Charter. In: *Fondazionemaruzza.org* [online]. 18. 8. [cit. 2021-01-29]. Dostupné z: https://www.fondazionemaruzza.org/wp/wp-content/uploads/2016/12/CartaDiTrieste200x240_ENG_REV_15_APR_2016_03.pdf
- BLAŽKOVÁ, Martina, 2007. *Marketingové řízení a plánování pro malé a střední firmy*. Praha: Grada, 280 s. ISBN 978-80-247-1535-3.
- BÖSCH, Annemarie et al., 2018. Life-Limiting Conditions at a University Pediatric Tertiary Care Center: A Cross-Sectional Study. *Journal of Palliative Medicine* [online]. 21(2),

169-176 [cit. 2021-01-27]. DOI: 10.1089/jpm.2017.0020. Dostupné z: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jpm.2017.0020?journalCode=jpm>

BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.

BUŽGOVÁ, Radka, Lucie SIKOROVÁ a kol., 2019. *Dětská paliativní péče*. Praha: Grada, 240 s. ISBN 978-80-271-0584-7.

CONNOR, Stephen R., 2017. *Hospice and Palliative Care: The Essential Guide*. 3rd edition. London: Taylor & Francis Group, 306 s. ISBN 978-1-138-64862-3.

Centrum paliativní péče, © 2021. *Vzdělávání* [online]. [cit. 2021-05-04]. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/vzdelavani>

Centrum pro léčbu bolesti a paliativní medicínu s.r.o., © 2015 [online]. [cit. 2021-05-14]. Dostupné z: <http://www.centrumlb.cz/>

Cesta domů, 2021. *Nadace rodiny Vlčkových* [online]. 17. 3. [cit. 2021-05-05]. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/aktuality/nadace-rodiny-vlckovych>

Cesta domů, © 2021 [online]. [cit. 2021-05-14]. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/>

ČESKO, 1993. Vyhláška Ministerstva financí č. 125/1993 Sb. ze dne 5. dubna 1993, kterou se stanoví podmínky a sazby zákonného pojištění odpovědnosti organizace za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání, ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2021-02-11]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-125>

ČESKO, 1993. Zákon České národní rady č. 16/1993 Sb. ze dne 21. prosince 1992, o dani silniční, ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2021-02-11]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-16>

ČESKO, 1997. Zákon č. 48/1997 Sb. ze dne 7. března 1997, o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2021-02-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>

ČESKO, 1998. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb. ze dne 2. června 1998, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2021-05-01]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1998-134>

ČESKO, 1998. Zákon č. 167/1998 Sb. ze dne 11. června 1998, o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2021-05-24]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1998-167>

ČESKO, 2000. Zákon č. 258/2000 Sb. ze dne 14. července 2000, o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2021-05-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-258>

ČESKO, 2002. Zákon č. 3/2002 Sb. ze dne 7. ledna 2002, o svobodě náboženského vyznání a postavení církví a náboženských společností a o změně některých zákonů (zákon o církvích a náboženských společnostech), ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2021-02-12]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002-3>

ČESKO, 2002. Zákon č. 198/2002 Sb. ze dne 24. dubna 2002, o dobrovolnické službě a o změně některých zákonů (zákon o dobrovolnické službě), ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2021-04-17]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002-198>

ČESKO, 2004. Zákon č. 95/2004 Sb. ze dne 29. ledna 2004, o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2021-05-01]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-95>

ČESKO, 2004. Zákon č. 96/2004 Sb. ze dne 4. února 2004, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2021-05-01]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

ČESKO, 2006. Vyhláška č. 505/2006 Sb. ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2021-05-01]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>

ČESKO, 2006. Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006, o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2021-02-12]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

ČESKO, 2006. Zákon č. 187/2006 Sb. ze dne 14. března 2006, o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2021-02-11]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-187>

ČESKO, 2006. Zákon č. 262/2006 Sb. ze dne 21. dubna 2006, zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2021-02-11]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-262>

ČESKO, 2007. Zákon č. 378/2007 Sb. ze dne 6. prosince 2007, o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2021-05-01]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2007-378>

ČESKO, 2009. Zákon č. 280/2009 Sb. ze dne 22. července 2009, daňový řád, ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2021-02-11]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-280>

ČESKO, 2011. Vyhláška č. 55/2011 Sb. ze dne 1. března 2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2021-05-01]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

ČESKO, 2011. Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 6. listopadu 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2021-02-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

ČESKO, 2012. Vyhláška č. 92/2012 Sb. ze dne 15. března 2012, o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2021-04-16]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-92>

ČESKO, 2012. Vyhláška č. 99/2012 Sb. ze dne 22. března 2012, o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2021-04-16]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99>

ČESKO, 2012. Vyhláška č. 306/2012 Sb. 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, ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2021-05-19]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-306>

ČESKO, 2012. Zákon č. 89/2012 Sb. ze dne 3. února 2012, občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2021-02-08]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>

ČESKO, 2012. Zákon č. 90/2012 Sb. ze dne 25. ledna 2012, o obchodních společnostech a družstvech (zákon o obchodních korporacích), ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2021-02-09]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-90>

ČESKO, 2020. Zákon č. 541/2020 Sb. ze dne 1. prosince 2020, o odpadech, ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2021-05-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2020-541>

ČESKO, 2021. Vyhláška č. 428/2020 Sb. ze dne 22. října 2020, o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2021. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2021-05-01]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2020-428>

ČESKO, 2021. Zákon č. 89/2021 Sb. ze dne 9. února 2021, o zdravotnických prostředcích a o změně zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 25. 5. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2021-89>

ČESKOSLOVENSKO, 1991. Zákon č. 455/1991 Sb. ze dne 2. října 1991, o živnostenském podnikání (živnostenský zákon), ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2021-02-09]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1991-455>

ČESKOSLOVENSKO, 1992. Zákon České národní rady č. 586/1992 Sb. ze dne 20. listopadu 1992, o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2021-02-11]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-586>

ČESKOSLOVENSKO, 1992. Zákon České národní rady č. 589/1992 Sb. ze dne 20. listopadu 1992, o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2021-02-11]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-589>

ČSPM ČLS JEP, 2008. Charta ICPCN. In: *Detska.paliativnimedicina.cz* [online]. [cit. 2021-01-29]. Dostupné z: <https://detska.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2020/11/charta-icpcn-cz.pdf>

ČSPM ČLS JEP, 2017. *Úvod do dětské paliativní péče – Kurz ICPCN* [online]. 26. 5. [cit. 2021-05-26]. Dostupné z: <https://detska.paliativnimedicina.cz/uvod-do-detske-paliativni-pece-kurz-icpcn/>

ČSPM ČLS JEP, 2019. *Definice dětského lůžkového hospice* [online]. 29. 1. [cit. 2021-02-14]. Dostupné z: <https://detska.paliativnimedicina.cz/definice-detskeho-luzkoveho-hospice/>

ČSPM ČLS JEP, 2020. Dohoda s VZP a SZP nad podmínkami personálního zabezpečení MSPP pro 2021. In: *Paliativnimedicina.cz* [online]. 19. 10. [cit. 2021-05-21]. Dostupné z: https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2020/10/paliativni-pece_29092020.pdf

ČSPM ČLS JEP a Fórum mobilních hospiců, 2018. Doporučení pro uzavírání smluv MSPP se zdravotními pojišťovny. In: *Paliativnimedicina.cz* [online]. 19. 3. [cit. 2021-05-01]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2018/03/doporuceni-ps-mspp-a-fmh.pdf>

ČSPM ČLS JEP a Fórum mobilních hospiců, 2019. Standardy mobilní specializované paliativní péče. In: *Paliativnimedicina.cz* [online]. 21. 2. [cit. 2021-04-25]. Dostupné z: https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2019/02/2018-standardy_mobilni_paliativni_pece_a4_final.pdf

ČSPM ČLS JEP a Fórum mobilních hospiců, © 2021. Doporučení k výběrovým řízením pro odbornost 926 – mobilní specializovaná paliativní péče. In: *Mobilnihospice.cz* [online]. [cit. 05-04]. Dostupné z: http://www.mobilnihospice.cz/wp-content/uploads/2018/07/Konsenzua%CC%81lni%CC%81_stanovisko_MSPP_C%CC%8CSPM_FMH.pdf

ČSPM ČLS JEP a Institut Pallium, 2021. Deklarace o spolupráci. In: *Detska.paliativnimedicina.cz* [online]. 27. 1. [cit. 2021-02-03]. Dostupné z: <https://detska.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2021/01/deklarace-o-spolupraci-institut-pallium-cspm.pdf>

ČSÚ, 2021. Počet obyvatel v obcích České republiky k 1. 1. 2020. In: *Czso.cz* [online]. 30. 4. [cit. 2021-05-04]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/142756350/1300722103.pdf/53ded62a-5c7c-45ba-b17f-ba60021e5c54?version=1.1>

ČSÚ, 2021. Výsledky zdravotnických účtů ČR 2010–2019. In: *Czso.cz* [online]. 31. 3. [cit. 2021-05-03]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/142872080/26000521k1.pdf/0a5662f5-851c-4bfd-a677-622753031626?version=1.1>

ČSÚ, © 2021. *Obyvatelstvo* [online]. [cit. 2021-05-05]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xz/obyvatelstvo-xz>

Diakonie Českobratrské církve evangelické Valašské Meziříčí, © 2021 [online]. [2021-02-10]. Dostupné z: <https://www.diakoniev.cz/>

Diakonie Českobratrské církve evangelické Vsetín, © 2021 [online]. [2021-05-14]. Dostupné z: <https://www.diakonievsetin.cz/>

Domáci Hospic Antoníněk, © 2021 [online]. [cit. 2021-05-14]. Dostupné z: <https://www.hospicantoninek.cz/>

DOBROZEMSKÝ, Václav a Jan STEJSKAL, 2015. *Nevýdělečné organizace v teorii*. 2., přepracované vydání. Praha: Wolters Kluwer, 400 s. ISBN 978-80-7552-103-3.

DOCHERTY, Sharron L. et al., 2012. The Nursing Dimension of Providing Palliative Care to Children and Adolescents with Cancer. *Clinical Medicine Insights: Pediatrics* [online]. 6, 75–88 [cit. 2021-01-18]. DOI: 10.4137/cmped.s8208. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23641169/>

Dům pro Julii, © 2021 [online]. [cit. 2021-02-11]. Dostupné z: <https://www.dumprojulii.com/>

EXNEROVÁ, Mahulena a Jiří KREJČÍ, 2021. *Stav dětské paliativní péče v České republice 2020* [online]. Praha: Institut Pallium, 8 s. [cit. 2021-02-04]. Dostupné z: https://pallium.cz/wp-content/uploads/2021/02/Stav_DPP_2020_FINAL.pdf

FN Brno, © 2021 [online]. [cit. 2021-05-04]. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/>

Forbes Česko, 2021. Vlčkovi koupili pražskou usedlost Cibulka. Vybudují tam dětský hospic. In: *Forbes.cz* [online]. 12. 4. [cit. 2021-05-05]. Dostupné z: <https://forbes.cz/vlckovi-koupili-prazskou-usedlost-cibulka-vybuduji-tam-detsky-hospic/>

GOLDMAN, Ann, Richard HAIN a Stephen LIBEN, 2012. *Oxford Textbook of Palliative Care for Children*. 2nd edition. Oxford: Oxford University Press, 500 s. ISBN 978-0-19-959510-5.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie*. 2., přepracované vydání. Praha: Galén, 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

Hospic Mezi stromy, z. s., © 2021 [online]. [cit. 2021-02-12]. Dostupné z: <https://hospicmezistromy.cz/>

HRAZDILOVÁ BOČKOVÁ, Kateřina, 2016. *Projektové řízení: učebnice* [online]. Praha: Martin Koláček, E-knihy jedou, 470 s. [cit. 2021-05-27]. ISBN 978-80-7512-431-9. Dostupné z:

https://books.google.cz/books?id=m7ClCwAAQBAJ&dq=Projektov%C3%A9+%C5%99%C3%ADzen%C3%AD:u%C4%8Debnice&hl=cs&source=gbs_navlinks_s

HUČKA, Miroslav, Zuzana ČVANČAROVÁ a Jiří FRANEK, 2021. *Základy podnikání a podnikatelský proces*. Praha: Grada, 200 s. ISBN 978-80-271-3041-2.

HUNEŠ, Robert, 2015. Postavení hospiců ve zdravotně sociálním systému ČR. In: *Podpora procesů v sociálních službách* [online]. 31. 3. [cit. 2021-02-10]. Dostupné z: <http://podporaprocesu.cz/wp-content/uploads/2015/03/Postaven%C3%AD-hospic%C5%AF...2015.pdf>

HUSOVSKÁ, Bronislava, 2014. Specifika domácí paliativní péče o děti. In: *Sborník k První české konferenci dětské paliativní péče* [online]. Praha: Česká společnost paliativní medicíny, 30 s. [cit. 2021-01-19]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/579271-Sbornik-k-prvni-ceske-konferenci-detske-paliativni-pece.html>

Hvězda z.ú., © 2021 [online]. [cit. 2021-05-04]. Dostupné z: <http://www.hvezdazu.cz/organizace1.html>

CHAMBERS, Lizzie, 2018. *A Guide to Children's Palliative Care* [online]. 4th edition. Bristol: © Together for Short Lives, 39 s. [cit. 2021-01-18]. ISBN 1-898447-39-X. Dostupné z: <https://www.togetherforshortlives.org.uk/wp-content/uploads/2018/03/TfSL-A-Guide-to-Children%E2%80%99s-Palliative-Care-Fourth-Edition-FINAL-SINGLE-PAGES.pdf>

Charita Nový Hrozenkov, © 2021. *DOMA – domácí hospicová péče* [online]. [cit. 2021-05-14]. Dostupné z: <https://www.nhrozenkov.charita.cz/kontakty/?s=doma-domaci-hospicova-pece>

Iris House Children's Hospice, © 2021 [online]. [cit. 2021-02-12]. Dostupné z: <https://iris-house.org/>

IŽOVÁ, Katarína, 2017. *Vybraná problematika podnikania malých a stredných podnikov* [online]. Praha: Martin Koláček, E-knihy jedou, 85 s. [cit. 2021-02-13]. ISBN 978-807512-778-5. Dostupné z: https://books.google.cz/books?id=JMEMDgAAQBAJ&dq=Vybran%C3%A1+problematika+podnikania+mal%C3%BDch+a+stredn%C3%BDch+podnikov&hl=cs&source=gbs_navlinks_s

JAKUBÍKOVÁ, Dagmar, 2013. *Strategický marketing: Strategie a trendy*. 2., rozšířené vydání. Praha: Grada, 368 s. ISBN 978-80-247-4670-8.

KEARNEY, Joan A. a Mary W. BYRNE, 2011. Planning with parents for seriously ill children: Preliminary results on the development of the parental engagement scale. *Palliative and Supportive Care* [online]. 9(04), 367-376 [cit. 2021-01-21]. DOI: 10.1017/S1478951511000381. Dostupné z: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S1478951511000381

KNAPP, Caprice et al., 2011. Pediatric Palliative Care Provision Around the World: A Systematic Review. *Pediatric Blood & Cancer* [online]. 57(3), 361-368 [cit. 2021-01-15]. DOI: 10.1002/pbc.23100. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pbc.23100>

KORÁB, Vojtěch, Jiří PETERKA a Mária REŽŇÁKOVÁ, 2007. *Podnikatelský plán*. Brno: Computer Press, 216 s. ISBN 978-80-251-1605-0.

KREICBERGS, Ulrika, 2018. Paediatric palliative care should focus on living as well as dying. *Acta Paediatrica* [online]. 107(6), 914-915 [cit. 2021-01-15]. DOI: 10.1111/apa.14319. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/apa.14319>

KURATKO, Donald F., 2017. *Entrepreneurship: theory, process, practice*. 10th edition. Boston: Cengage Learning, 624 s. ISBN 978-1305576247.

Leasauto s.r.o., © 2021. Škoda Scala Style 1.0 TGI G-TEC 66 kW. In: *Autonaoperak.cz* [online]. [cit. 2021-05-29]. Dostupné z: <https://www.autonaoperak.cz/osobni-vuz/1788>

Mapy.cz, © 2021 [online]. [cit. 2021-05-22]. Dostupné z: <https://mapy.cz/>

MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.

Medical Tribune, 2018. S dětskou nemocniční paliativní péčí jsme téměř na nule. In: *Tribune.cz* [online]. 25. 6. [cit. 2021-02-09]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/43514-s-detskou-nemocnicni-paliativni-peci-jsme-temer-na-nule>

Mobilní hospic Ondrášek, © 2021 [online]. [cit. 2021-02-11]. Dostupné z: <https://www.mhondrasek.cz/>

Mobilní hospic Strom života, 2020. Výroční zpráva 2019. In: *Zivotastrom.cz* [online]. [cit. 2021-05-12]. Dostupné z: <http://www.zivotastrom.cz/wp->

content/uploads/2020/09/V%C3%BDro%C4%8Dn%C3%AD-zpr%C3%A1va-2019_Mobiln%C3%AD-hospic-Strom-%C5%BEivota_compressed.pdf

Mobilní hospic Strom života, © 2021 [online]. [cit. 2021-05-13]. Dostupné z: <http://www.zivotastrom.cz/>

MZ ČR, 2018. *Rozvoj mobilní specializované paliativní péče – úvodní seminář pro žadatele* [online]. 26. 11. [cit. 2021-05-03]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/rozvoj-mobilni-specializovane-paliativni-pece-uvodni-seminar-pro-zadatele/>

Nadační fond Klíček, © 2020 [online]. [cit. 2021-02-14]. Dostupné z: <http://www.klicek.org/index2.html>

Nadační fond dětské onkologie Krtek, © 2021 [online]. [cit. 2021-05-13]. Dostupné z: <https://krtek-nf.cz/>

Nejste sami – mobilní hospic, z.ú., © 2021 [online]. [cit. 2021-05-14]. Dostupné z: <https://nejstesami.eu/>

Nemocnice AGEL Valašské Meziříčí, © 2021 [online]. [cit. 2021-05-14]. Dostupné z: <https://nemocnicevalasskemezirici.agel.cz/>

NMS – Kroměříž, © 2013. *Paliativní oddělení* [online]. [cit. 2021-05-14]. Dostupné z: <http://www.nemomil.cz/paliativni-pece/>

PAHOP, Zdravotní ústav paliativní a hospicové péče, z.ú., © 2020 [online]. [cit. 2021-05-14]. Dostupné z: <https://www.centrum-pahop.cz/>

Paliativa, © 2018. *Pilotní program* [online]. [cit. 2021-05-04]. Dostupné z: <https://www.paliativa.cz/podpora-domaci-paliativni-pece/pro-odbornou-spolecnost/pilotni-program>

Palliative Care Australia, © 2021. *Children's Hospices in Australia* [online]. [cit. 2021-02-12]. Dostupné z: <https://palliativecare.org.au/childrens-hospices-in-australia>

PARKER, Helen et al., 2014. Family-focused children's end of life care in hospital and at home. *Nursing Children and Young People* [online]. 26(6), 35-39 [cit. 2021-01-31]. DOI: 10.7748/ncyp.26.6.35.e451. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25004049/>

Pojišťovna VZP, a. s., © 2021. *Pojištění majetku a odpovědnosti zdravotnických zařízení Smluvní lékař* [online]. [cit. 2021-05-29]. Dostupné z: <https://www.pvzp.cz/cs/produkty/pojisteni-majetku-a-odpovednosti/pojisteni-majetku-odpovednosti-zdravotnickych-zarizeni-smluvni-lekar/>

POLÁKOVÁ, Kristýna, Anna TUČKOVÁ a Martin LOUČKA, 2017. *Potřeby dětí s život limitujícím nebo život ohrožujícím onemocněním a jejich rodin* [online]. Praha: Sekce dětské paliativní péče ČSPM ČLS JEP, 77 s. [cit. 2021-01-20]. ISBN 978-80-270-3257-0. Dostupné z: <https://detska.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2020/11/cpp-potreby-deti-digitalni-data-final.pdf>

Pracovní skupina EAPC, 2016. *IMPACT: Standardy dětské paliativní péče v Evropě* [online]. 2. revidované vydání. Praha: Sekce dětské paliativní péče ČSPM ČLS JEP, 6 s. [cit. 2021-01-19]. Dostupné z: <https://detska.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2021/01/standardy-detske-paliativni-pece-final.pdf>

ProfiNeziskovky, © 2017. *Založení a vznik ústavu* [online]. [cit. 2021-05-20]. Dostupné z: <https://www.profineziskovky.cz/cs/ustavy/zalozeni-a-vznik-ustavu/a-3802/>

RADBRUCH, Lukas, Sheila PAYNE a kol., 2010. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči* [online]. Praha: Cesta domů, 64 s. [cit. 2021-01-15]. ISBN 978-80-904516-1-2. Dostupné z: https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/soubory/standardy_a_normy_hospicove_a_paliativni_pece_v_evrope.pdf

RATIBORSKÝ, Jan a Jaroslava FENDRYCHOVÁ, 2013. Principles of providing palliative and hospice care for children. *Kontakt* [online]. 15(1), 22-28 [cit. 2021-01-16]. DOI: 10.32725/kont.2013.004. Dostupné z: <http://kont.zsf.jcu.cz/doi/10.32725/kont.2013.004.html>

REŽŇÁKOVÁ, Mária, 2012. *Efektivní financování rozvoje podnikání*. Praha: Grada, 144 s. ISBN 978-80-247-1835-4.

Sdružení Mikroregion Rožnovsko, © 2021 [online]. [cit. 2021-05-04]. Dostupné z: <http://www.roznovsko.cz/>

SEDLÁČKOVÁ, Helena a Karel BUCHTA, 2006. *Strategická analýza*. 2. přepracované a rozšířené vydání. Praha: C.H. Beck, 121 s. ISBN 80-717-9367-1.

SCHWETZOVÁ, Denisa, Věra VRÁNOVÁ a Šárka JEŽORSKÁ, 2011. Hospice and palliative care in children with cancer disease. *Kontakt* [online]. 13(4), 412-418 [cit. 2021-01-31]. DOI: 10.32725/kont.2011.045. Dostupné z: https://kont.zsf.jcu.cz/artkey/knt-201104-0004_hospicova-a-paliativni-pece-u-deti-s-nadorovym-onemocnenim.php

SLÁMA, Ondřej, 2012. Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR. *Paliativna medicína a liečba bolesti* [online]. 5(1), 10-12 [cit. 2021-02-13]. ISSN 1339-4193. Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/af6a9ed66bb837eccc430ff37f3263da.pdf>

Softmedia, 2018. *Cena správy webových stránek* [online]. 5. 4. [cit. 2021-05-29]. Dostupné z: <https://softmedia.cz/wordpress/cena-spravy-webovych-stranek/>

SRPOVÁ, Jitka et al., 2011. *Podnikatelský plán a strategie*. Praha: Grada, 200 s. ISBN 978-80-247-4103-1.

SRPOVÁ, Jitka, Václav ŘEHOŘ a kol., 2010. *Základy podnikání: Teoretické poznatky, příklady a zkušenosti českých podnikatelů*. Praha: Grada, 432 s. ISBN 978-80-247-3339-5.

STOKOWSKI, Laura A, 2010. Dealing With Death in the NICU – A Conversation With Neonatal Palliative Care Expert Anita Catlin. In: *Medscape.com* [online]. 29. 1. [cit. 2021-01-16]. Dostupné z: https://www.medscape.com/viewarticle/715963_3

Sunflower Children's Hospice Trust, © 2021 [online]. [cit. 2021-02-10]. Dostupné z: <http://www.sunflowerhospicetrust.org.uk/>

SVOBODOVÁ, Ivana a Michal ANDERA, 2017. *Od nápadu k podnikatelskému plánu: jak hledat a rozvíjet podnikatelské příležitosti*. Praha: Grada, 232 s. ISBN 978-802-7104-079.

SYNEK, Miloslav, Eva KISLINGEROVÁ a kol., 2015. *Podniková ekonomika*. 6. přepracované a doplněné vydání. Praha: C. H. Beck, 560 s. ISBN 978-80-7400-274-8.

ŠEDIVÝ, Marek a Olga MEDLÍKOVÁ, 2017. *Úspěšná nezisková organizace*. 3., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada, 168 s. ISBN 978-80-271-0249-5.

ŠNĚDAR, Libor, 2008. *Základy zdravotnického práva s příklady a otázkami*. Praha: LexisNexis, 128 s. ISBN 978-80-86920-21-4.

ŠVANCARA, Jan et al., © 2016. Dětská úmrtí a potřeba paliativní péče. In: *Paliativnidata.cz* [online]. [cit. 2021-02-03]. Dostupné z: <https://www.paliativnidata.cz/index.php?pg=mortalitni-data-cr--analyzy-a-publikace--detska-umrti-a-potreba-paliativni-pece>

TAN, Juliet S. et al., 2012. Addressing Parental Bereavement Support Needs at the End of Life for Infants with Complex Chronic Conditions. *Journal of Palliative Medicine* [online]. 15(5), 579-584 [cit. 2021-01-31]. DOI: 10.1089/jpm.2011.0357. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22512806/>

T-Mobile Czech Republic a.s., © 2021. *Mobilní tarify* [online]. [cit. 2021-05-29]. Dostupné z: <https://www.t-mobile.cz/podnikatele-firmy/tarify>

TOMEŠ, Igor a kol., 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum, 168 s. ISBN 978-80-246-2941-4.

Umírání, © 2021. *Adresář služeb* [online]. [cit. 2021-05-13]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/adresar-sluzeb>

ÚZIS ČR, © 2016. *Seznam zdravotních výkonů* [online]. [cit. 2021-05-31]. Dostupné z: <https://szv.mzcr.cz/Vykon?cislovykonu=&nazevvykonu=&odbornost=926&aktivni=true>

ÚZIS ČR, 2019. Zdravotnická ročenka České republiky 2018. In: *ÚZIS ČR* [online]. [cit. 2021-05-03]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2018.pdf>

VÁCHAL, Jan a Marek VOCHOZKA, 2013. *Podnikové řízení*. Praha: Grada, 688 s. ISBN 978-80-247-4642-5.

VEBER, Jaromír, Jitka SRPOVÁ a kol., 2012. *Podnikání malé a střední firmy*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 336 s. ISBN 978-80-247-4520-6.

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ, Hilda VORLÍČKOVÁ a kol., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 450 s. ISBN 978-80-247-3742-3.

WHO, 1998. *Cancer pain relief and palliative care in children* [online]. Geneva: © World Health Organization, 76 s. [cit. 2021-01-16]. ISBN 92-4-154512-7. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42001/9241545127.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

WOLFE, Joanne, Pamela HINDS a Barbara SOURKES, 2011. *Textbook of Interdisciplinary Pediatric Palliative Care*. Philadelphia: Saunders, 512 s. ISBN 978-1-4377-0262-0.

Zlínský kraj, © 2021. *Charakteristika Zlínského kraje* [online]. [cit 2021-05-04]. Dostupné z: <https://www.kr-zlinsky.cz/zakladni-charakteristika-kraje-cl-3685.html>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

€	Euro.
§	Paragraf.
AAP	American Academy of Pediatrics.
ACT	Association for Children with Life-threatening or Terminal Conditions and their Families.
APHPP	Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče.
a. s.	Akciová společnost.
BOZP	Bezpečnost a ochrana zdraví při práci.
CNS	Centrální nervová soustava.
CPM	Critical Path Method.
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně.
ČSPM	Česká společnost paliativní medicíny.
ČT	Česká televize.
DIČ	Daňové identifikační číslo.
DIOP	Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče.
DMO	Dětská mozková obrna.
DPP	Dohoda o provedení práce.
EAPC	European Association for Palliative Care.
ELNEC	End Of Life Nursing Education Consortium.
EOLC	End-of-life Care.
EU	Evropská unie.
FN	Fakultní nemocnice.
HDP	Hrubý domácí produkt.
HPP	Hlavní pracovní poměr.

HV	Hospodářský výsledek.
CHKO	Chráněná krajinná oblast.
ICPCN	International Children's Palliative Care Network.
IČO	Identifikační číslo osoby.
JAR	Jihoafrická republika.
KDO	Klinika dětské onkologie.
KHS	Krajská hygienická stanice.
KISSoS	Krajský informační systém sociálních služeb.
k. s.	Komanditní společnost.
MF ČR	Ministerstvo financí České republiky.
MK ČR	Ministerstvo kultury České republiky.
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí.
MPSV ČR	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky.
MSP	Malé a střední podniky.
MSPP	Mobilní specializovaná paliativní péče.
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky.
NDA	Non-Disclosure Agreement.
NDZPP	Národní datová základna paliativní péče.
NFDO	Nadační fond dětské onkologie.
NHPCO	National Hospice and Palliative Care Organization.
NIP	Následná intenzivní péče.
NOZ	Nový občanský zákoník.
NRPZS	Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb.
NZIS	Národní zdravotní informační systém.
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development.
OKEČ	Odvětvové klasifikace ekonomických činností.

OOPP	Osobní ochranné pracovní prostředky.
OSSZ	Okresní správa sociálního zabezpečení.
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná.
p.a.	Per annum, za rok.
PLDD	Praktický lékař pro děti a dorost.
PO	Požární ochrana.
RCPCH	Royal College of Paediatrics and Child Health.
SMA	Spinal muscular atrophy.
s. r. o.	Společnost s ručením omezeným.
SZP	Svaz zdravotních pojišťoven.
USA	United States of America.
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky.
v. o. s.	Veřejná obchodní společnost.
VoZP	Vojenská zdravotní pojišťovna.
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna.
WHO	World Health Organization.
z. s.	Zapsaný spolek.
z. ú.	Zapsaný ústav.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 Fáze onemocnění (Poláková, Tučková, Loučka, 2017, s. 15)	20
Obr. 2 Celkové výdaje na zdravotní péči v ČR v letech 2010–2019 (v mld. Kč) a jejich podíl na HDP (v %) (ČSÚ, 2021, s. 6)	49
Obr. 3 Dětská úmrtí do roku 2015 (Švancara et al., © 2016)	51
Obr. 4 Poskytovatelé dětské paliativní péče v ČR (Exnerová, Krejčí, 2021, s. 6)	64
Obr. 5 Porterův model 5 konkurenčních sil (Jakubíková, 2013, s. 167)	65
Obr. 6 Strom života – Struktura nákladů a zdroje jejich financování (Mobilní hospic Strom života, 2019, s. 10; vlastní zpracování)	72
Obr. 7 Poloha sídla dětského mobilního hospice na mapě (Mapy.cz, © 2021)	109
Obr. 8 Metoda CPM (vlastní zpracování v projektu QM for Windows 5.2)	126
Obr. 9 Zobrazení kritické cesty (vlastní zpracování v projektu QM for Windows 5.2) ...	126

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Výdaje na zdravotní péči v ČR v roce 2019 podle zdroje financování (v mil. Kč) (ČSÚ, 2021, s. 8; vlastní zpracování)	48
Tab. 2 Srovnání poskytovatelů MSPP ve Zlínském kraji (vlastní zpracování)	58
Tab. 3 Srovnání nejvýznamnějších poskytovatelů dětské paliativní péče v ČR (vlastní zpracování)	61
Tab. 4 Trvalé bydliště ve Zlínském kraji a dítě 0–18 let (vlastní zpracování)	76
Tab. 5 Setkání s termínem hospic nebo hospicová péče (vlastní zpracování)	76
Tab. 6 Setkání s termínem dětská paliativní péče (vlastní zpracování)	77
Tab. 7 Setkání s termínem multidisciplinární tým (vlastní zpracování)	77
Tab. 8 Členové pediatrického multidisciplinárního týmu (vlastní zpracování)	78
Tab. 9 Možnost využití služeb dětské paliativní péče ve Zlínském kraji (vlastní zpracování)	79
Tab. 10 Preferovaná forma dětské paliativní péče (vlastní zpracování)	80
Tab. 11 Primární zdroje financování dětské paliativní péče (vlastní zpracování)	81
Tab. 12 Ochota spolupodílet se na financování služeb dětského MH na Rožnovsku (vlastní zpracování)	82
Tab. 13 Výše finanční spoluúčasti na péči (vlastní zpracování)	83
Tab. 14 Existence služby poskytující dětskou paliativní péči v okolí (vlastní zpracování) ..	84
Tab. 15 Věková struktura respondentů (vlastní zpracování)	84
Tab. 16 Věková struktura dětí respondentů (vlastní zpracování)	85
Tab. 17 Pohlaví respondentů (vlastní zpracování)	85
Tab. 18 Okres trvalého bydliště respondentů (vlastní zpracování)	86
Tab. 19 OT analýza dětského mobilního hospice na Rožnovsku (vlastní zpracování)	89
Tab. 20 Přehled doporučených pomůcek a přístrojů (APHPP, 2016, s. 16; vlastní zpracování)	101
Tab. 21 Odhadované vstupní náklady hospice (vlastní zpracování)	112

Tab. 22 Odhadované fixní náklady hospice (vlastní zpracování)	113
Tab. 23 Mzdy zaměstnanců hospice – na úvazek 1,0 (vlastní zpracování)	115
Tab. 24 Mzdové náklady hospice (vlastní zpracování)	116
Tab. 25 Odhadované variabilní náklady hospice (vlastní zpracování)	117
Tab. 26 Odhadované úhrady pojišťoven za MSPP (vlastní zpracování)	119
Tab. 27 Odhadované výnosy a příjmy hospice (vlastní zpracování)	120
Tab. 28 Odhadovaný hospodářský výsledek hospice (vlastní zpracování)	120
Tab. 29 Klasifikace rizik (vlastní zpracování)	122
Tab. 30 Matice rizik (vlastní zpracování)	122
Tab. 31 Časový harmonogram projektu (vlastní zpracování)	125

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – Věková struktura dětí 0–19 let ve Zlínském kraji v roce 2020 (ČSÚ, © 2021; vlastní zpracování)	52
Graf 2 – Dětská úmrtnost ve Zlínském kraji 2015–2017 (Švancara et al., © 2016; vlastní zpracování)	69
Graf 3 – Členové pediatrického multidisciplinárního týmu (vlastní zpracování)	79
Graf 4 – Možnost využití služeb dětské paliativní péče ve Zlínském kraji (vlastní zpracování)	80
Graf 5 – Preferovaná forma dětské paliativní péče (vlastní zpracování)	80
Graf 6 – Primární zdroje financování dětské paliativní péče (vlastní zpracování)	81
Graf 7 – Ochota spolupodílet se na financování služeb dětského MH na Rožnovsku (vlastní zpracování)	82
Graf 8 – Výše finanční spoluúčasti na péči (vlastní zpracování)	83
Graf 9 – Věková struktura dětí respondentů (vlastní zpracování)	85

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I	Charta ICPCN
PŘÍLOHA P II	Terstská Charta
PŘÍLOHA P III	Dotazník
PŘÍLOHA P IV	Informační leták – návrh
PŘÍLOHA P V	Srdce Beskyd – Dětský MH (logo)

PŘÍLOHA P I: CHARTA ICPCN

CHARTA ICPCN



česká společnost
paliativní medicíny
České lékařské společnosti
Jana Evangelisty Purkyně

CHARTA PRÁV DĚTÍ, JEJICHŽ ŽIVOT JE V DŮSLEDKU JEJICH NEMOCI NEBO STAVU ZKRÁCEN ČI OHROŽEN

- 1** Každé dítě má právo očekávat, že se mu dostane paliativní péče v té podobě, jak ji definuje Světová zdravotnická organizace¹, a že půjde o péči přizpůsobenou jeho individuálním potřebám a odpovídající jeho věku a kulturnímu zázemí. Paliativní péče musí reagovat i na specifické potřeby dospívajících a mladých lidí a být na naplňování těchto potřeb připravena.
- 2** Paliativní péče o dítě a jeho rodinu by měla být zahájena v okamžiku stanovení diagnózy, pokračovat souběžně s veškerými kurativními postupy po celou dobu nemoci a trvat i v čase umírání; její součástí je i péče o pozůstalé. Cílem paliativní péče je mírnit utrpení a zlepšovat kvalitu života.
- 3** Rodiče či zákonně zástupce dítěte je nutno akceptovat jako hlavní osoby v péči o dítě a je třeba k nim přistupovat jako k rovnocenným partnerům při poskytování veškeré péče a při veškerém rozhodování týkajícím se jejich dítěte.
- 4** Každé dítě by mělo být povzbuzováno k účasti na rozhodování ovlivňujícím péči o ně, a to úměrně svému věku a chápání.
- 5** Základem veškeré komunikace s dítětem a jeho rodinou má být citlivý, a současně otevřený přístup. K dítěti i jeho blízkým je třeba přistupovat s důstojností a s respektem vůči jejich soukromí – bez ohledu na jejich fyzický stav a intelektuální schopnosti.
- 6** Každé dítě či mladý člověk musí mít zajištěn přístup ke vzdělání a všude tam, kde je to možné, by mu měly být poskytovány příležitosti ke hře a kvalitnímu trávení volného času, k interakci se sourozenci a přáteli a k účasti na obvyklých dětských aktivitách.
- 7** Je-li to možné, musí mít každé dítě a jeho rodina příležitost ke konzultacím s odborníkem v oblasti pediatrie, specializovaným na onemocnění, jímž dítě trpí. Dítě by mělo po celou dobu zůstat v péči pediatra nebo lékaře, který má v péči o děti patřičné znalosti a zkušenosti.
- 8** Dítě a jeho rodina mají mít nárok na přidělení jednoho konkrétního klíčového pracovníka, s nímž mohou snadno vstoupit do kontaktu a jehož úkolem je vytvářet, koordinovat a spravovat adekvátní podpůrnou síť. Do této sítě spadá i činnost multidisciplinárního pečovatelského týmu a zdroje komunitní podpory.
- 9** Pokud je to možné, měl by centrem poskytované péče vždy zůstat domov dítěte. Je-li nezbytná i péče mimo domov, měla by být poskytována v prostředí přizpůsobeném potřebám dětí; personál i dobrovolníci, kteří budou tuto péči zajišťovat, musejí mít průpravu v poskytování pediatrické paliativní péče.
- 10** Každému dítěti a každému členu jeho rodiny, včetně sourozenců, by se mělo dostávat klinické, emoční, psychosociální a spirituální podpory, jež odpovídá jeho kulturnímu prostředí a vychází vstříc jeho konkrétním individuálním potřebám. Rodina zemřelého dítěte by měla mít k dispozici podporu v truchlení, a to tak dlouho, jak bude třeba.

¹ Dětská paliativní péče je aktivní komplexní péčí o somatickou, psychickou a spirituální dimenzi nemocného dítěte a zahrnuje také podporu rodiny. Tato péče začíná v okamžiku stanovení diagnózy nemoci a pokračuje bez ohledu na to, zda je dítěti zároveň poskytována léčba zaměřená na diagnostikované onemocnění. Poskytovatelé zdravotní péče musí vyhodnocovat a mírnit fyzické, psychické a sociální strádání dítěte. Efektivně

paliativní péče vyžaduje široký multidisciplinární přístup, který začleňuje rodinu dítěte a využívá také dostupných komunitních zdrojů; tato péče může být úspěšně realizována i s limitovanými prostředky. Paliativní péče může být poskytována na všech úrovních zdravotní péče i v domácím prostředí dítěte (WHO, 2002)

Vytištěno za finanční podpory



PŘÍLOHA P II: TERSTSKÁ CHARTA

- 1 To be considered as a 'person' until death regardless of age, location, condition and care setting.
- 2 To receive effective treatment, through qualified, comprehensive and continuous care, for pain and for other physical and psychological symptoms causing suffering.
- 3 To be listened to and properly informed about his/her illness with due consideration to his/her wishes, age and ability to understand.
- 4 To participate, on the basis of his/her abilities, values and wishes, in care choices regarding his/her life, illness and death.
- 5 To express his/her feelings, wishes and expectations and have these taken into consideration.
- 6 To have his/her cultural, spiritual and religious beliefs respected and receive spiritual care and support in accordance with his/her wishes and choices.
- 7 To have a social and relational life suitable to his/her age, conditions and expectations.
- 8 To be surrounded by family members and loved ones who are empowered in the organization and provision of the child's care and who are supported in the management of the emotional and financial burdens that arise from the child's condition.
- 9 To be cared for in a setting appropriate for his/her age, needs and wishes, and that enables the family to be close and involved.
- 10 To have access to child-specific palliative care services that respect the child's best interest and avoid both futile or excessively burdensome practices and therapeutic abandonment.

(Benini et al., 2013, s. 15)

PŘÍLOHA P III: DOTAZNÍK

Preference rodičů dětí ve věku 0-18 let při poskytování dětské paliativní péče

Dobrý den,

jmenuji se Klára Čaňová a jsem studentkou 2. ročníku magisterského oboru Management ve zdravotnictví na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Prosím, věnujte několik minut Vašeho času vyplnění krátkého dotazníku, který je součástí mé diplomové práce s názvem **Projekt založení dětského mobilního hospice na Rožnovsku**. Cílem dotazníku je průzkum preferencí rodičů dětí ve věku 0–18 let s trvalým pobytem ve Zlínském kraji při poskytování dětské paliativní péče.

Dotazník je anonymní a jeho vyplnění je dobrovolné. Pokud se v průběhu vyplňování rozhodnete průzkumu neúčastnit, prosím neodesílejte Vaše odpovědi.

Předem Vám děkuji za Váš čas a ochotu.

Bc. Klára Čaňová

E-mail: k_canova@utb.cz

1. Máte dítě ve věku 0–18 let?
a) ano b) ne (pokud jste odpověděl/a NE, prosím nepokračujte ve vyplňování dotazníku)
2. Máte trvalé bydliště ve Zlínském kraji?
a) ano b) ne (pokud jste odpověděl/a NE, prosím nepokračujte ve vyplňování dotazníku)
3. Setkal/a jste se již s termínem hospic nebo hospicová péče?
a) ano b) ne c) nevím
4. Setkal/a jste se již s termínem dětská paliativní péče?
a) ano b) ne c) nevím
5. Setkal/a jste se již s termínem multidisciplinární tým?
a) ano b) ne c) nevím
6. Kdo mohou být podle Vás členové multidisciplinárního týmu? (je možné vybrat více odpovědí)
a) praktičtí lékaři pro děti a dorost (PLDD)
b) pediatři – specialisté
c) psychologové
d) dětské sestry

- e) všeobecné sestry
- f) pracovníci sociálních služeb
- g) fyzioterapeuti
- h) nutriční terapeuti
- i) psychoterapeuti
- j) kaplani, duchovní
- k) odborníci v oblasti podpory truchlení
- l) administrativní pracovníci
- m) dobrovolníci
- n) rodiče
- o) ostatní členové rodiny
- p) komunita dítěte (škola, školka, kamarádi)
- q) nevím
- r) nikdo z výše uvedených
- s) další, prosím uveďte:

Život zkracující a život ohrožující onemocnění u dětí

U dětských paliativních pacientů se rozlišují dva typy onemocnění.

První jsou *život zkracující onemocnění* (angl. life-limiting illnesses), což jsou stavy, u kterých je předčasné úmrtí obvyklé a očekávané (např. Duchennova muskulární dystrofie nebo degenerativní poruchy CNS).

Druhou kategorií jsou *onemocnění život ohrožující* (angl. life-threatening illnesses). Zde je z důvodu těžkého onemocnění také vysoká pravděpodobnost předčasného úmrtí, ale zároveň může existovat i šance na přežití do dospělosti (např. děti s onkologickou diagnózou) (Pracovní skupina EAPC, 2016, s. 1).

7. Uvítal/a byste možnost využití služeb dětské paliativní péče ve Zlínském kraji, pokud by Vaše dítě trpělo život zkracujícím nebo život ohrožujícím onemocněním?
 - a) rozhodně ano b) spíše ano c) spíše ne d) rozhodně ne e) nevím

8. Jakou formu paliativní péče byste pro své dítě preferoval/a, pokud by trpělo život zkracujícím nebo život ohrožujícím onemocněním?
 - a) mobilní hospicová péče – poskytování péče v domácím prostředí dítěte
 - b) lůžkový hospic – pobytová forma péče ve specializovaném zařízení
 - c) služeb hospicové péče bych nevyužil/a

9. Z jakých zdrojů je podle Vás **primárně** financována dětská paliativní péče? (je možné vybrat více odpovědí)
 - a) veřejné zdravotní pojištění
 - b) dotace ze soukromých fondů a nadací
 - c) přímé úhrady klientů
 - d) jiný způsob, prosím uveďte:

10. Byl/a byste ochoten/na se spolupodílet na financování služeb dětského mobilního hospice na Rožnovsku, pokud by Vašemu dítěti tento hospic poskytoval péči?

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

11. Jakou **denní** částkou byste byl/a ochoten/na se spolupodílet na financování péče poskytované Vašemu dítěti tímto dětským mobilním hospicem v domácím prostředí?

- a) nebyl/a bych ochoten/na se spolupodílet na financování péče
b) 1–100,- Kč
c) 101–200,- Kč
d) 201–500,- Kč
e) 501–1000,- Kč
f) více než 1000,- Kč

12. Funguje ve Vašem okolí služba poskytující dětskou paliativní péči?

- a) ano b) ne c) nevím

13. Kolik je Vám let?

- a) méně než 18 let b) 18–34 let c) 35–49 let d) 50–64 let e) 65 let a více

14. Kolik let má Vaše dítě?

- a) méně než 1 rok b) 1–4 roky c) 5–9 let d) 10–14 let e) 15–18 let

15. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) žena b) muž c) nechci uvést

16. Ve kterém okrese Zlínského kraje máte trvalé bydliště?

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

PŘÍLOHA P IV: INFORMAČNÍ LETÁK – NÁVRH



Srdce Beskyd

dětský mobilní hospic

„Naším cílem je naplnit dny životem, nikoliv život dny.“

(Marie Svatošová)

Jaké služby poskytujeme?

- mobilní specializovaná paliativní péče v domácím prostředí klientů (MSPP)
- odborné sociální poradenství
- podpora v truchlení

Komu jsou naše služby určeny?

- dětem s život zkracujícím nebo život ohrožujícím onemocněním a jejich rodinám ve Zlínském kraji

Jaká je cena služeb?

- MSPP je zpoplatněna částkou 350,- Kč za den péče
- odborné sociální poradenství a podpora v truchlení jsou poskytovány **bezplatně**

Adresa hospice: Zášová čp. 17, 756 51

Provozní doba: pondělí–pátek, 8–16 hodin
o víkendech a svátcích pouze po předchozí telefonické domluvě

Telefon: +420 123 456 789

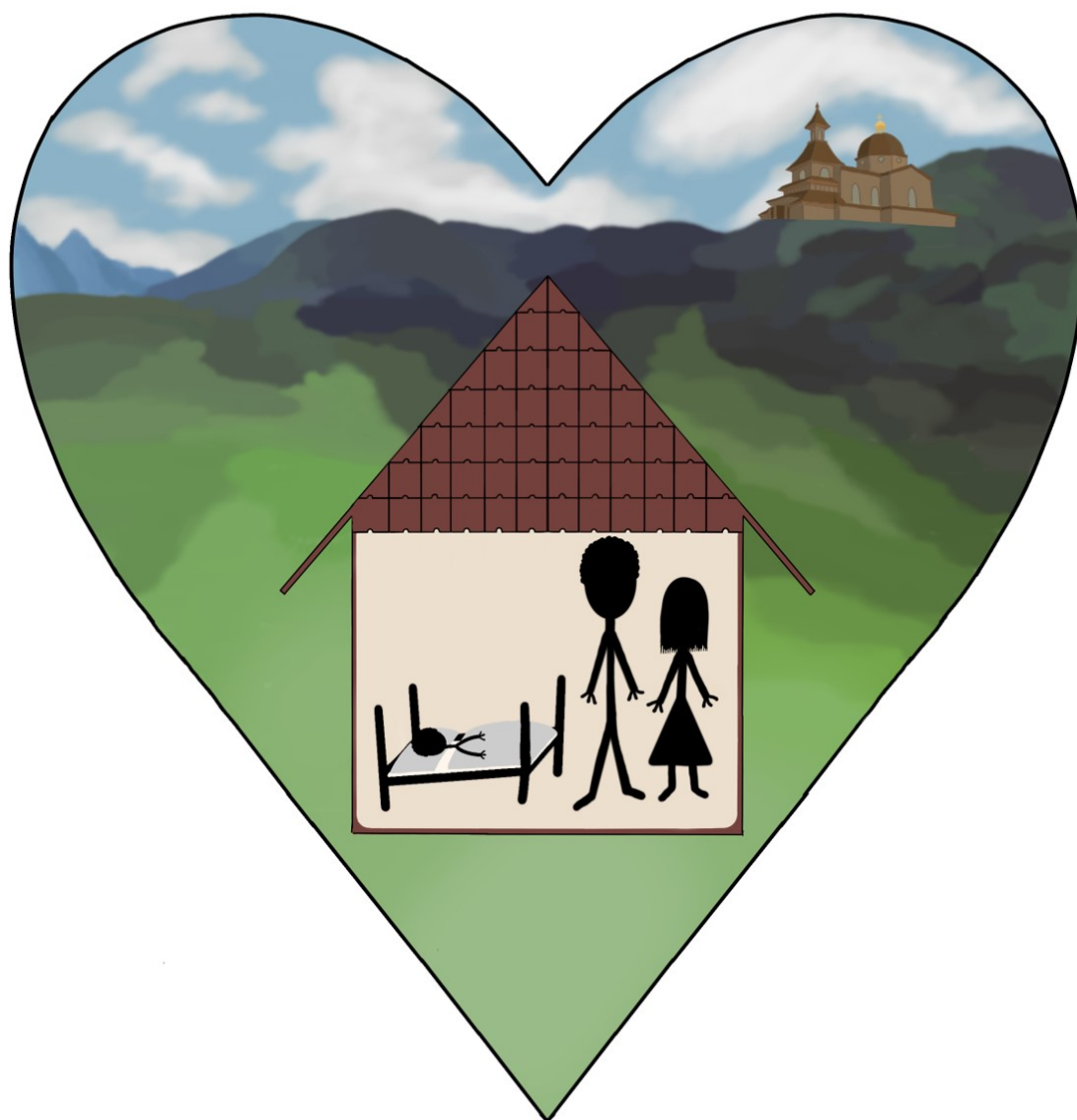
E-mail: detskymobilnihospic@srdcebeskyd.cz

Web: www.srdcebeskyd-detskymobilnihospic.cz

Najdete nás také na Facebooku a Instagramu jako Srdce Beskyd – dětský mobilní hospic.

(vlastní zpracování)

PŘÍLOHA P V: SRDCE BESKYD – DĚTSKÝ MH (LOGO)



Obrázek z archivu autora – Natálie Korytářová