

Domácí péče – projekt na zřízení agentury

Bc. Martina Rolná

Diplomová práce
2022



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky

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

Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Martina Rolná**
Osobní číslo: **M200176**
Studijní program: **N0413A050020 Management ve zdravotnictví**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Domácí péče – projekt na zřízení agentury**

Zásady pro vypracování

Úvod

Definujte cíle práce a použité metody zpracování práce.

I. Teoretická část

- Na základě prostudované literatury zpracujte teoretické poznatky týkající se problematiky založení agentury domácí péče.

II. Praktická část

- Provedte situační analýzu pro založení agentury domácí péče v daném regionu.
- Na základě výsledků analýzy vypracujte návrh projektu založení agentury.
- Zhodnoťte udržitelnost a rizika projektu.

Závěr

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

Seznam doporučené literatury:

IGNATIUS, Ekanem. *Writing a Business Plan: A Practical Guide*. Abingdon, Oxon: Routledge, 2017, 120 s. ISBN 9781138206021.

KOTLER, Philip a Kevin Lane KELLER. *Marketing management*. 15th Edition. Boston: Pearson, 2016, 692 s. ISBN 978-013-3856-460.

SLANÝ, Jaroslav. *Řízení domácí a chronické péče*. Žilina: Georg, 2014, 117 s. ISBN 978-80-8154-063-9.

SLOUKA, David. *Vedení a marketing malých zdravotnických zařízení: Příručka pro praxi*. Praha: Grada, 2018, 144 s. ISBN 978-80-271-0469-7.

SRPOVÁ, Jitka, Ivana SVOBODOVÁ, Pavel SKOPAL a Tomáš ORLÍK. *Podnikatelský plán a strategie*. Praha: Grada, 2011, 200 s. ISBN 978-80-247-4103.

Vedoucí diplomové práce: **prof. MUDr. Jaroslav Slaný, CSc.**
Ústav managementu a marketingu

Datum zadání diplomové práce: **11. února 2022**

Termín odevzdání diplomové práce: **27. dubna 2022**

L.S.

prof. Ing. David Tuček, Ph.D.
děkan

prof. Ing. Boris Popesko, Ph.D.
garant studijního programu

Ve Zlíně dne 11. února 2022

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Prohlašuji, že

- beru na vědomí, že odevzdáním diplomové 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 práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí, že jeden výtisk diplomové práce bude uložen na elektronickém nosiči v příruční knihovně Fakulty managementu a ekonomiky Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně;
- byla jsem seznámena s tím, že na moji diplomovou 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 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 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 práce využít ke komerčním účelům;
- beru na vědomí, že pokud je výstupem diplomové 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 práci pracovala samostatně a použitou literaturu jsem citovala. V případě publikace výsledků budu uvedena jako spoluautorka.
2. že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně

Jméno a příjmení: Bc. Martina Rolná

.....
podpis diplomanta

ABSTRAKT

Předkládaná diplomová práce se zabývá návrhem projektu ke zřízení agentury domácí péče, jejíž oblast působení se bude nacházet v Moravskoslezském kraji, v obci Litultovice. Teoretická část se zaměřuje na význam domácí péče a jejího financování, podnikatelský plán, neziskovou organizaci a marketingové analýzy. Praktická část se věnuje PEST, Porter a SWOT analýze domácí péče. Projektová část se zabývá vlastním založením domácí péče, časovou analýzou, analýzou rizik a finančním plánem.

Klíčová slova: marketingové analýzy, marketingový mix, projekt, domácí péče, podnikatelský plán

ABSTRACT

The submitted diploma thesis deals with the project proposal for the establishment of a home care agency, the area of operation of which will be located in the Moravian-Silesian Region, in the village of Litultovice. The theoretical part focuses on the importance of home care and its financing, business plan, non-profit organization and marketing analysis. The practical part deals with PEST, Porter and SWOT analysis of home care. The project part deals with the establishment of home care, time analysis, risk analysis and financial planning.

Keywords: marketing analysis, marketing mix, project, home care, business plan

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu práce prof. MUDr. Jaroslavu Slanému, CSc., za odborné vedení, připomínky, konzultace, ochotu a čas, který mi poskytoval při zpracování mé diplomové práce. Poděkování patří také mé rodině a partnerovi za trpělivost a podporu během tvorby diplomové práce i po celou dobu studia.

Taktéž děkuji Charitě Opava, která mi poskytla cenné rady při zpracování diplomové práce.

Prohlášení

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

OBSAH

ÚVOD.....	10
CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 DOMÁCÍ PÉČE	13
1.1 CÍLE DOMÁCÍ PÉČE	14
1.2 HISTORIE DOMÁCÍ PÉČE.....	14
1.3 FORMY DOMÁCÍ PÉČE	15
1.4 LEGISLATIVA.....	17
1.5 FINANCOVÁNÍ DOMÁCÍ PÉČE	17
2 PODNIKATELSKÝ PLÁN	19
2.1 STRUKTURA PODNIKATELSKÉHO PLÁNU.....	19
2.2 PERSONÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ	23
3 NEZISKOVÁ ORGANIZACE	24
3.1 PRÁVNÍ FORMY NESTÁTNÍCH NEZISKOVÝCH ORGANIZACÍ	24
3.1.1 Právní forma ústavů	25
3.2 FINANCOVÁNÍ NESTÁTNÍCH NEZISKOVÝCH ORGANIZACÍ.....	26
3.2.1 Vícezdrojové financování	26
3.2.2 Samofinancování.....	26
3.2.3 Fundraising.....	26
4 MARKETING	28
4.1 MARKETING SLUŽEB VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	28
4.2 MARKETINGOVÝ MIX VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	30
4.3 ANALÝZA PROSTŘEDÍ.....	32
4.3.1 PEST analýza	33
4.3.2 PORTER analýza	34
4.3.3 SWOT analýza	35
5 ZHODNOCENÍ TEORETICKÉ ČÁSTI.....	36
II PRAKTICKÁ ČÁST	37
6 SITUAČNÍ ANALÝZA.....	38
6.1 PEST ANALÝZA	38
6.1.1 Politicko-právní faktory	38
6.1.2 Ekonomické faktory	40
6.1.3 Sociálně-kulturní faktory	45

6.1.4	Technologické faktory	48
6.2	PORTER ANALÝZA	50
6.2.1	Stávající konkurence	50
6.2.2	Hrozba nově vznikající konkurence.....	54
6.2.3	Vliv odběratelů.....	54
6.2.4	Vliv dodavatelů	55
6.2.5	Hrozba substitučních služeb.....	56
6.3	SWOT ANALÝZA	56
7	ZHODNOCENÍ ANALYTICKÉ ČÁSTI.....	58
8	PROJEKT NA ZŘÍZENÍ AGENTURY DOMÁCÍ PÉČE.....	60
8.1	POPIS ZAŘÍZENÍ	60
8.2	HARMONOGRAM ZŘÍZENÍ AGENTURY	62
8.3	MATERIÁLNĚ-TECHNICKÉ POŽADAVKY NA VYBAVENÍ AGENTURY	63
8.4	HYGIENICKÉ POŽADAVKY NA PROVOZ AGENTURY	65
8.5	PROVOZNÍ ŘÁD	65
8.6	PERSONÁLNÍ ZAJIŠTĚNÍ	66
8.7	MARKETINGOVÝ PLÁN	69
8.7.1	Poslání, vize a cíle agentury domácí péče.....	69
8.7.2	Cílová skupina.....	70
8.7.3	Marketingový mix.....	70
8.8	FINANČNÍ PLÁN	72
8.8.1	Plán nákladů agentury	73
8.8.2	Plán výnosů a příjmů agentury.....	80
8.8.3	Výsledek hospodaření agentury	82
8.8.4	Bod zvratu	84
8.9	ČASOVÁ ANALÝZA PROJEKTU.....	86
8.10	MANAGEMENT RIZIK	86
8.10.1	Řešení rizikových situací	87
8.10.2	Hodnocení a návrh opatření	89
9	ZHODNOCENÍ PROJEKTU	91
	ZÁVĚR	92
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	93
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	100
	SEZNAM OBRÁZKŮ	102
	SEZNAM TABULEK.....	103

SEZNAM PŘÍLOH.....	105
---------------------------	------------

ÚVOD

První agentury domácí péče se začaly vyvíjet na počátku roku 1990. V tomto roce zahájila svůj provoz i ošetrovatelská péče České katolické charity. O rok později bylo zřízeno již 26 agentur domácí péče. Koncem roku 1995 poskytovalo domácí péči celkem 399 organizací a současně docházelo k rozvoji rozsahu a objemu poskytované zdravotní a ošetrovatelské péče. V dnešní době o vzrůstající kvalitě těchto agentur svědčí nárůst procenta zařízení domácí péče, která je poskytována ve vlastním sociálním prostředí klienta, které pozitivně ovlivňuje samotný proces uzdravování. Při tomto ošetrování dochází ke změně sociálních rolí nemocného, ten si však zachovává i některé role, které vykonával v době, kdy byl zdravý. Udržuje si i svoji pozici v rodině, neztrácí ani kontakt se svým nejbližším okolím, které je zároveň zapojeno do aktivního pečování, díky kterému se posiluje sounáležitost rodiny a komunity. Domácí péče se zaměřuje na podporu a udržení zdraví, rozvoj soběstačnosti a zmírnění utrpení u klientů nacházejících se v terminálním stádiu jejich onemocnění včetně zajištění důstojného umírání a smrti. Je poskytována kvalifikovaným a erudovaným zdravotnickým personálem. V případě plné indikace ošetrojícím lékařem je hrazena zdravotní pojišťovnou.

Cílem diplomové práce je sestavení projektu pro založení agentury domácí péče v Moravskoslezském kraji, konkrétně na Opavsku v obci Litultovice, kde v současnosti nemá sídlo žádná agentura, která by poskytovala domácí péči klientům ve vesnicích, kteří žijí poblíž bruntálského okresu.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část pomocí aktuálních literárních zdrojů popisuje domácí péči, neziskovou organizaci, podnikatelský plán a marketing. Praktická část je členěna do dvou sekcí, a to analytické a projektové. První zmíněná se věnuje analýzám prostředí a zahrnuje PEST analýzu, Porterův model pěti konkurenčních sil a OT analýzu. Druhá část se zabývá sestavením projektu pro zřízení agentury domácí péče. V závěru teoretické, analytické i praktické části se nachází zhodnocení jednotlivých kapitol a podkapitol. Výsledný projekt agentury domácí péče bude finančně udržitelný a provozuschopný.

CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE

Hlavním cílem diplomové práce je sestavení projektu, který povede k založení a provozu agentury domácí péče.

Cílem teoretické části je charakterizovat domácí péči, její formy, historii, legislativu a financování v České republice. Také se nahlédne na podnikatelský plán, včetně jeho náležitostí, které vedou k realizaci a zahájení podnikání. Závěr teoretické části bude věnován neziskové organizaci, marketingu, marketingu služeb a marketingovému mixu ve zdravotnictví.

V analytické části práce budou zjišťovány podmínky pro založení agentury. Zpracována bude PEST analýza, na kterou naváže Porterův model pěti konkurenčních sil a potenciální hrozby a příležitosti pro založení agentury domácí péče na Opavsku budou identifikovány pomocí OT analýzy.

Na podkladě jednotlivých analýz bude zpracována projektová část diplomové práce. Bude se skládat z časové analýzy, finančního a marketingového plánu. Důležitou součástí práce je analýza rizik projektu, která mohou v rámci realizace projektu nastat.

Výstupem práce by měl být realizovatelný a finančně udržitelný projekt na zřízení agentury domácí péče v Moravskoslezském kraji, v obci Litultovice.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DOMÁCÍ PÉČE

Domácí ošetrovatelská péče je definována několika autory, kteří vystihují její podstatu, přičemž důraz kladou na pacienta jako aktivního příjemce péče, který zároveň nese zodpovědnost za své zdraví. (Kožuchová, 2014, s. 28) Poskytování domácí ošetrovatelské péče patří mezi prioritní oblasti ošetrovatelství. (Padyšáková, Kováčsová, 2010, s. 124)

Nejširší obecně akceptovaná definice domácí ošetrovatelské péče, která byla vyhlášena ve Spojených státech amerických v roce 1980 uvádí, že: „*Je součástí kontinuální zdravotní péče, pomocí kterého jsou zdravotnické služby poskytované jednotlivcům a rodinám v místě jejich bydliště a v komunitě s cílem podpory, zachování nebo navrácení zdraví nebo alespoň dosažení maximální možné úrovně soběstačnosti, při minimalizaci důsledků neschopnosti a chorob, včetně terminálních stavů.*“¹ (Smith, Duell, 1989, p. 979, Swanson, Nies, Albrecht, 1993, p. 626)

Kalvach (2004, s. 466) v rámci optimalizace zdravotní a sociální péče charakterizuje čtyři principy.

1. **Demedicinalizace** – znamená zdůraznění kvality života seniora a jeho autonomie;
2. **Deinstitucionalizace** – rozumí se poskytování péče v domácím prostředí;
3. **Desektorializace** – klade se důraz na propojenost péče;
4. **Deprofesionalizace** – představuje spolupráci s rodinou a podporu laickým pečovatelem, včetně práce dobrovolníků a sousedské angažovanosti.

Podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České republiky 55/2000 je domácí péče v České republice formálně evidována jako odbornost 925. Domácí péči můžeme definovat: „*jako péči poskytovanou člověku v jeho přirozeném prostředí.*“ (Hanzlíková, 2004, s. 247) Světová zdravotnická organizace, dále jen WHO, ji definuje jako: „*jakoukoliv formu péče poskytovanou lidem v jejich domovech.*“ (Jarošová, 2007, s. 60) Dle Zdravotního řádu se jedná o druh ambulantní péče zajišťující pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, tělesně nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci odbornou zdravotní péči v jejich vlastním sociálním prostředí.

¹ "It is part of continuous health care, through which health services are provided to individuals and families in their place of residence and community to support, maintain or restore health or at least achieve the maximum possible level of self-sufficiency, while minimizing the consequences of incapacity and diseases, including terminal conditions. "

Jde o integrovanou formu péče a je označována jako komplexní domácí péče, dále jen KDP. Tyto služby jsou poskytovány agenturami domácí péče. (Krátká a Šilháková, 2008, s. 79)

1.1 Cíle domácí péče

Nejdůležitějším cílem domácí péče je zajištění maximálního rozsahu, dostupnosti, kvality a efektivity zdravotní péče, a to všem pacientům, kterým je tato péče poskytována v jejich vlastním domácím prostředí. Cílem je, aby do poskytování domácí péče byli zapojeni jak rodinní příslušníci, tak blízcí pacienta. (Slaný, 2014, s. 47)

Důležitá je také pomoc pacientovi i jeho rodině při přechodu z nemocnice do domácího prostředí, třeba úpravou bytu, doporučením zdravotních pomůcek nebo edukací rodiny. V neposlední řadě se mezi významné cíle řadí zajištění komplexní zdravotní péče o nemocné v terminálním stádiu života a jejich důstojný odchod ze života. Na domácí péči se podílí tým pracovníků, a to lékaři, sociální pracovníci, zdravotní sestry, fyzioterapeuti a také rodinní příslušníci. (Slaný, 2014, s. 48)

1.2 Historie domácí péče

První zmínka o domácí péči se objevila na počátku 12. století, když byly služby potřebným poskytovány pomocí řeholních řádů. Na konci 13. století se začalo rozvíjet ošetrovatelství v domácnostech a členkám církevních řádů byla zakázána služba ve špitálech. Opatrovnictví vykonávaly řeholnice v domech nemocných a dohlížel na jejich práci farář. (Školoudová, 2021, s. 19)

Zakladatelem moderního ošetrovatelství v domácí péči je dle Kožuchové (2014, s. 23) William Rathbon. Založil ji v roce 1859 v anglickém Liverpoolu, a to v době, kdy jeho manželka zemřela v domácím prostředí. Společně se zakladatelkou moderního ošetrovatelství, Florence Nightingalovou založil první školu pro sestry, jež poskytovaly ošetrovatelskou péči nemocným, potřebným a chudým lidem. (Slaný, 2014, s. 45) Organizace sester v domácí péči byla založena v roce 1885 ve městech New York, Buffalo, Boston a Philadelphia. (Slaný, 2014, s. 45)

Koncem 19. století nastal v Evropě prudký rozvoj domácí péče, jež byla poskytována především starým lidem, s výjimkou Holandska, kde se poskytovala péče všem, bez ohledu na věk. (Kožuchová, 2014, s. 23)

Díky významné pomoci PhDr. Alice Masarykové byl v roce 1919 založen Československý červený kříž. Za období první republiky a ve snaze zlepšit úroveň zdravotnictví, vznikla myšlenka odborné ošetrovatelské pomoci v domácnosti. (Slaný, 2014, s. 45) Tyto pokusy v období první republiky byly realizovány Československým červeným křížem ve spolupráci s Městem Prahou a Ústřední sociální pojišťovnou. (Slaný, 2014, s. 45)

Po druhé světové válce byla ošetrovatelská a zdravotní služba v rodinách realizována pomocí Ústavů národního zdraví, dále jen ÚNZ, a to jako výkonná zařízení okresních národních výborů, dále jen ONV, podle vládního nařízení č. 219/1948 Sb. V roce 1952, dle zákona 103/1951 Sb., odpovědnost za provádění domácí péče převzal stát a tato péče byla začleněna do zdravotní péče. Světová zdravotnická organizace v roce 1977 vyhlásila program, „Zdraví pro všechny do roku 2000.“ Tento program zdůrazňuje roli domácí péče v péči o nemocného či zdravotně a sociálně potřebného člověka. (Slaný, 2014, s. 45)

V roce 1991 se ve Štrasburku konal první evropský kongres domácí péče. Tento kongres se stal odrazovým můstkem pro spuštění kampaně k propagaci domácí péče na území České republiky a o dva roky později i na území Slovenské republiky. (Slaný, 2014, s. 45) V roce 1993 byla založena Asociace domácí péče České republiky, dále jen ADP, dodnes sdružuje poskytovatele domácí péče. (Krátká a Šilháková, 2008, s. 83)

V roce 1994 vzniklo Národní centrum domácí péče České republiky, dále jen NCDP ČR. Jedná se o dobrovolnou, samosprávnou, nepolitickou, profesní, odbornou a stavovskou organizaci s právní subjektivitou, jež zajišťuje informační a poradenský servis v oboru komplexní – integrované zdravotní a sociální péče dle dokumentu Vlády ČR č. 493/1993. (Slaný, 2014, s. 45)

V roce 2016 využívalo podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR služeb agentur poskytujících domácí péči 142 tisíc pacientů. Převažovali lidé starší 65 let. V současné době existuje na našem území více než 480 agentur domácí péče. (Český statistický úřad, 1969)

1.3 Formy domácí péče

Domácí ošetrovatelská péče, která se realizuje v několika formách, představuje humánní způsob poskytování péče v českém zdravotnictví. (Zavázalová a Zikmundová a Zaremba, 2004, s. 471)

Několik autorů (Jarošová, 2007, s. 64; Krátká a Šilháková, 2008, s. 81; Misconiová, 1995, s. 9-14) charakterizují různé formy poskytování domácí péče. Zařadili k nim akutní domácí péči, dlouhodobou, preventivní, domácí hospicovou a domácí péči ad hoc.

- Akutní domácí péče – je indikována u pacientů s akutním krátkodobým onemocněním, které nevyžaduje hospitalizaci nebo je alternativou hospitalizace. Nejčastějšími indikacemi u pacientů s akutním zhoršením onemocnění jsou nemoci kardiovaskulárního, neurologického, gastrointestinálního a urologického systému. Tento druh péče poskytuje specializovanou péči určenou pacientům v pooperačním a poúrazovém stavu. (Jarošová, 2007, s. 65) Specifickou skupinou jsou děti, u kterých dochází v porovnání s ostatními věkovými kategoriemi pacientů v domácí ošetrovatelské péči k zjevně rychlejší rekonvalescenci. Péče je poskytována v rozsahu několika dnů nebo týdnů. (Misconiová, 1995, s. 10)
- Dlouhodobá domácí péče – je určena chronicky nemocným pacientům, jejichž zdravotní a duševní stav vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou domácí péči kvalifikovaným personálem. Zahrnuje péči o pacienty s plicním, gastroenterologickým, metabolickým, neurologickým, degenerativním onemocněním centrálního nervového systému, onkologickým a psychickým onemocněním. (Jarošová, 2007, s. 66) Jedná se o integrovanou formu domácí péče, která se nazývá komplexní a je poskytována nejméně po dobu tří měsíců, ale v mnoha případech i doživotně. (Misconiová, 1995, s. 11)
- Preventivní domácí péče – jde o monitorování fyziologických funkcí, celkového stavu pacienta, přičemž případné změny jsou hlášeny ošetřujícímu lékaři. (Misconiová, 1995, s. 13) Tato forma péče je zaměřena na zamezení komplikací u vzniklého onemocnění a je poskytována po dobu, jež na základě celkového stavu pacienta určí ošetřující lékař. (Jarošová, 2007, s. 66)
- Domácí hospicová péče – zahrnuje péči o pacienta v preterminálním a terminálním stádiu života. Jedná se o odbornou péči zahrnující management bolesti a emocionální podporu, zmírnění fyzického a duševního utrpení pacienta, ale i jeho blízkých v procesu umírání. (Krátká a Šilháková, 2008, s. 81) Péče je poskytována pacientům, u kterých lékař předpokládá ukončení jejich terminálního stavu do následujících šesti měsíců. (Misconiová, 1995, s.14)

- Domácí péče ad hoc (jednorázová domácí péče) – je to mimořádné alternativní využití domácí ošetrovatelské péče pro provádění jednorázových výkonů sestrami z ordinací praktických lékařů, například odběr biologického materiálu či injekce. (Jarošová, 2007, s. 66-67; Krátká a Šilháková, 2008, s. 81)

1.4 Legislativa

Mezi základní právní předpisy vymezující poskytování domácí péče se řadí:

- Zákon č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). (Česko, 2011)
- Zákon č. 96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů. (Česko 2004)
- Vyhláška MZČR č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. (Česko, 2012)
- Vyhláška č. 269 ze dne 18. října 2019, kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. (Česko, 2019)
- Vyhláška č. 396 ze dne 29. října 2021 o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2022. (Česko, 2021)
- Vyhláška č. 221 ze dne 16. července 2010 o požadavcích na věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení a o změně vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 51/1995 Sb., kterou se mění a doplňuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, a mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě (vyhláška o požadavcích na věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení). (Česko, 2010)

1.5 Financování domácí péče

Většina zdravotní péče je poskytována z veřejného zdravotního pojištění prostřednictvím zdravotních pojišťoven na základě sepsání smlouvy o poskytování zdravotní péče. Tyto podmínky upravuje zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění.

Vykazování zdravotní péče provádí sestra v domácí péči pojišťovně na základě platného poukazu na ošetření domácí péče vystaveného ošetřujícím lékařem. (Česko, 2019)

Tento poukaz je platný 14 dnů po propuštění klienta z nemocnice. V případě potřeby prodloužení je poukaz vystaven praktickým lékařem pacienta s platností 3 měsíců. (Česko, 2019)

Vyhláška č. 269/2019 Sb. vydává seznam zdravotních výkonů s jejich bodovými hodnotami. Tato vyhláška vysvětluje základní pojmy zdravotních výkonů, vymezuje pravidla pro vykazování kódů, specifikuje nositele výkonu a kódování dle jednotlivých odborností. Výkony, které mohou sestry v domácí péči uplatnit jsou pod kódem 925. Vyhláška č. 396/2021 Sb. doplňuje a upravuje stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2022. (Česko, 2019)

Zdravotní péče může být rovněž hrazena přímou platbou pacienta, a to v případě, kdy pacient není pojištěný, nebo pacient vyžaduje výkony, jež nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění nebo zdravotní pojišťovna nemá smluvní vztah se zdravotnickým zařízením poskytující domácí péči. V současné době existuje možnost kombinace zdravotního pojištění a přímé platby. (Slaný, 2014, s. 49)

Další alternativní možnosti financování domácí péče jsou sponzorské dary, nadace, platby z grantů a v neposlední řadě také příspěvky obcí na sociálně slabé. (Krátká a Šilháková, 2008, s. 84)

2 PODNIKATELSKÝ PLÁN

„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.“ (Srpová, 2011, s. 14)

Jakýkoli budoucí podnikatel by měl mít podnikatelský nápad. Aby se mohl nápad realizovat, je zapotřebí si sestavit reálný a životaschopný podnikatelský plán. Ten umožňuje podnikateli odhalit informace o potřebě finančních prostředků, nalezení společníků či informovat své obchodní partnery a zaměstnance. Také podnikateli ujasní kroky, které musí učinit v jednotlivých oblastech, jak osloví zákazníky a investory, jaká je konkurence na daném trhu nebo kolik bude potřebovat zaměstnanců. Díky vytvořenému podnikatelskému plánu si může každý podnikatel odpovědět na to, kde se právě teď nachází, kam se chce případně dostat, a jak k tomu chce dospět. (Srpová, 2011, s. 14; Synek, 2010, s. 178)

Podnikatelský plán je písemný dokument popisující vnitřní i vnější faktory související s podnikáním, podnikatelskými cíli a prostředky k jejich dosažení. Měl by sloužit především k interním účelům. Uvnitř firmy slouží jako plánovací nástroj, podklad pro rozhodovací proces a nástroj kontroly, a to v momentě, kdy podnikatel firmu zakládá, nebo firmu čekají výraznější změny, jež mohou dlouhodobě ovlivnit její chod. Pro externí subjekty pak vypovídá o schopnosti firmy provádět náročnější investiční akce. Kvalitní a dobře zpracovaný podnikatelský plán významně přispívá k získání potřebného kapitálu. (Srpová, Řehoř a kol., 2010, s. 59–60); (Veber a Srpová, 2012, s. 96)

Při zpracování podnikatelského plánu se musí respektovat obecně platné zásady a dle Srpové, Řehoř a kol., (2010, s. 60), by měl být inovativní, srozumitelný, uváženě stručný, logický, přehledný, pravdivý, reálný a měl by respektovat rizika.

2.1 Struktura podnikatelského plánu

V současnosti neexistuje právní úprava, která by formu a obsah jasně stanovovala. Každý investor nebo banka mají jiné nároky na rozsah a strukturu podnikatelského plánu. Většina investorů si postačí s podnikatelským plánem zpracovaným ve formě prezentace v programu MS PowerPoint, nicméně banky mohou požadovat daleko více dokumentů a informací. (Srpová, 2011, s. 14)

Při zahájení podnikání by měl být definován předmět podnikání a dále by mělo být uvedeno, pro koho je podnikatelský plán určen. Struktura plánu závisí na potřebách konkrétního podniku. K základním náležitostem podnikatelského plánu dle Srpové (2011, s. 15) patří:

Titulní list

Tento list nese obchodní jméno a logo firmy, název podnikatelského plánu, jméno autora, klíčových osob, zakladatelů a datum založení. Důležité je uvést informace o obchodním tajemství, zákazu reprodukování či kopírování bez písemného souhlasu autora. (Srpová, 2011, s. 15; Ignatius, 2017, s. 6)

Obsah

Na tuto část dokumentu se často zapomíná. Obsah by měl být stručný a měl by být omezený na jednu až jednu a půl strany formátu A4. (Srpová, 2011, s. 15; Ignatius, 2017, s. 6)

Úvod, účel a pozice dokumentu

V úvodu je uvedeno, pro koho je podnikatelský plán určen, jaký je jeho účel a rozsah. Dále je potřeba uvést, o jakou verzi dokumentu se jedná, zda zkrácenou, plnou či finální. (Srpová, 2011, s. 15)

Shrnutí

Nesmí být chápáno jako úvod, zpracovává se jako poslední, tedy v době, kdy je celý podnikatelský plán hotový. Shrnutí popisuje vše, co je v dokumentu obsaženo. Tento souhrn má vzbudit ve čtenáři zvědavost k přečtení i zbytku plánu. Hlavní problém spočívá v tom, jak zhustit velké množství informací na malý počet stran. (Srpová, 2011, s. 15; Srpová, Řehoř a kol., 2010, s. 60–61; Ignatius, 2017, s. 7)

Popis podnikatelské příležitosti

Tato kapitola popisuje potřebu přesvědčit čtenáře, že nyní je správný okamžik pro realizaci plánu. Je třeba objasnit, v čem spočívá podnikatelská příležitost a zaměřit se na popis produktu, konkurenční výhodu produktu a užitek produktu pro kupujícího. (Srpová, 2011, s. 16)

Cíle firmy, vlastníků a manažerů

Stejně jak přechází kapitola, tak i tato se snaží přesvědčit čtenáře o tom, že firma je schopna úspěšně realizovat podnikatelský projekt. (Srpová, 2011, s. 17)

Je dobré zmínit historii firmy, datum jejího založení, právní formu a oblast činnosti. Cíle jsou definované jako výsledky, kterých chce firma dosáhnout za určitý čas. V podnikatelském plánu by měly být stanoveny přibližně na 5 let s upřesněním na jeden až dva roky. Stanovené cíle by měly být SMART. Jedná se o zkratku, která je sestavena z prvních písmen pěti anglických slov popisující vlastnosti cílů:

S – *specific* – přesně, konkrétně, popsáné;

M – *measurable* – měřitelné;

A – *achievable* – akceptovatelné;

R – *realistic* – reálné;

T – *timed* – termínované. (Srpková, 2011, s. 17-19)

Potenciální trhy

Podnikatelský plán uspěje tehdy, pokud existuje trh, kde bude zájem o nabízené produkty. Investory nebo případné společníky zajímají fakta o potenciálních trzích a o možnostech se na nich uplatnit. Díky důkladným analýzám se prokáže existence těchto trhů. K tomu slouží údaje o velikosti trhu, o obvyklé oborové výnosnosti, o překážkách vstupu na trh a o zákaznících. Tyto informace se získávají z odborných publikací, obchodních věstníků, údajích ze statistického úřadu, internetu a jiných. (Srpková, 2011, s. 19-21)

Analýza konkurence

Cílem je prozkoumat konkurenční poměry a vliv na možnosti odbytu vlastního výrobku. Je nezbytné zahrnout do těchto úvah silné a slabé stránky konkurence, postupy zavedené konkurencí. U konkurenčních firem by se měly sledovat dodací lhůty, image výrobků, kvalita a objem prodeje. Tyto informace se získají z prospektů, tisku či internetových stránek. Je nutné prokázat znalost okolí firmy, analyzovat prostředí a sledovat jejich vývojové trendy. (Srpková, Řehoř a kol., 2010, s. 62; Struck, 1992, str. 58)

Marketingová a obchodní strategie

V této části podnikatelského plánu je nezbytné prokázat, jak se dostane produkt k zákazníkovi. Marketing má velký vliv na budoucí úspěch firmy. Marketingová strategie se nejčastěji zabývá výběrem cílového trhu, určením tržní pozice produktu a rozhodnutím o marketingovém mixu.

Tento klasický marketingový mix je tvořen produktem, cenou, distribucí a propagací. Obchodní strategie se zabývá poskytováním služeb zákazníkovi a obsahuje výrobní plán firmy. (Srpová, 2011, s. 22-27; Srpová, Řehoř a kol., 2010, s. 63; Ignatius, 2017, s. 8)

Realizační projektový plán

Projektový plán představuje souhrn činností podporující vytvoření plánu a vypracování projektu. Jedná se o aktivity související s přípravnou fází, samotnou realizací podnikatelského plánu a o kroky plánované v budoucnosti. Součástí realizačního plánu bývá úsečkový diagram, jež názorně zobrazuje průběh jednotlivých kroků a činností. (Srpová, 2011, s. 27; Svozilová, 2016, s. 21)

Finanční plán

Tento plán převádí předchozí části podnikatelského plánu do číselné podoby a ukazuje realnost podnikatelského záměru z ekonomického hlediska. V případě začínající firmy je potřeba zajištění prostředků na založení firmy, na pořízení dlouhodobého a oběžného majetku aj. Výstupy finančního plánu musí mít reálné podklady a mezi ně patří zejména zahajovací rozvaha, plán nákladů a výnosů, plánovaný výkaz zisku a ztráty, plánovaná rozvaha a další. (Srpová, 2011, s. 28-31; Srpová, Řehoř a kol., 2010, s. 65; Ignatius, 2017, s. 8)

Hlavní předpoklady úspěšnosti projektu, rizika projektu

V poslední kapitole podnikatelského plánu by měly být známy silné a slabé stránky, ale také příležitosti a hrozby podnikatelského plánu. Využívá se k tomu SWOT analýza, tento název je odvozen z prvních písmen anglických slov:

S – strengths (silné stránky);

W – weaknesses (slabé stránky);

O – opportunities (příležitosti);

T – threats (hrozby). (Srpová, 2011, s. 33)

Přílohy

Součástí příloh by měly být výpisy z obchodního rejstříku, podklady z finanční oblasti, technické výkresy aj. (Srpová, 2011, s. 33) Vlastní přípravu a realizaci podnikatelského plánu lze popsat sledem tří fází s důrazem na fázi investiční. Tato fáze se rozděluje do dvou etap, a to plánovací a realizační.

Plánovací etapa slouží k detailnímu rozpracování projektu tak, aby jej bylo možné realizovat. (Janišová a Křivánek, 2013, s. 262)



Obrázek 1 Tři fáze přípravy a realizace podnikatelského plánu

(Zdroj: Synek a kol., 2010, s. 152; vlastní zpracování)

2.2 Personální plánování

Dle Janišové a Křivánka (2013, s. 193) je výběr zaměstnanců základním a nejdůležitějším procesem v personálním řízení. Hlavním úkolem je stanovit požadavky na danou pracovní pozici, získat dostatečné množství vzdělaných pracovníků, získat nejvhodnějšího kandidáta na požadovanou pozici, zabezpečit nízkou fluktuaci zaměstnanců a vytvořit kvalitní podmínky pro personál včetně jeho rychlé adaptace. Plánování zaměstnanců je zaměřeno na všechny pracovní pozice organizace. (Synek a kol., 2011, s. 214)

Personální zabezpečení agentury domácí péče vychází z vyhlášky č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Příloha č. 8 této vyhlášky dále specifikuje nároky na personální zajištění domácí péče. (ČESKO, 2012)

3 NEZISKOVÁ ORGANIZACE

Nezisková organizace poskytuje širokou škálu služeb, slučuje miliony občanů a pomáhá k rozvoji společenského, ekonomického a politického života. Je indikátorem rozvinutosti občanské společnosti, ovlivňuje nejen veřejné mínění ale také společenské změny. (Pelikánová, 2016, str. 21) Organizace a instituce v neziskovém sektoru nejsou primárně založeny na účelem dosahování zisku. Neziskové organizace se člení do různých hledisek.

Druhy z globálního hlediska:

- Organizace veřejně prospěšné – jejich posláním je produkce veřejných a smíšených statků uspokojující potřeby veřejnosti (např. Český červený kříž);
- Organizace vzájemně prospěšné – posláním je uspokojování svých vlastních zájmů.

Druhy dle zřizovatele:

- Státní neziskové organizace – zřizovatelem je stát, kraje, obce či jejich organizační složky;
- Nestátní/soukromé neziskové organizace – zřizovatelem jsou občané (spolky, nadace, ústavy apod.).

Pelikánová (2016, s. 31) uvádí, že základními rysy nestátních neziskových organizací jsou veřejná prospěšnost, dobrovolnost, neziskovost, samosprávnost a soukromé vlastnictví.

3.1 Právní formy nestátních neziskových organizací

„Ve Sbírce zákonů České republiky byl v dubnu 2012 vyhlášen již dlouho očekávaný zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, který nahradil bývalý zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník ale také spoustu dalších zákonů (např. zákon o sdružování občanů, zákon o nadacích a nadačních fondech, zákon o nájmu a podnájmu nebytových prostor, částečně i obchodní zákoník a jiné).“ U neziskových organizací se od roku 2013 nespolehá na jednotlivé zákony. Staré smlouvy se řídí zákony, a to dle starých právních úprav, bylo však nezbytné dodatkem podřídít se novému právnímu stavu. (Pelikánová, 2016, s. 28)

Dle Pelikánové (2016, s. 30) od 1. ledna 2014 Nový občanský zákoník a zákon č. 90/2012 Sb., o obchodních korporacích rozlišuje:

- Spolky;
- Ústavy;

- Nadace;
- Nadační fondy;
- Sociální družstva.

Nový občanský zákoník (dále jen NOZ) stojí na koncepci toho, aby si jednotlivé osoby samy hledaly to, co je pro ně nejlepší. K určitým činnostem je možné si založit spolek či nadaci, nadační fond anebo ústav, případně něco zcela jiného. Je důležité si zmapovat klady a zápory jednotlivých cest a podle toho se rozhodnout, co bude nejlépe vyhovovat. (Pelikánová, 2016, s. 30) Pro účely této práce se bude autorka zabývat pouze právní úpravou ústavů, jelikož plánovaná agentura bude mít právní formu zapsaný ústav, tedy z. ú.

3.1.1 Právní forma ústavů

Podle NOZ je ústav novou formou právnické osoby. Jsou zakládány za účelem provozování činností, které jsou pro veřejnost užitečné. Za předem stanovených podmínek, jsou výsledky činností každému rovnocenně dostupné. Ústav je obdobou bývalé OPS – obecně prospěšné společnosti, nicméně se odlišují tím, že ústav nemá členy. NOZ uvádí, že ústav je vhodný spíše pro organizace, které se soustřeďují na poskytování služeb a jejichž členská základna je jen z formálního hlediska. Z praktického hlediska je omezen povinností poskytovat služby na nediskriminačním základě. Ústav se zakládá zakládací listinou nebo pořízením pro případ smrti. Dle Pelikánové (2016, s. 32) musí zakládací listina obsahovat název ústavu včetně slova „zapsaný ústav“ či zkratku z. ú., sídlo, účel ústavu s vymezením předmětu jeho činnosti, případně předmětu jeho podnikání, dále údaje o výši vkladu, popřípadě o jeho nepeněžitém předmětu, počet členů správní rady i jména a bydliště jejich prvních členů a v neposlední řadě také podrobnosti o vnitřní organizaci ústavu. Ústav počíná zápisem do veřejného rejstříku. Ústavy mají na rozdíl od spolků přesně danou strukturu orgánů zákonem – ředitel (statutární orgán ústavu) a správní rada. (Pelikánová, 2016, s. 32)

Povinnosti ústavu jsou následující:

- Povinný audit (jestliže výše čistého obratu překročí 10 milionů Kč za uzavřené účetní období).
- Výroční zpráva (neurčí-li zakladatelská listina jinak, zveřejňuje ji ústav nejpozději 6 měsíců po skončení účetního období ve sbírce listin daného rejstříku).

V případě, že ústav nebude dlouhodobě plnit svůj účel, může být soudem na návrh zrušen. (Pelikánová, 2016, s. 33)

3.2 Financování nestátních neziskových organizací

Financování neziskových organizací je specifické v tom, že spojuje v sobě prvky ekonomické, finanční, společenské ale i sociální a marketingové. Rozlišují se obecné principy financování, které jsou uvedeny v následujících odstavcích.

3.2.1 Vícezdrojové financování

Na financování projektů je zapotřebí mít více zdrojů. Je zcela nemožné spoléhat pouze na jeden zdroj. (Šedivý, Medlíková, 2017 s. 41)

Pelikánová (2016, s. 34) uvádí zdroje financování dle následujících kritérií:

- Charakter zdroje – finanční (peněžní prostředky) a nefinanční (např. dobrovolnictví);
- Geografického původ zdroje – domácí (lokální) a zahraniční;
- Prostředky organizace – interní (vlastní činnost) a externí (veřejné) zdroje;
- Způsoby nabytí – přímé (dary) a nepřímé (daňové úlevy) zdroje;
- Typy vlastnictví zdroje – veřejné (např. státní správa) a soukromé (např. nadace).

V rámci praxe dochází k různým kombinacím vícezdrojového financování.

3.2.2 Samofinancování

Nezisková organizace je samofinancovaná prodejem svých výrobků, služeb, finančních investic, podnikáním ale také pronájmy majetků anebo členskými příspěvky. Platí, že čím vyšší je míra samofinancování, tím je vyšší míra nezávislosti neziskových organizací. Výhodou samofinancování je flexibilita peněz, které jsou vydělané vlastními silami. (Pelikánová, 2016, s. 34)

3.2.3 Fundraising

Fundraising vznikl spojením dvou slov: fund = zásoba, raise = opatřit. Jde o systematickou činnost neziskových organizací, díky které se získávají vnější zdroje. Oslovují se dárci a budují se s nimi dlouhodobé vztahy. Nejedná se však jen o finanční prostředky, ale o i věcné dary, případně předávání know-how, informací a zkušeností. (Ilona Bray, 2019, s. 356)

Pelikánová (2016, s. 36) uvádí tyto formy fundraisingu:

1. Individuální fundraising – získávání finančních prostředků od jednotlivců formou daru, dále pak veřejné sbírky, loterie, individuální dobrovolnictví či odkaz v závěti;
2. Firemní fundraising – jedná se o oslovování firem, při kterém se fundraiser zaměřuje na získávání darů, zapůjčení pracovníků (pro pomoc s účetnictvím apod.), prostor či techniky, usiluje o firemní dobrovolnictví, radí se zde i slevy na nákup zboží a využívání služeb;
3. Fundraising od státních donátorů – zde se jedná o získávání prostředků formou místní samosprávy a taktéž státní správy;
4. Nadace, nadační fondy – prostředky se získávají formou projektů, dotací a nadačních příspěvků;
5. Evropská unie (dále jen EU) – pomocí zakázek a projektů EU.

4 MARKETING

Marketing je filozofie podnikání. Definice marketingu je mnoho, avšak všechny vycházejí ze stejného principu, a to uspokojení potřeb a přání klienta. Podle Americké marketingové asociace „je marketing aktivita, soubor institucí a procesů pro vytváření, komunikování, dodávání a výměnu nabídek, které mají hodnotu pro zákazníky, klienty, partnery a celou společnost.“ (Sales News, 2021)

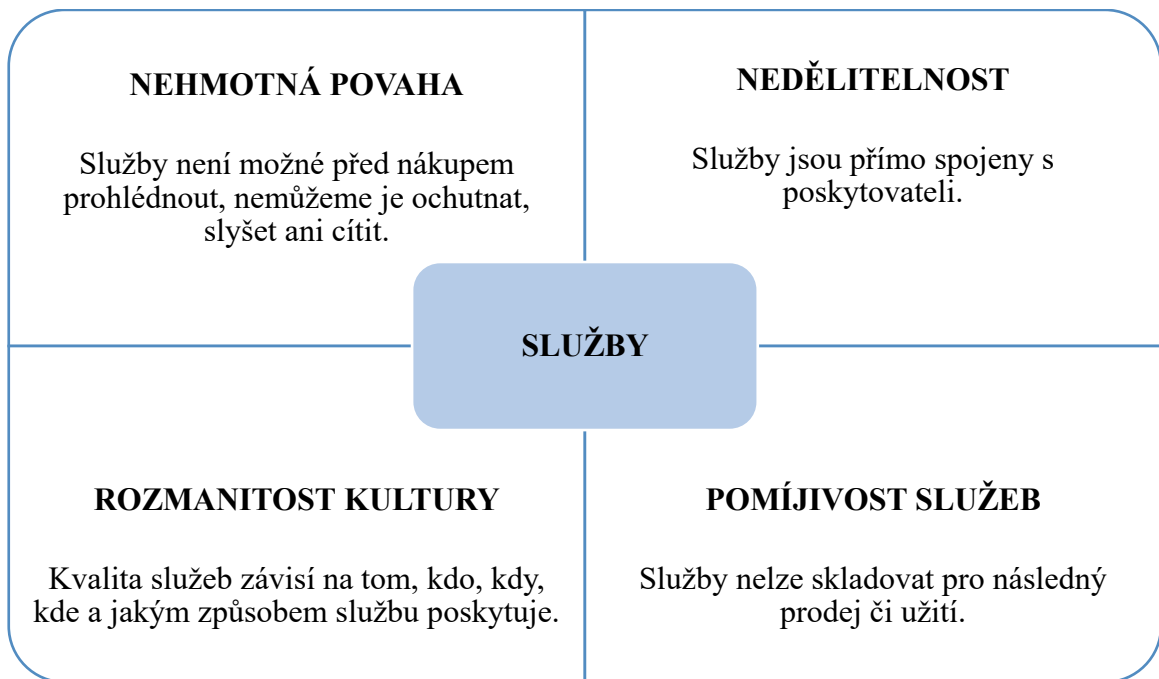
Jak uvádí Kotler a Keller (2016, s. 5) „marketing zahrnuje analýzu, plánování, implementaci a kontrolu pečlivě formulovaných programů, navržených za účelem dobrovolné směny hodnot s cílovými trhy a dosažení cílů organizace.“

Gladkij (2003, s. 349) uvádí, že „marketing je takový způsob podnikání, řízení firem a institucí, který je orientován na uspokojování potřeb spotřebitelů. Prostřednictvím uspokojování těchto potřeb má být současně dosahováno stanovených cílů příslušných firem a institucí a zajišťován jejich rozvoj.“ Tato definice plně odpovídá použití marketingu v oblasti poskytování zdravotnických služeb.

V rámci marketingu jde o stanovení cílů dlouhodobého charakteru ve vazbě na předpokládaný vývoj vnějšího prostředí. Cíle daného zařízení jsou analyzovány ve vztahu na jeho společenské poslání a vlastní ekonomické i jiné zájmy. Východiskem pro fungování této činnosti je marketingové plánování. Marketingový plán zdravotnické instituce stanoví směr, kterým se bude daná organizace ubírat. V marketingovém plánu by měla být zdůvodněna oprávněnost finančních výdajů organizace ve vztahu na cíle organizace a potřebě investic. Marketingové plánování zahrnuje vymezení strategického obsahu, analýzu situace, formulování marketingové strategie, alokaci zdrojů a motivování. (Gladkij, 2003, s. 349-350)

4.1 Marketing služeb ve zdravotnictví

Služby jsou obecně definovány jako nehmotné činnosti, jejímž pořízením získává zákazník užitek nebo výhodu. Tuto definici lze použít i pro služby ve zdravotnictví. Mezi specifické vlastnosti služeb patří tedy nehmotnost, neskladovatelnost (pomíjivost), nestálost (rozmanitost) a nedělitelnost. (Fourastié, 1949, s. 49; Slouka, 2017, s. 23)



Obrázek 2 Specifické znaky služeb

(Zdroj: Janišová, 2013, s. 58; vlastní zpracování)

Prvotním úkolem zdravotnických zařízení je naplnění zdravotních potřeb obyvatel. Míra spokojenosti pacienta s danou službou závisí nejen na početnosti klientely, ale také prosperitě zařízení. (Slouka, 2017, s. 28)

Zlámal (2006, s. 23) uvádí, že „proces řízení musí vycházet z potřeb organizace samotné, ale hlavně z potřeb a zájmů veřejnosti, a teprve optimálním uspokojováním potřeb a přání celé veřejnosti může daná organizace dosahovat také svých cílů.“

Posláním práce zdravotníků je pomáhat lidem, zlepšovat kvalitu jejich života a zachraňovat jejich životy. Tento sektor se od ostatních oblastí ekonomiky výrazně odlišuje a vstupují do něj etická pravidla. Trh se zdravotnickými službami není přímo řízen státem, ale je jím silně ovlivňován a tím dochází k ovlivnění tradičních tržních mechanismů. V tomto sektoru je také přítomno konkurenční prostředí, avšak prvotním zájmem musí být vždy pacient. Tento trh je specificky segmentován a marketing by měl pomoci odhalit potřeby potenciálních pacientů a faktory, které tyto potřeby mohou ovlivnit. Segmentace se provádí podle různých hledisek. Rozlišuje se segmentace geografická, demografická, psychologická a podle příjmových skupin. (Ptáček a Bartůněk, 2011, s. 55)

4.2 Marketingový mix ve zdravotnictví

Marketingový mix je dle Philipa Kotlera a Garyho Armstronga definován jako „soubor taktických marketingových nástrojů – výrobní, cenové, distribuční a komunikační politiky, které firmě umožňují upravit nabídku podle přání zákazníků na cílovém trhu.“ (Kotler, 2014, s. 31)

Dle McCarthyho a Kotlera jsou hlavní marketingové nástroje čtyři, tzv. 4P. Jedná se o zkratku, pod kterou jsou označeny čtyři složky marketingového mixu:

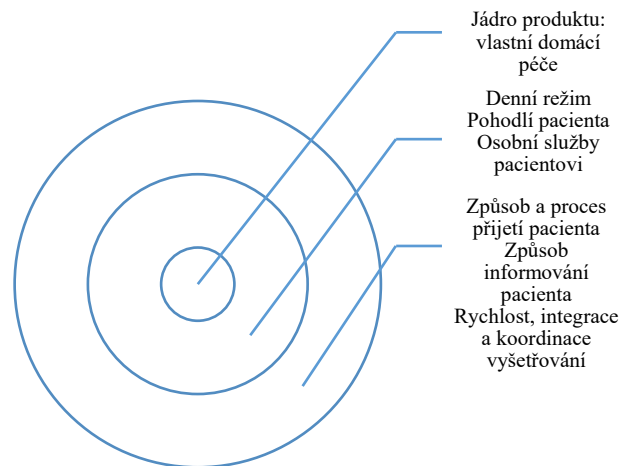
- **P – Product** (služba či výrobek);
- **P – Price** (cena);
- **P – Place** (místo);
- **P – Promotion** (propagace, komunikace). (Jakubíková, 2013, s. 35)

Product

Produkty ve zdravotnictví převažují ve formě služby, tedy lékařské výkony. Hmotnými produkty ve zdravotnictví jsou léky či zdravotnické pomůcky. Ve zdravotnictví má produkt další specifické rysy, a to:

- nejčastější produkt – ošetrovatelská, léčebná a diagnostická služba;
- výstupem ze systému je stejný subjekt, který do systému vstupuje, tedy pacient;
- produkty nelze předem vyzkoušet, nejsou přenositelné na jiné pacienty;
- poskytování služby je závislé na dispozici pacientů;
- častým produktem je snížení bolesti, utrpení, disfunkce – produkt nehmotné povahy je obtížně měřitelný;
- lékařská a ošetrovatelská péče má tendenci ke kolísání kvality;
- systémy zdravotnictví jsou postaveny na pojištění, a tak pacient vyžaduje nejkvalitnější poskytnutí zdravotní péče.

Všechny vyjmenované služby vytváří s vlastním prováděním zdravotnických výkonů nepostradatelné doplňky chování a jednání zdravotnického personálu, jež pacienti prožívají a velmi často vnímají intenzivněji než samotný proces léčení. Marketing se proto musí soustředit na tyto komponenty, které tvoří spolu s jádrem komplexní produkt. (Zlámal, 2006, s. 62; Slouka, 2017, s. 87)



Obrázek 3 Komplexní produkt (příklad: domácí péče)

(Zdroj: Zlámal, 2006, s. 71; vlastní zpracování)

Price

Cena je vyjádřením hodnoty zboží pro spotřebitele, výrazně ovlivňuje poptávku a je jedinou složkou marketingového mixu, který má podobu výnosu, ostatní prvky představují náklady. Obecná teorie ekonomiky definuje cenu jako střet nabídky a poptávky. Tento princip je běžný a fungující ve všech ostatních trzích, avšak ho nelze zcela aplikovat do sféry poskytování zdravotnických služeb. Ve zdravotnictví se rozlišují dva typy cen, a to ceny smluvní a regulované. Velká část zdravotnických výkonů, služeb i výrobků patří do cen regulovaných. Je to výraz zdravotní politiky státu, jež pomocí zdravotních pojišťoven a stavovských komor určuje výši cen. Většina cen je výsledkem dohodovacích řízení – mezi poskytovateli zdravotní péče a zdravotními pojišťovnami. Ministerstvo zdravotnictví má rozhodující slovo v případě, že nedojde ke shodě mezi základními dvěma stranami, pojišťovnami a představiteli obou lékařských komor. Základem pro tvorbu cen jsou zdravotně-pojistné plány zdravotních pojišťoven. (Zlámal, 2006, s. 71-73)

Place

Tato složka marketingového mixu představuje cestu, jak se zákazník dostane k produktu. Ve zdravotnictví se jedná o dostupnost zdravotní péče. Je patrné, že ve velkých městech je dostupnost zdravotní péče daleko vyšší než v obcích, kde pacienti musí dojíždět několik kilometrů k poskytovatelům zdravotní péče. Důležitou součástí této složky marketingového mixu je kultura místa. Zde se řadí:

- vnitřní vybavení ordinací, nemocnice a jiných zdravotnických zařízení;
- čekací doby;
- kultura stolování;
- čistota a hygiena;
- způsoby jednání personálu;
- počet pacientů v místnostech, čekárnách a na pokojích;
- barvy místností a nábytku;
- ošacení zdravotnického personálu apod. (Zlámal, 2006, s. 75-77)

Promotion

Ve zdravotnictví existuje také vysoká konkurence, a proto musí zdravotnická zařízení určitým způsobem komunikovat se svými jak reálnými, tak i potenciálními klienty. Úspěchu bude dosahovat ten, kdo je známý, jeho kvality jsou prověřeny a dobře ohodnoceny a dále ten, který má ve společnosti dobrou image a pověst. Požadavek komunikace je tak silný, že řada autorů tuto složku marketingového mixu uvádí pod pojmem „komunikace s klienty.“

Mezi komunikační nástroje využívané ve zdravotnictví patří:

- Reklama – je omezena ze strany státu, tato regulace je dána zákony České republiky a Etickým kodexem České lékařské komory;
- Podpora prodeje – jde o cenovou slevu, např. dárkové poukazy;
- Public relations – jedná se o komunikaci s médii, kdy dochází během krátké doby k informování široké veřejnosti;
- Osobní prodej – službu nelze oddělit od jejího poskytovatele, neboť osobní kontakt personálu s pacienty je nenahraditelný a hraje významnou roli;
- Direct marketing – je využívána především e-mailová komunikace s pacienty;
- Internet – zdravotnická zařízení pomocí webových stránek informuje veřejnost o poskytovaných službách. (Zlámal, 2006, s. 77-110; Slouka, 2017, s. 91)

4.3 Analýza prostředí

Hanzelková (2017, s. 47) uvádí, že podnikatelské prostředí obsahuje faktory, díky nimž jsou vytvářeny nové podnikatelské činnosti, ale také faktory, které mohou být pro danou

organizaci potenciální hrozbou, a proto je pro zdravotnická zařízení nezbytné, aby se působením prostředí důkladně zabývala. Existuje řada autorů, mezi kterými panuje v dělení prostředí značná nejednotnost, například podle Slouky (2017, s. 52) se prostředí dělí na makroprostředí, mezoprostředí a mikroprostředí, naopak Staňková (2013, s. 143) dělí prostředí na makroprostředí, vnější mikroprostředí a vnitřní prostředí. Obecně se tedy prostředí dělí na makroprostředí, mezoprostředí a mikroprostředí.

Makroprostředí zahrnuje zevní vlivy, které jsou pro vedení organizací podstatné a se kterými se provoz organizace musí vyrovnat, ale vlastními silami je nemůže ovlivnit. Důležité je tyto vlivy brát v úvahu a předvídat je, aby byla firma schopna na ně co nejrychleji reagovat. Pro analýzu makroprostředí se nejčastěji používá tzv. PEST neboli PESTLE analýza. (Slouka, 2017, s. 54)

Mezoprostředí je oblast, kterou je zdravotnická organizace schopna částečně ovlivňovat. K rozboru tohoto prostředí se využívá Porterova analýza neboli Porterův model pěti konkurenčních sil. Při správném zpracování této analýzy poskytuje kromě rozboru současného stavu také přehled o vývoji trhu na poli konkurence. (Slouka, 2017, s. 63)

Mikroprostředí se nachází uvnitř dané organizace. Jeho vlivy, okolnosti a situace lze na rozdíl od makroprostředí ovlivňovat či kontrolovat. Toto prostředí je chápáno jako systém vztahů, techniky a komunikace, které je nutné regulovat, aby chod organizace byl co nejplynulejší, a aby se vyhýbalo krizovým situacím. Nejčastější způsob rozboru mikroprostředí je pomocí SWOT analýzy. (Slouka, 2017, s. 71)

4.3.1 PEST analýza

Metoda, která se využívá pro strategickou analýzu vnějšího prostředí na základě faktorů, u kterých se předpokládá, že mohou ovlivňovat organizaci a dále se používá jako podklad pro vypracování prognóz o důsledcích pro další rozvoj. (Grasseová, 2012, s. 178) Mnozí autoři prezentují tuto analýzu s různými změnami, i když princip zůstává zachován. (Staňková, 2013, s. 152)

Vnější prostředí tvoří faktory:

P: politické faktory

Vychází z politického dění na mezinárodní i vnitrostátní úrovni a souvisí s nimi pravidla, legislativa a zákonitosti konkrétního trhu. Jedná se o místní vyhlášky, zákony, daňové podmínky a podobně. (Slouka, 2017, s. 55; Růčková, 2015, s. 56)

E: ekonomické faktory

Jsou závislé na vývoji ekonomiky daného státu ale také zahraničí, úrokové míře, měnové stabilitě, pracovní produktivitě a míře inflace. Do jisté míry jsou závislé na politických vlivech. (Grasseová, 2012, s. 179)

S: sociologické faktory

Svojí strukturou jsou velmi rozsáhlé. Je možné je dále dělit na demografické, sociální, kulturní a společenské. Sociologickými faktory se obecně rozumí demografická charakteristika, dostupnost pracovní síly, sociálně-kulturní aspekty a makroekonomické charakteristiky trhu práce. (Slouka, 2017, s. 56)

T: technologické faktory

Mezi tyto faktory se řadí podpora vlády v oblasti výzkumu, výše výdajů na výzkum, rychlost realizace nových technologií či obecná technologická úroveň. (Grasseová, 2012, s. 179)

4.3.2 PORTER analýza

Porterův model pěti konkurenčních sil je základní a nejvýznamnější nástroj sloužící pro analýzu konkurenčního prostředí a strategického řízení. Jejím autorem je profesor Michael Porter. Cílem analýzy je odvodit sílu konkurence a ziskovost konkrétního sektoru na trhu. (Staňková, 2013, s. 154; Grasseová, 2012, s. 191)

Porter určil 5 základních konkurenčních sil, a to:

Stávající konkurence – popisuje současnou rivalitu v prostředí, je-li tato rivalita intenzivní, pak jsou zdravotnická zařízení motivovaná ke zvyšování kvality poskytovaných služeb. K určení konkurenční rivality se používá benchmarking. (Staňková, 2013, s. 154)

Hrozba nově vznikající konkurence – je důležité zjistit, zda existují překážky vstupu nové organizace na trh, jaká je pravděpodobnost vstupu a jak by nově vstupující zdravotnické zařízení mohlo ovlivnit konkurenční tlak na existující organizace. Snahou je předpovědět finanční dopad a odhadnout chování klientely. (Slouka, 2017, s. 65)

Vliv odběratelů – platí, že odběratelé mají vyjednávací sílu tím větší, čím méně jich je. Ve zdravotnictví je odběratelem pacient. Pro jeho udržení v daném zdravotnickém zařízení je důležité poskytování kvalitních zdravotnických služeb včetně dobré komunikace mezi poskytovatelem a pacientem. (Slouka, 2017, s. 67)

Vliv dodavatelů – vyjednávací síla dodavatelů je ovlivněna počtem a úrovní specializace. Pokud mají zdravotnická zařízení větší zakázky, pak se uplatňuje zákon o veřejných zakázkách. Vyjednávací síla se také může projevit negativním způsobem při finančních problémech organizace. (Staňková, 2013, s. 155)

Hrozba substitučních služeb – jsou chápány jako služby z jiného odvětví, které mohou dané služby nahradit. Hrozba substitutů je ve zdravotnictví velmi nízká. (Staňková, 2013, s. 158)

4.3.3 SWOT analýza

SWOT analýza je jedna z nejčastěji využívaných analytických metod. Slouží pro formulaci rozvojových směrů, aktivit a strategických cílů. Zakládá se na hodnocení současného stavu dané organizace – vnitřního prostředí, a současné situaci v okolí organizace – vnějšího prostředí. Ve vnitřním prostředí se určují silné a slabé stránky, na které je potřeba se důkladněji zaměřit. Ve vnějším prostředí se identifikují příležitosti a hrozby ve všech významných oblastech, které v organizaci působí. Analýza příležitostí a hrozeb se může tedy realizovat s použitím PEST analýzy. (Grasseová, 2012, s. 295-296)

Akronym SWOT pochází z anglického originálu:

- **S: Strengths** – silné stránky;
- **W: Weaknesses** – slabé stránky;
- **O: Opportunities** – příležitosti;
- **T: Threats** – hrozby. (Grasseová, 2012, s. 295-296)

5 ZHODNOCENÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Hlavním cílem teoretické části práce bylo popsat domácí péči, strukturu podnikatelského plánu a využití marketingu ve zdravotnictví. První kapitola pojednává o definici a cílech domácí péče, její historii a formami. V neposlední řadě je zmiňována legislativa a financování domácí péče. Pro tuto kapitolu byly použity podklady od M. Kožuchové, H. Padyšákové a O. Kováčové, S. Smitha, Z. Kalvacha, A. Hanzlíkové, D. Jarošové, A. Krátké a G. Šilhákové, J. Slaného, M. Školoudové, H. Zavazálové, B. Misconiové.

Druhá kapitola je věnována podnikatelskému plánu, jeho charakteristice a struktuře. Literatura je tvořena knihami od J. Srpové, I. Svobodové, P. Skopala a T. Orlíka, dále pak M. Synkem, V. Řehořem, J. Veberem, U. Struckem, A. Svozilovou, E. Ignatiusem, D. Janišovou a M. Křivánkem.

Třetí kapitola se zabývá neziskovou organizací, jejími právními formami a financováním. Byly využity literární zdroje od A. Pelikánové, I. Brayové, M. Šedivého a O. Medlíkové.

V poslední části teorie je zmíněn marketing. V této kapitole se rozebírá marketing služeb, marketingový mix ve vztahu ke zdravotnictví a dále je věnována analýze prostředí, kde je využívána PEST, PORTER a SWOT analýza k teoretickému popisu. Tato tematika má k dispozici nepřeberné množství odborných knižních publikací, ale s minimálním využitím ve zdravotnictví, a proto je čerpáno z vícero knih, aby se našly ty nejrelevantnější poznatky. Jednalo se o knihy od P. Kotlera a K. Kellera, I. Gladkije, D. Slouky, D. Janišové a M. Křivánka, J. Zlámala, J. Fourastiého, M. Grasseové, R. Ptáčka a P. Bartůňka, P. Staňkové, D. Jakubíkové, A. Hanzelkové, P. Růčkové, J. Borovského a E. Smolkové.

Na základě zpracované teoretické části diplomové práce se navazuje na praktickou část, která se podrobně zabývá situační analýzou pro založení agentury domácí péče v Moravskoslezském kraji.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 SITUAČNÍ ANALÝZA

Stanovení cílů firmy a výběr strategií, které vedou k naplnění těchto cílů, misí a vizí by mělo být podloženo vypracováním kvalitní situační analýzy. Analýzou se získají informace k možnosti vzniku nové agentury domácí péče. Pro vypracování projektu ke zřízení agentury domácí péče je důležité analyzovat jednotlivá prostředí, která budou na agenturu působit a můžou ji ovlivnit.

6.1 PEST analýza

Využívá se pro strategickou analýzu makroprostředí na základě vlivů, u nichž se předpokládá, že mohou ovlivňovat organizaci. PEST analýza se zaměřuje na politicko-právní faktory, ekonomické, sociálně-kulturní a technologické vlivy agentury. Důkladněji je tato analýza popsána v teoretické části v kapitole 4.3.1.

6.1.1 Politicko-právní faktory

Tato část vychází z politického dění na území České republiky a analýzou legislativy. Ministerstvo zdravotnictví České republiky bylo založeno dle Zákona České národní rady č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky. Nynějším ministrem zdravotnictví je prof. MUDr. Vlastimil Válek, CSc., MBA, EBIR, který byl jmenován prezidentem České republiky dne 17. prosince 2021. K provozování agentury domácí péče je nutné dodržovat platné právní předpisy dané vládou České republiky, ale také Evropskou Unií, jejímž členem jsme od 1. května 2004. Pro pochopení problematiky je seznam nejdůležitějších platných právních norem a vyhlášek, který souvisí s poskytováním zdravotních služeb a založením agentury domácí péče předložen níže.

Zákony:

- Zákon 89/2012 Sb. občanský zákoník;
- Zákon 513/1991 Sb. obchodní zákoník;
- Zákon 90/2012 Sb. o obchodních společnostech a družstvech;
- Zákon 372/2011 Sb. o zdravotních službách;
- Zákon 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních;

- Zákon 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů;
- Zákon 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví;
- Zákon 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění;
- Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách;
- Zákon 185/2001 Sb. o odpadech.

Vyhlášky:

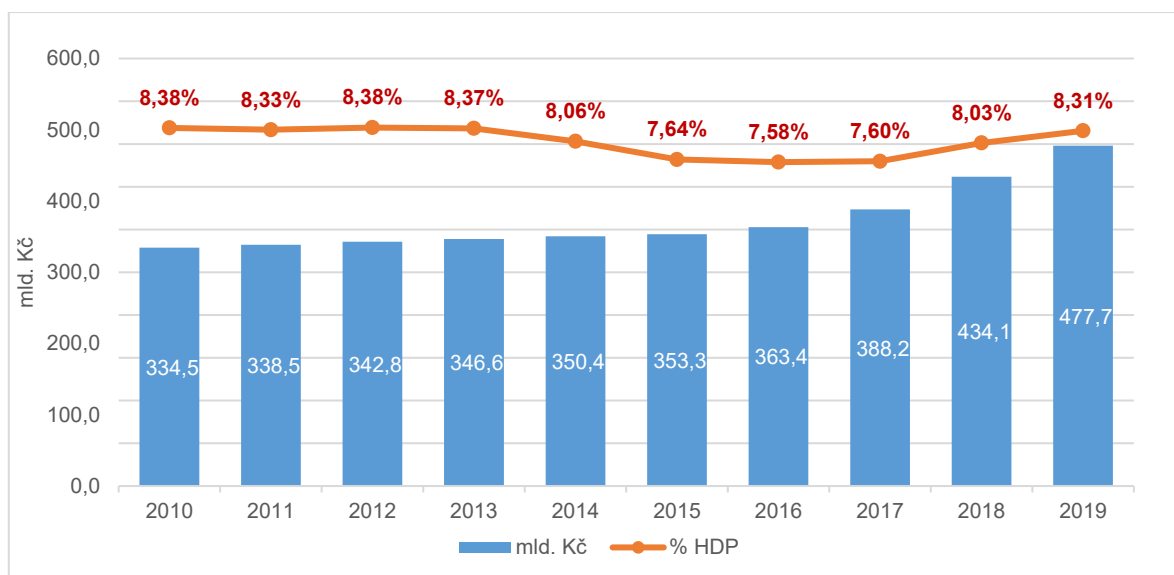
- 99/2012 Sb. vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotnických služeb;
- 55/2011 Sb. vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků;
- 331/2007 Sb. vyhláška, kterou se mění vyhláška MZ 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami, ve znění s pozdějšími předpisy;
- 269/2019 Sb. vyhláška, kterou se mění vyhláška MZ 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami, ve znění s pozdějšími předpisy;
- 396/2021 Sb. vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2022;
- 92/2012 Sb. vyhláška o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče;
- 306/2012 Sb. vyhláška o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavu sociální péče.

Začínající agentura by měla klást velký důraz na dodržování všech podmínek vycházející z výše uvedených zákonů a vyhlášek, a hlavně by neměla nic opomenout. Vyhlášky, které se zabývají personálními a materiálními požadavky na provoz, mohou pomoci začínající agentuře podat konkrétní představu o tom, jaké zařízení má nakoupit a jaké pracovní právní vztahy je potřeba uzavřít.

6.1.2 Ekonomické faktory

Zásadním úkolem podmiňující dostupnost, kvalitu a výsledky zdravotní a zdravotně sociální péče pro všechny občany České republiky, je zajištění dlouhodobě udržitelného financování českého zdravotnictví.

Celkové výdaje na zdravotní péči v naší zemi dosáhly v roce 2019 přibližně 478 mld. Kč, jejichž meziroční nárůst byl o 43,6 mld. Kč, tedy o 10 %. Nejvyšší nárůst výdajů na zdravotní péči byl v roce 2018 a to o 12 %. Mezi lety 2010 až 2016 rostly celkové výdaje na zdravotní péči v průměru o 1,4 % ročně. V roce 2017 došlo k výraznému zvýšení celkových výdajů na zdravotní péči oproti roku předchozímu o 6,8 %. (Český statistický úřad, 2021)



Obrázek 4 Celkové výdaje na zdravotní péči v Česku v letech 2010-2019 – v mld. Kč; podíl na HDP

(Zdroj: Český statistický úřad, 2021)

V roce 2019 byl meziroční nárůst celkových výdajů na zdravotní péči v České republice způsoben 9,1 % navýšením prostředků z veřejného zdravotního pojištění a o 10,3 % vyššími výdaji z veřejných rozpočtů. V rámci přímých plateb domácností došlo k nejvyššímu meziročnímu nárůstu výdajů od roku 2010, a to o 6,4 mld. Kč. V Česku každoročně rostou absolutní hodnoty výdajů na zdravotní péči, nicméně jejich podíl na hrubém domácím produktu se v čase nemění. V letech 2010-2013 došlo k pozastavení, poměrový ukazatel se pohyboval v průměru 8,37 % HDP. Rok 2014 vykazoval pokles HDP na 8,06 %. V následujících letech byl nejvyšší pokles podílu HDP, a to na 7,6 %. V roce 2018 došlo ke

zvýšení, kdy HDP opět překročilo hranici 8 %. Nejvyšší podíl na HDP od roku 2014 bylo v roce 2019, a to 8,31 %. (Český statistický úřad, 2021)

6.1.2.1 Výdaje na zdravotní péči dle zdrojů financování

Financování zdravotní péče je základním rozměrem zdravotnických účtů. Jsou definovány tři základní zdroje financování zdravotní péče:

- veřejné zdroje;
- soukromé zdroje bez přímých plateb domácností;
- přímé platby domácností.

Do veřejných zdrojů patří finanční prostředky, které jsou získané na základě povinného zdravotního pojištění, dále pak prostředky z veřejných rozpočtů zahrnující jak finanční zdroje získané na zdravotní péči přímo ze státního rozpočtu, tak i zdroje z místních rozpočtů. Ty jsou pouze doplňkovým zdrojem. Podíl finančních zdrojů z veřejného zdravotního pojištění je 85 %, ze státního rozpočtu je to 16 %. Soukromé zdroje představují dobrovolné platby na zdravotní péči neziskových institucí, soukromé zdravotní pojištění a podniková preventivní péče. Do přímých plateb domácností patří přímé výdaje příjemců zdravotní péče nebo jejich případná spoluúčasť. (Český statistický úřad, 2021)

Celková struktura financování zdravotnictví v Česku se dlouhodobě nemění. Primárně je zdravotnictví financováno z veřejných zdrojů. V letech 2010-2019 se financování z veřejných rozpočtů podílelo z 84,4 %. Nejvyšší podíl z veřejných zdrojů byly platby hrazené zdravotními pojišťovnami z veřejného pojištění, což v procentuálním vyjádření činilo téměř 65 %. Financování ze státního rozpočtu bylo 76,8 mld. Kč, které převažovalo nad financováním z krajských a obecních rozpočtů. Dalšími zdroji financování zdravotní péče patří domácnosti, tj. 13,3 % či soukromé zdroje, které se podílely na financování z 3,8 %. Do soukromých zdrojů se řadí soukromé zdravotní pojišťovny, neziskové organizace nebo závodní preventivní péče ve firmách. (Český statistický úřad, 2021)

Tabulka 1 Výdaje na zdravotní péči v České republice podle zdrojů financování 2010-2019 (v mil. Kč)

(Zdroj: Český statistický úřad, 2021; vlastní zpracování)

Zdroj financování	2010	2015	2016	2017	2018	2019	Struktura 2019
1 Veřejné zdroje celkem	282 166	293 359	300 210	322 033	361 852	395 757	82,84 %
1.1 Vládní systémy (veřejné rozpočty)	50 277	58 899	62 509	69 865	77 939	85 993	18,00 %
1.1.1 Státní rozpočet	45 187	52 622	55 895	62 090	69 503	76 758	16,01 %
1.1.2 Krajské a obecní rozpočty	5 091	6 277	6 614	7 774	8 436	9 235	1,93 %
1.2 Veřejné zdravotní pojišťovny	231 889	234 460	237 700	252 169	283 913	309 764	64,84 %
2 Soukromé zdroje celkem	9 217	9 322	10 222	11 303	14 924	18 235	3,82 %
2.1 Soukromé zdravotní pojištění	427	478	484	539	564	684	0,14 %
2.2 Neziskové organizace	7 888	7 929	8 479	8 995	13 163	16 300	3,41 %
2.3 Podniky – závodní preventivní péče	901	915	1 259	1 769	1 197	1 251	0,26 %
3 Domácnosti	43 105	50 634	52 954	54 870	57 344	63 732	13,34 %
Výdaje na zdravotní péči celkem	334 488	353 315	363 386	388 206	434 120	477 724	100,00 %

6.1.2.2 Výdaje na zdravotnictví dle druhu poskytnuté péče

Zdravotní péče může být spotřebovávaná buď individuálně, nebo kolektivně. Individuální spotřeba se týká standartních kroků léčebného procesu. Jedná se o stanovení diagnózy, formaci léčebného plánu, předepisování léků nebo terapie, dále pak diagnostiku, lékařské hodnocení, provedení léčby a následné hodnocení výsledků. Každá osobní zdravotní péče zahrnuje léčebnou, dlouhodobou a rehabilitační péči, ale také podpůrné služby, mezi které patří zobrazovací metody, laboratoře, doprava pacientů a v neposlední řadě léky a terapeutické pomůcky. Výdaje na individuální spotřebu pokrývají v Česku přibližně 90 % výdajů na zdravotní péči. Kolektivní služby jsou zacílené na část, případně na celou populaci a cílem je zlepšit celkové zdravotní standardy, efektivitu a výkonnost systému zdravotnictví. Týká se to preventivních služeb a realizaci zdravotnických programů a jejich finanční správy. (Český statistický úřad, 2021)

Tabulka 2 Výdaje na zdravotnictví dle druhu poskytnuté péče v letech 2010, 2015 až 2019 (mld. Kč)

(Zdroj: Český statistický úřad, 2021)

Druh péče	2010	2015	2016	2017	2018	2019	Struktura 2019
1 Léčebná péče	138 031	143 766	144 830	153 867	175 960	190 376	39,85 %
1.1 Lůžková léčebná péče	55 816	51 471	51 037	56 533	60 166	63 431	13,28 %
1.2 Denní léčebná péče	5 238	5 735	5 720	6 386	6 715	7 307	1,53 %
1.3 Ambulantní léčebná péče	76 791	85 268	86 706	89 356	107 231	117 673	24,63 %
1.4 Domácí léčebná péče	186	1 292	1 367	1 591	1 848	1 965	0,44 %
2 Rehabilitační péče	12 493	15 038	15 471	18 024	19 931	22 754	4,76 %
2.1 Lůžková rehabilitační péče	5 453	7 042	7 808	8 786	9 647	10 913	2,28 %
2.3 Ambulantní rehabilitační péče	7 040	7 996	7 663	9 238	10 284	11 840	2,48 %
3 Dlouhodobá zdravotní péče	35 748	41 311	43 948	49 005	55 091	61 550	12,88 %
3.1 Lůžková dlouhodobá zdravotní péče	29 802	34 846	37 143	41 306	46 455	51 724	10,83 %
3.2 Denní dlouhodobá zdravotní péče	1 480	1 706	1 765	1 964	2 230	2 474	0,52 %
3.4 Domácí dlouhodobá zdravotní péče	4 466	4 759	5 039	5 735	6 405	7 352	1,54 %
4 Doplňkové služby	37 039	40 020	41 081	43 524	51 018	55 869	11,69 %
4.1 Laboratorní služby	19 917	22 037	22 527	23 793	28 335	31 066	6,50 %
4.2 Zobrazovací metody	9 729	10 484	10 698	11 154	13 430	14 758	3,09 %
4.3 Doprava pacientů	7 393	7 499	7 856	8 577	9 253	10 045	2,10 %
5 Léčiva a ostatní zdravotnický materiál	66 231	67 761	69 346	71 903	73 543	80 032	16,75 %
5.1 Léčiva a zdravotnický materiál (1)	57 091	57 993	59 697	61 742	62 886	68 426	14,32 %
5.2 Terapeutické pomůcky	9 141	9 769	9 650	10 160	10 657	11 605	2,43 %
6 Preventivní péče	9 990	9 027	9 739	10 540	10 787	11 292	2,36 %
7 Správa systému zdravotní péče	8 649	8 536	8 583	8 634	9 188	10 001	2,09 %
HCR. 1 Dlouhodobá sociální péče	16 999	18 611	20 148	21 799	23 536	26 989	5,65 %
HCR. 2 Podpora zdraví	259	294	353	350	320	336	0,07 %
9 Ostatní služby zdravotní péče jinde neklasifikované	9 048	8 951	9 887	10 308	14 746	18 525	3,88 %
Celkem	334 488	353 316	363 386	388 207	434 120	477 724	100,0 %

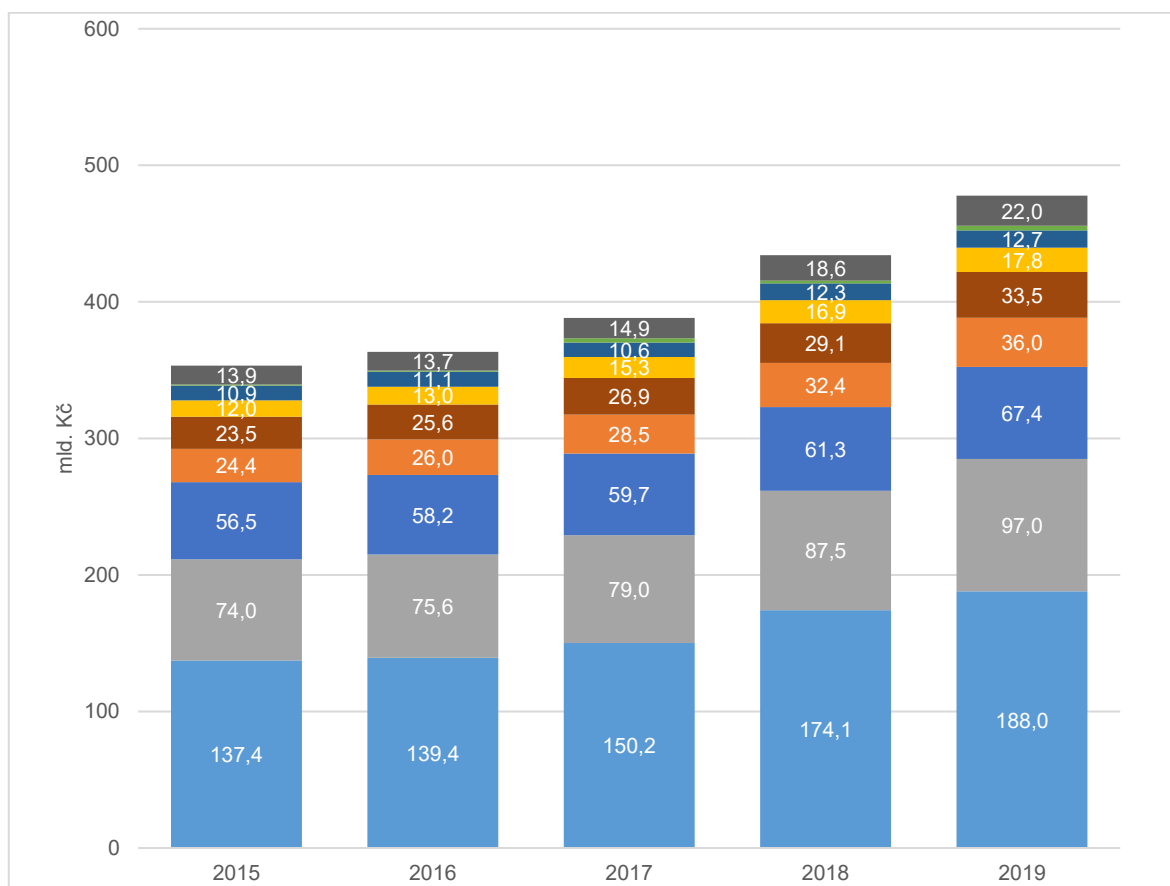
(1) zahrnují léky na předpis, volně prodejné léky a další zboží krátkodobé spotřeby např. obvazy, elastické kompresivní punčochy, inkontinenční pomůcky. Nezahrnuje, dle manuálu SHA, výdaje na léky spotřebované přímo ve zdravotnických zařízeních.

Největší část výdajů na zdravotní péči směřuje v České republice do péče léčebné. Konkrétně v roce 2019 na ni bylo vynaloženo 190,4 mld. Kč, tedy přibližně 40 % z celkových výdajů na zdravotní péči. Na jednoho obyvatele byly výdaje na léčebnou péči v roce 2019 ve výši 17,8 tisíc Kč.

6.1.2.3 Výdaje na zdravotnictví dle typu poskytovatele

V České republice je zřízen Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb nabízející kompletní přehled o všech poskytovatelích zdravotních služeb, bez ohledu na jejich zřizovatele. Poskytuje údaje o profilu včetně rozsahu péče poskytované jednotlivými zdravotnickými zařízeními. Také obsahuje kontaktní údaje na dané zdravotnické organizace.

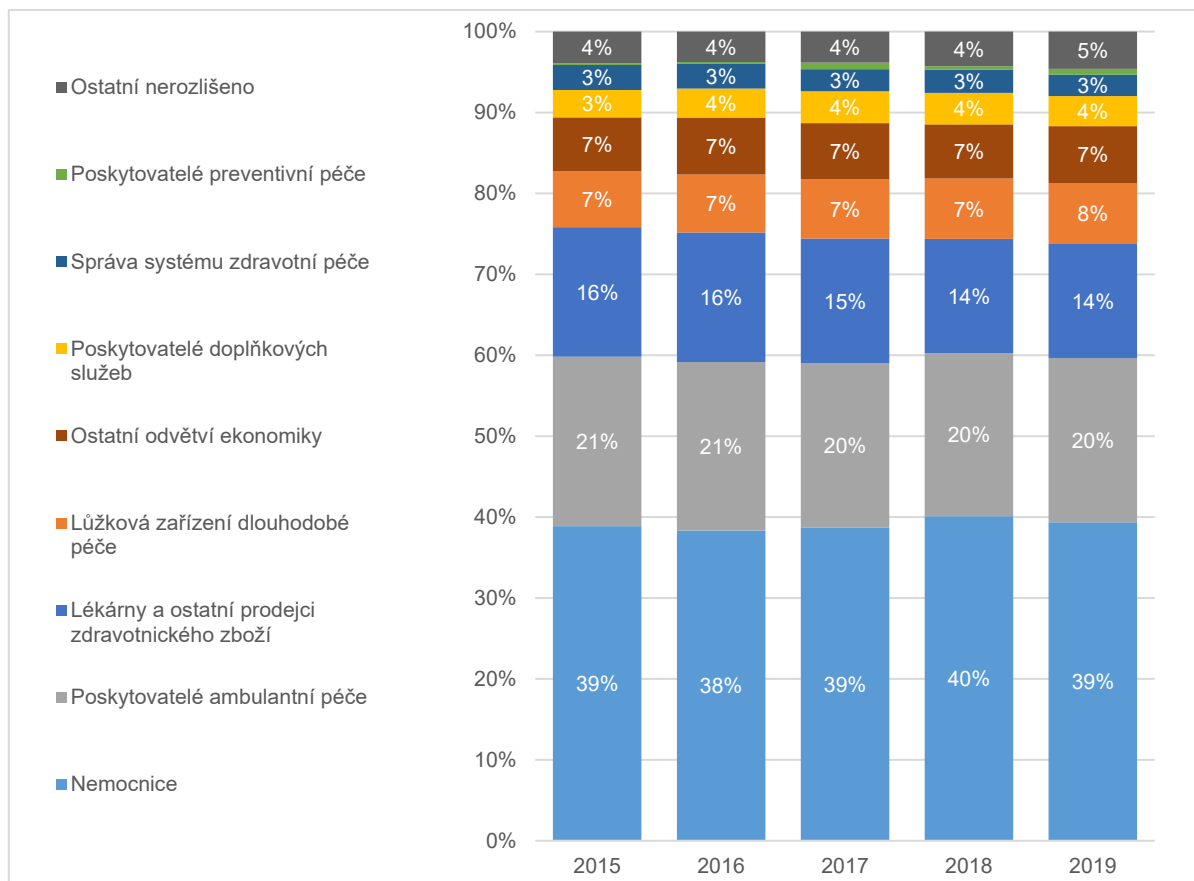
Správce a provozovatelem registru je Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (Český statistický úřad, 2021) Následující obrázky (Obr. 5 a 6) zobrazují výdaje na zdravotní péči dle typu poskytovatele.



Obrázek 5 Výdaje na zdravotní péči v ČR dle typu poskytovatele v letech 2018-2019 (v mld. Kč)

(Zdroj: Český statistický úřad, 2021)

Obrázek (Obr. 5) poukazuje na výdaje na zdravotní péči v mld. Kč v České republice, a to podle typů poskytovatelů. Z tabulky vyplývá (světle modré označení), že nejvyšší výdaje v období od 2015 do 2019 směřovaly na zdravotní péči do nemocnic. V roce 2019 to bylo 39,4 %, tedy 188 mld. Kč. Druhé nejvyšší výdaje (šedé označení) byly u poskytovatelů ambulantní péče. (Český statistický úřad, 2021)



Obrázek 6 Výdaje na zdravotní péči v ČR dle typu poskytovatele v letech 2015-2019 (v %)

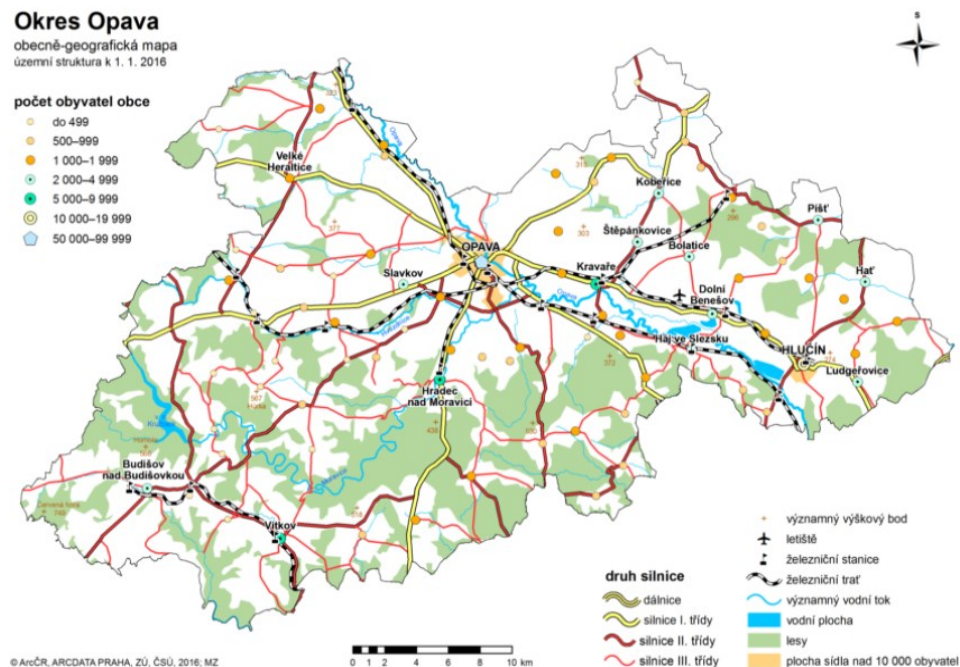
(Zdroj: Český statistický úřad, 2021)

Obrázek (Obr. 6) zobrazuje výdaje na zdravotní péči dle typu poskytovatele v procentuálním vyjádření. Mezi lety 2015-2019 mají nejvyšší průměrný podíl těchto výdajů nemocnice. Na druhém místě je opět ambulanti péče, jejichž průměrný podíl je 20,4 %.

6.1.3 Sociálně-kulturní faktory

Sociálně-kulturní faktory jsou oblastí zahrnující demografický vývoj obyvatelstva, sociální vývoj, ekonomickou situaci a životní prostředí Moravskoslezského kraje (MSK). Tento kraj je geograficky rozmanitým regionem. Svou rozlohou 5 431 km² je šestým největším krajem republiky a počtem obyvatel 1,2 mil. osob třetím nejlidnatějším. Nachází se na severovýchodní části České republiky a tvoří jednu z nejvíce okrajových částí. S polským vojvodstvím hraničí na severní a východní straně, na jihovýchodě s krajem Žilinským. Je lemován Olomouckým krajem a na jihu se z části dotýká kraje Zlínského. Moravskoslezský kraj je tvořen 6 okresy – Bruntál, Frýdek-Místek, Karviná, Nový Jičín, Opava a Ostrava-

město. Je rozdělen na 22 správních obvodů obcí s rozšířenou působností, do kterých spadá 300 obcí, z toho je 42 měst. (Český statistický úřad, 2020)



Obrázek 7 Obecně-geografická mapa okresu Opava k 1. 1. 2016

(Zdroj: Český statistický úřad, 2020)

Okres Opava se nachází ve středu severní části Moravskoslezského kraje.

Jeho hranice tvoří na severu státní hranice mezi Českem a Polskem, svojí východní částí sousedí s Ostravou a miniaturní částí okresu Karviná, jižní hranice probíhá s okresem Nový Jičín a na západní straně hraničí s okresem Bruntál a Olomouc. Okres Opava se pyšní svou rozlohou 1 116 km² a v pořadí je třetím největším okresem Moravskoslezského kraje. Tvoří ho 77 obcí, 7 z nich nese statut města a ve statutárním městě Opava nyní žije 56 tisíc obyvatel. Celé území okresu je odvodňováno řekou Odrou a náleží Baltskému úmoří. (Český statistický úřad, 2020)

Dlouhodobě klesá počet obyvatel Moravskoslezského kraje, nejvíce se na tom podílí stěhování. V roce 2019 se vystěhovalo o tisíc osob více, než se přistěhovalo. Cizinci žijící na území kraje tvoří 28,9 tis. osob, meziroční nárůst o 3,3 %. Z celkového počtu cizinců byli nejvíce zastoupeni Slováci, a to 33 %, dále pak Poláci – 19,3 %. V roce 2019 bylo uzavřeno

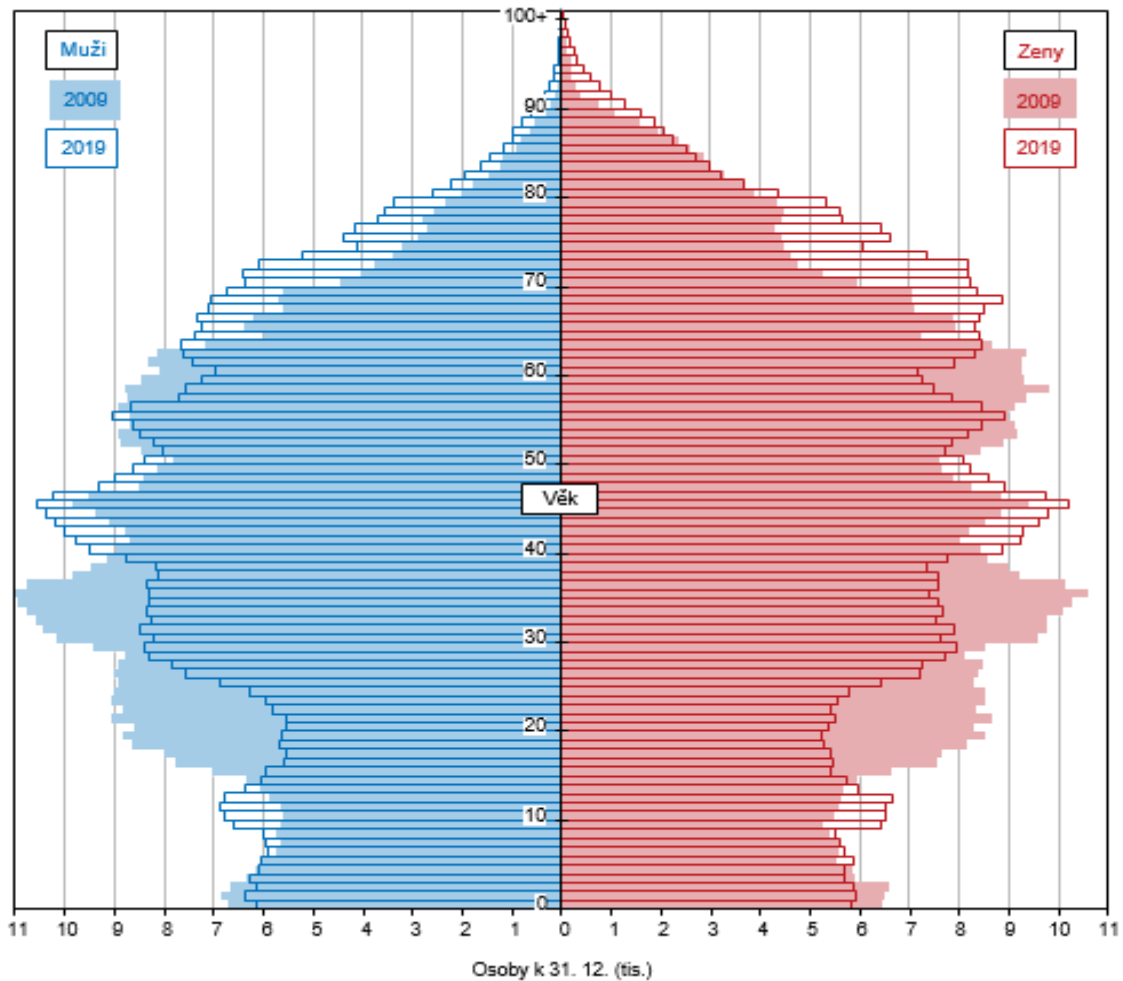
6 484 sňatků, rozvedeno bylo 2 694 manželství, což bylo nejméně od roku 2011. Počet živě narozených dětí překročil 12tisícovou hranici. (Český statistický úřad, 2020)

Ve stejném roce, 2019, zemřelo 13 762 obyvatel kraje, bylo to nejvíce od roku 2001. Nejčastější příčinou úmrtí jsou nemoci oběhové soustavy. Obyvatelstvo kraje postupně stárne. Průměrný věk osob v Moravskoslezském kraji byl mezi lety 1991 a 2019 výrazně odlišný. V roce 1991 byl průměrný věk obyvatel kraje 35,2 let, zatímco v roce 2019 to bylo 42,9 let. Obyvatelstvo zestárlo přibližně o 8 let. Stárnutí bylo jak v případě mužů, tak i žen. Průměrný věk u mužů se změnil z 33,6 let na 41,3 let a ženy v průměru zestárly z 36,7 na 44,4 let. K porovnání věkových skupin se používají indexy stáří a indexy ekonomického zatížení. Index stáří, tedy podíl obyvatel ve věku 65 a více let na 100 obyvatel ve věku 0 až 14 let se od roku 1991 změnil z hodnoty 50,9 na 131. Index ekonomického zatížení, tedy podíl obyvatel ve věku 0-14 let a ve věku 65 a více let na 100 obyvatel ve věku 15-64 let se zvýšil z hodnoty 48,0 na 54,7. (Český statistický úřad, 2020)

Podíl nezaměstnaných v Moravskoslezském kraji dosáhl 4,44 % a zůstává nadále i přes meziroční pokles mezi kraji nejvyšší. Podíl HDP kraje na Českou republiku byl 9,5 %, což bylo nejnižší v porovnání s ostatními velikostně srovnatelnými kraji. Výsledek hospodaření za rok 2019 skončil přebytkem 2,2 mld. Kč. Necelá pětina území Moravskoslezského kraje je chráněným územím, mezi která patří CHKO Beskydy, CHKO Jeseníky a CHKO Poodří.

Rozvíjí se trend pozvolného snižování podílu orné půdy ve prospěch trvalých travních porostů, a to na základě posilování ekologické stability krajiny. (Český statistický úřad, 2020)

Na základě zpracované projekce se předpokládá, že v Moravskoslezském kraji bude v roce 2071 necelých 883 tis. obyvatel. Tento úbytek bude nejvýraznější ze všech krajů a bude to způsobeno rostoucím přirozeným úbytkem obyvatel, ale také stěhováním obyvatel do jiných regionů Česka. Nadále bude pokračovat stárnutí obyvatel, vzroste průměrný věk obyvatel a zvýší se i celkové zastoupení seniorů v populaci na téměř 31 %. Podíl obyvatel v dětském věku poklesne a bude zřejmě nejnižší mezi všemi kraji.



Obrázek 8 Věkové složení obyvatel Moravskoslezského kraje v letech 2009 a 2019

(Zdroj: Český statistický úřad, 2020)

Také dochází ke zvyšování střední délky života a s ní pokračuje i proces stárnutí obyvatel kraje. V roce minulém byla v případě mužů 74,5 let a v případě žen 81,2 let. Pro ty, co se již dožili 65 let, se střední délka života posouvá. Statisticky průměrně se dožijí 80,5 let.

6.1.4 Technologické faktory

Technologické faktory mají na fungování agentury domácí péče patrně nejmenší vliv. Zařízení, která poskytují domácí péči musí splňovat požadavky na bezpečný provoz, a to dle vyhlášky 92/2012 Sb. o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. Mezi základní vybavení kontaktního pracoviště patří:

- Nábytek pro administrativní práci;
- Kartotéka pro zdravotnickou dokumentaci (pokud není elektronická);

- Uzamykatelná skříň na léčiva;
- Mobilní telefonní linky;
- Lednička s chladicím boxem;
- Vybavení pracoviště informačními technologiemi.

Mezi pomůcky k poskytování kvalitní domácí zdravotní péče patří např. přenosné EKG, rukavice, tonometr, fonendoskop, obvazový materiál, elektroodsávačky, dezinfekční prostředky, polohovací pomůcky, antidekubitní matrace, pomůcky k odběru biologického materiálu a jiné. Je zcela nezbytné, aby zdravotnický personál byl neustále vzděláván a dostatečně erudován k zacházení s těmito pomůckami. Pracovníci se při ošetření pacientů mohou setkat jak s běžnými výkony (např. měření fyziologických funkcí, odběr biologického materiálu), tak i s těmi složitějšími (např. převazování ran). (Dům lékařů a.s., © 2011)

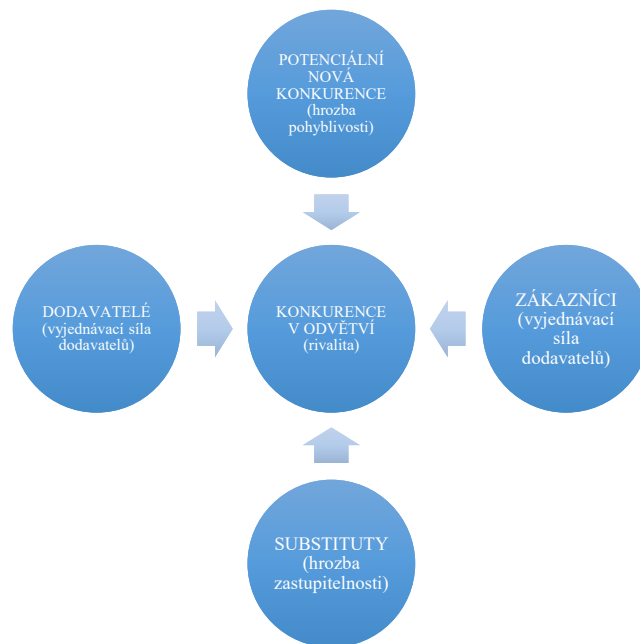
Do technologických faktorů patří tedy i již zmíněné vybavení pracoviště informačními technologiemi (dále jen IT). Fungování jakékoliv organizace bez stolního počítače nebo notebooku či tabletu včetně internetového připojení je zcela nemožné. Tato technika je pro zdravotnická zařízení jistou nutností. Telekomunikační technika je nesmírně důležitá i pro vykazování provedené zdravotní péče na zdravotní pojišťovnu počítaje komunikace s ošetřujícími lékaři.

Díky speciálnímu počítačového programu lze vést zdravotnickou dokumentaci v elektronické podobě (místo papírové) a tím současně snižovat provozní (neinvestiční) náklady. Internetové připojení může agentura také využít pro propagaci, a to jak prostřednictvím svých vlastních webových stránek, tak i vytvořením účtů na sociálních sítích – Facebook, Instagram.

Rizikem v oblasti technologických faktorů pro agenturu domácí péče jsou vysoké počáteční vstupní náklady na zakoupení potřebného vybavení, která jsou nezbytná pro jeho fungování. Nejvyšší položkou vstupních investic budou nepochybně i osobní automobily, které budou pořízené na operativní leasing. Je nezbytné, aby plánovaná agentura měla kvalitně zpracovaný finanční plán, neboť by nebyla schopná všechny tyto položky ufinancovat. Finanční analýza je zpracována v kapitole 8.8 této práce.

6.2 PORTER analýza

Porterův model pěti konkurenčních sil je vhodným nástrojem pro analýzu oborového okolí daného podniku. Cílem analýzy je odvodit sílu konkurence a ziskovost domácí péče v Moravskoslezském kraji v okrese Opava.



Obrázek 9 Pět sil formujících strukturální atraktivitu odvětví

(Zdroj: Grasseová, 2012; vlastní zpracování)

6.2.1 Stávající konkurence

V současné době existuje v Moravskoslezském kraji více než 10 tisíc lůžek pro pobytová zařízení sociálních služeb. Tato zařízení nabízejí v rámci svého působení nejrozličnější zdravotnické služby a navzájem si konkurují.

Je značně důležité, aby daný trh byl průběžně monitorován a za včas reagoval na případné změny. I přesto, že se lůžková kapacita zařízení sociálních služeb postupně zvyšují, počet žádostí významně převyšuje stávající možnosti. Následující tabulka (Tab. 3) znázorňuje počet:

- Obyvatel v okresech Moravskoslezského kraje k 1. 1. 2021;
- Poskytovatelů domácí péče v jednotlivých okresech;
- Obyvatel na 1 poskytovatele domácí péče v rámci okresů.

Tabulka 3 Počet obyvatel a poskytovatelů domácí péče v Moravskoslezském kraji včetně počtu obyvatel na 1 poskytovatele

(Zdroj: Český statistický úřad, 2021; vlastní zpracování)

Okres	Počet obyvatel k 1. 1. 2021	Počet poskytovatelů domácí péče	Počet obyvatel na 1 poskytovatele domácí péče
Bruntál	16 109	4	4 027
Frýdek-Místek	54 805	16	3 425
Karviná	51 373	13	3 952
Nový Jičín	23 273	15	1 552
Opava	56 112	6	9 352
Ostrava	283 316	19	14 911

Stávající konkurence popisuje současnou rivalitu v prostředí. Jestliže je konkurenční rivalita intenzivní, pak jsou zdravotnická zařízení motivována ke zvyšování kvality poskytovaných služeb. V současnosti se v okrese Opava nachází 6 zařízení poskytující domácí zdravotní péči, která klade důraz na lidskou důstojnost a jedinečnost každého člověka.

Jedná se o Charitu Opava, Domácí ošetrovatelskou péči v Budišově nad Budišovkou, Charitu Hlučín, Medeu domácí péči Opava s. r. o., Ošetrovatelskou agenturu OASA Opava a MOJE AMBULANCE, domácí péče s. r. o.

Charita Opava

Tato charita je součástí Charity České republiky a současně členem Caritas Internationalis. Byla založena dne 5. června 1991 dekretem arcibiskupa Arcidiecéze olomoucké jako účelové zařízení Římskokatolické církve s delegovanou právní subjektivitou, která nesla název Oblastní charita Opava. (Charita Opava, © 2018)

Dekretem biskupa nově vzniklé Ostravsko-opavské diecéze byla založena 1. ledna 1997 Diecézní charita ostravsko-opavská. Změnou zřizovacího dekretu ze dne 25. ledna 2001 byl změněn i název z Oblastní charity Opava na Charitu Opava.

Činnost charity je certifikována podle norem ISO 9001 a 14001. Posláním Charity Opava je kvalitně poskytovat služby sociálně, zdravotně a společensky znevýhodněným lidem a také zaměstnávat osoby s problémy na trhu práce.

V současné době se činnost zaměřuje na 4 oblasti:

Sekce služeb seniorům a zdravotnických zařízení provozují pečovatelskou a ošetrovatelskou službu, mobilní hospic a stacionář pro seniory.

Sekce sociálních služeb poskytuje péči lidem s různými handicapy.

Sekce sociální pomoci nabízí službu odborného sociálního poradenství.

V chráněných dílnách zaměstnávají více než 170 osob s handicapem.

Charita Opava má registrovaných 10 sociálních služeb, nestátní zdravotnické zařízení a řadu živnostenských oprávnění. Má více než 260 zaměstnanců a služby využívá ročně až 4 000 lidí. Rozsah poskytované péče je určen aktuálním zdravotním stavem pacienta a také indikací ošetřujícího lékaře. Za přímou úhradu pacientem je poskytována taková péče, která není indikována ošetřujícím lékařem a není ani hrazena zdravotní pojišťovnou. Odborné služby poskytují kvalifikované registrované všeobecné sestry. Ty v rámci celoživotního vzdělávání absolvují různé akreditované kurzy a semináře.

Informace byly čerpány z internetových stránek, které jsou zpracovány velmi přehledně. Zveřejňuje na nich výčet poskytovaných služeb, jejich základní charakteristiku a důležité kontakty na zodpovědné osoby. Charita jako celek, je považována za kvalitního konkurenta, neboť poskytuje služby v rámci celého okresu Opava již řadu let. (Charita Opava, © 2018)

Domácí ošetrovatelská péče v Budišově nad Budišovkou

Byla založena a zapsána v obchodním rejstříku dne 5. dubna 2016. Její obchodní název je GERIANA – Domácí zdravotní péče s. r. o., sídlí na Partyzánské ulici v Budišově nad Budišovkou a působí převážně v oblasti Vítkovska. Informace o této společnosti byly zjištěny v obchodním rejstříku, neboť samotná instituce nemá vytvořené webové stránky, tudíž jsou data velmi omezená. (KURZYCZ, © 2000–2021)

Charita Hlučín

Je nestátní neziskovou organizací patřící mezi základní složky Diecézní Charity Ostravsko-opavské, která společně s ostatními charitami tvoří sdružení Charita Česká republika.

Jedná se o právnickou osobu podle Kodexu kanonického práva. Je součástí římskokatolické církve, která je registrovaná v České republice dle zákona 3/2002 Sb., odvozuje od ní svou právní subjektivitu. Byla založena 27. května 1991. Všechny služby jsou poskytovány s důrazem na lidskou důstojnost a individualitu každého klienta. Hlavní oblast působení této

charity je v obcích, které se nacházejí poblíž statutárního města Ostrava. Základním vzorem činnosti je život a praxe Ježíše Krista dle učení Nového zákona. Statutárním orgánem charity je ředitel. Informace jsou zjištěny z Výroční zprávy 2020, která je uvedena na webu Charity Hlučín. Své stránky mají velmi pěkně a přehledně zpracované. (Charita Hlučín, © 2018)

Medea domácí péče Opava s. r. o.

MEDEA domácí péče byla založena v roce 1993 a poskytuje ošetrovatelskou péči všem věkovým skupinám po celém okrese Opava. Smyslem domácí péče je co nejrychlejší návrat člověka z prostředí nemocnice do domácího ošetřování. V roce 2013 získali certifikát ISO 9001:2008. MEDEU považují za vyšší konkurenci než Charitu Opava a Hlučín, protože se výhradně specializují na domácí péči. (Medea domácí péče Opava s. r. o., 2021)

Ošetrovatelská agentura OASA Opava

Ošetrovatelská agentura OASA nabízí nespočet svých služeb – ambulanci pracovnělékařských služeb, ordinaci praktického lékaře, domov se zvláštním režimem, půjčovnu kompenzačních pomůcek, terénní pečovatelskou službu, rehabilitace, agenturu domácí péče a v současné době také profesionální odběr na COVID-19. Všechny tyto služby zastřešuje organizace, jež nese název OASA Group, která se mimo jiné nachází i v Novém Jičíně.

Agentura domácí péče vznikla v listopadu roku 1992 jako jedna z prvních 26 soukromých agentur domácí péče na území České republiky. Zakladatelem agentury je MUDr. Petr Slaný. Agentura je členem Asociace domácí péče České republiky a také World Home Care and Hospice Organization (WHHO). Služba je určena pro klienty, kteří potřebují odbornou zdravotní péči, a to na základě indikace ošetřujícího lékaře v okrese Opava, je poskytována s dostupností 24 hodin denně a 7 dní v týdnu. (OASA Group, © 2015)

MOJE AMBULANCE, domácí péče s. r. o.

Sídlo firmy MOJE AMBULANCE, domácí péče s. r. o. se nachází ve městě Třinec, která byla zapsána v obchodním rejstříku dne 12. dubna 2012.

V současné době existují 3 pobočky domácí péče. V září se začala rozvíjet MOJE AMBULANCE domácí péče s. r. o. v Opavě. Tuto péči zajišťují všeobecné sestry „Domácí péče MOJE AMBULANCE“, které mají registraci Ministerstva zdravotnictví ČR. Pečují o klienty těchto zdravotních pojišťoven – VZP, RBP, ZP Ministerstva vnitra ČR a Česká

průmyslová ZP a to v Opavě a jejím přilehlém okolí. (Domácí péče MOJE AMBULANCE, © 2021)

6.2.2 Hrozba nově vznikající konkurence

Vstup nových konkurentů na trh v oblasti zdravotnictví nemůže být zcela vyloučen. Demografický faktor stárnutí obyvatel v Moravskoslezském kraji se v průběhu několika následujících let bude zvyšovat. A i přesto, že se lůžková kapacita zařízení sociálních služeb postupně zvyšuje, počet žádostí významně převyšuje jejich stávající možnosti. Pro vstup na trh existuje řada bariér, která mohou tento vstup velice ztížit. Značnou překážkou jsou legislativní a administrativní úkony (zákony a vyhlášky), ekonomická náročnost spojená se zřízením nové agentury a nedostatek kvalifikovaného zdravotnického personálu.

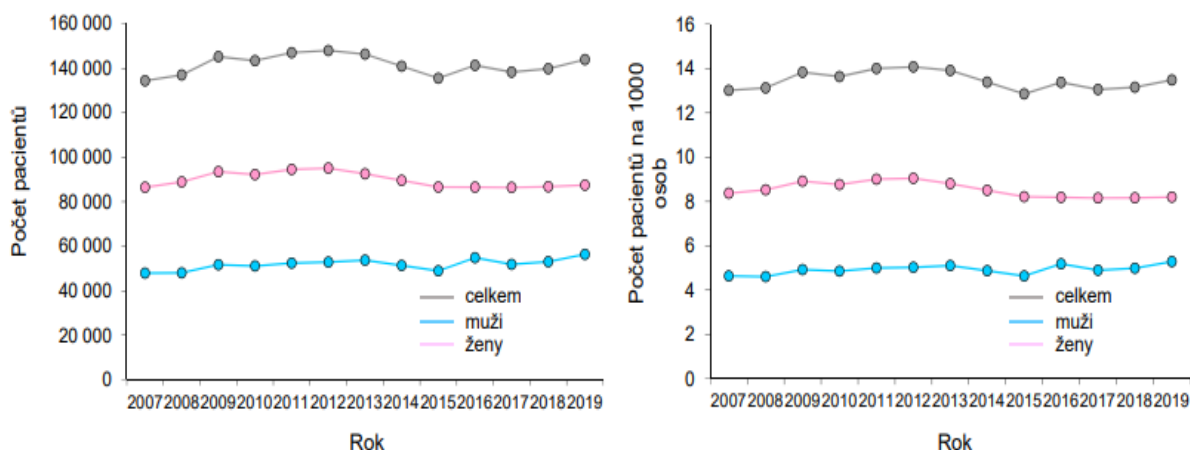
Rizikem může být i (ne)součinnost zdravotních pojišťoven. Existuje možnost, že na trhu bude poskytovat služby domácí péče takové množství zdravotnických zařízení, že budou již naplněny kapacity zdravotních pojišťoven pro uzavírání smluv a úhradách zdravotní péče. České zdravotnictví se posledních pár let potýká s nedostatkem zdravotnického personálu, s finančním podhodnocením a s ním souvisejícím odchodem zdravotníků do zahraničí.

6.2.3 Vliv odběratelů

Ve zdravotnictví se odběratelem rozumí pacient, který si danou zdravotní péči sám zvolí. Velkou roli hraje dostupnost péče, ale také ohlasy ostatních. Klienti čerpají informace nejen od svých známých, ale rozhodují se i na základě recenzí, které bývají zveřejněné na internetových stránkách. Cílem agentury je tedy získat co nejvíce spokojených pacientů a zajistit, aby tito klienti i nadále využívali jejich služby a neodcházeli ke konkurenci. Toho lze dosáhnout kvalitně provedenými službami a zodpovědným přístupem zdravotnických pracovníků.

Určitý vliv na poskytování domácí péče mohou mít i zdravotní pojišťovny, které většinu služeb proplácejí. Seznam výkonů odbornosti 925 hrazených zdravotní pojišťovnou je uveden v Příloze č. I.

Celkové počty pacientů domácí zdravotní péče v České republice v časovém trendu 2007 až 2019 jsou uvedené v Příloze č. II. Následující obrázek (Obr. 10) popisuje počet pacientů v domácí péči v letech 2007-2019 a počet pacientů na 1 000 osob.



Obrázek 10 Pacienti v domácí péči v letech 2007-2019

(Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2020)

Počet pacientů v domácí péči zůstává v čase stabilní. Průměrně je domácí péče poskytnuta 141 646 pacientům ročně, z toho převážnou část tvoří ženy, a to 61 %, zbylých 39 % muži. V roce 2019 využilo domácí péči 13 klientů na 1 000 osob v populaci.

6.2.4 Vliv dodavatelů

Pro poskytování kvalitní domácí zdravotní péče je důležité, aby daná organizace splňovala materiální a technické vybavení, a to dle vyhlášky č. 92/2012 Sb. Tato péče je poskytována pacientům v jejich sociálním prostředí, avšak je třeba, aby agentura disponovala kontaktním místem, které je vstupní bránou pro nově příchozí klienty.

Mělo by být zvenčí viditelně označeno názvem, zodpovědným pracovníkem, návštěvními hodinami a příslušným telefonickým kontaktem. Na tomto místě se provádí veškeré administrativní a personální činnosti, pořádají se porady a zpracovávají se zdravotnické dokumenty. Dále je zde umístěn spotřební zdravotnický materiál, přístroje a pomůcky, které slouží k ošetřování pacientů. Pro zajištění všech pomůcek je nutné vybrat kvalitní, ověřené a spolehlivé dodavatele. V současnosti působí na českém trhu větší množství dodavatelů zdravotnického spotřebního materiálu. Vyjednávací síla a ceny těchto dodavatelů mohou být závislé na množství odebíraného materiálu, s největší pravděpodobností bude tedy vyjednávací síla vyšší, než kdyby dodávali materiál do větších zdravotnických zařízení. Mezi preferované dodavatele zdravotnických potřeb na Opavsku patří:

- MEDESA care;
- SENIORKA;

- SAMARITÁN.

Další skupinou jsou dodavatelé zdravotnického softwaru, kterých je na trhu jen velmi málo, a proto vyjednávací síla bude vyšší. Vysoká konkurence a nízká vyjednávací síla dodavatelů je v oblasti poskytování telekomunikačních služeb včetně internetového připojení a firem zabezpečující vozidla na operativní leasing.

Spolupráce zdravotních pojišťoven a ošetřujících lékařů je pro plánovanou agenturu domácí péče na Opavsku značně důležitá. Jakmile má zdravotnické zařízení se zdravotními pojišťovnami uzavřenou smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, pak se stává atraktivnějším pro případné klienty, kteří danou službu nebudou muset hradit jako samoplátci.

6.2.5 Hrozba substitučních služeb

Substituty jsou obdobné služby, které mohou sloužit podobnému nebo zcela stejnému účelu jako služby z daného odvětví. (Grasseová, 2012)

Alternativou domácí péče mohou být jiná zdravotnická zařízení lůžkového typu, například nemocnice, hospice či léčebny pro dlouhodobě nemocné. Náklady těchto lůžkových zařízeních jsou významně vyšší, a proto v současné chvíli dochází ke tlaku zdravotních pojišťoven, který vede ke snižování počtu lůžek ve zdravotnických zařízeních a ke zkracování dnů hospitalizace. Domácí péče je finančně méně náročná. Z těchto důvodů je hrozba substitutů velmi nízká.

6.3 SWOT analýza

SWOT analýza představuje celkové shrnutí dílčích analýz, které se vztahují k vnitřnímu a vnějšímu prostředí agentury. Jejím úkolem je posoudit současné postavení organizace na trhu, budovat silné stránky a snažit se o eliminaci slabých stránek. SWOT analýza odpovídá na tyto otázky:

- Jaké jsou silné stránky organizace a v čem jsou naše služby lepší než u konkurence?
- Zjištění slabých stránek a co bychom měli zlepšit?
- Jaké jsou nové trendy na trhu, které bychom mohli chápat jako příležitost?
- Je pravděpodobné, že na trh vstoupí nová konkurenční organizace či jaké jsou hrozby vyplývající z politiky zdravotních pojišťoven? (Staňková, 2013)

SW analýzu v případě plánovaného zařízení agentury domácí péče v okrese Opava nelze použít, neboť tato organizace v současnosti neexistuje, proto nelze v tuto chvíli posoudit její silné a slabé stránky. Data pro OT analýzu byla stanovena na základě analytické části této práce a jsou uvedeny v následující tabulce (Tab. 4).

Tabulka 4 OT analýza
(Zdroj: vlastní zpracování)

PŘÍLEŽITOSTI	HROZBY
<ul style="list-style-type: none"> • Stárnutí obyvatel v MSK • Nízká kapacita sociálních lůžek v okrese Opava a vysoké výdaje na nemocniční lůžkovou péči • Potřeba posílení tohoto segmentu péče v obcích, které jsou poblíž bruntálského okresu • Potřeba prožití důstojného života v domácím prostředí s rodinou 	<ul style="list-style-type: none"> • Ekonomická náročnost spojená se zřízením nové agentury • Legislativní a administrativní úkony (zákony a vyhlášky) • Nedostatek kvalifikovaného a erudovaného zdravotnického personálu • Nespolupráce s lékaři a zdravotními pojišťovny

Příležitosti

Zásadní příležitostí pro plánovanou agenturu domácí péče je potřeba posílení tohoto segmentu péče, a to v obcích, které se nacházejí v blízkosti bruntálského okresu. Jistou příležitostí je stárnutí obyvatel v Moravskoslezském kraji, nízká kapacita sociálních lůžek a vysoké výdaje na nemocniční lůžkovou péči. Nesmírně důležitá je potřeba prožití důstojného života ve svém sociálním prostředí v okruhu rodinných příslušníků.

Hrozby

Agenturu domácí péče by mohl ohrozit nedostatek kvalifikovaného a erudovaného zdravotnického personálu, kterého je v současné chvíli ve zdravotnictví velký nedostatek. Rizikem může být ekonomická náročnost, která je spojená se zřízením plánované agentury domácí péče na Opavsku. Překážkou jsou také legislativní a administrativní úkony (zákony a vyhlášky), které musí být splněny ještě před zahájením provozu. Hrozbu představuje i nespolupráce ze strany ošetřujících lékařů a zdravotních pojišťoven.

7 ZHODNOCENÍ ANALYTICKÉ ČÁSTI

Analytická část diplomové práce se zabývala zjištěním podmínek pro zřízení agentury domácí péče v okrese Opava. Při šetření byla použita PEST analýza, dále Porter analýza a v závěru SWOT analýza.

V rámci PEST analýzy byly zkoumány nejprve politicko-právní faktory. Zjistilo se, že začínající organizace by měla klást velký důraz na dodržování všech podmínek, které vycházejí z daných zákonů a vyhlášek. Vyhlášky zabývající se personálními a materiálními požadavky na provoz, naopak mohou pomoci začínající agentuře podat představu o tom, jaké zařízení by mělo nakoupit a jaké je potřeba uzavřít pracovněprávní vztahy.

Ekonomické faktory pojednávaly o výdajích na zdravotní péči dle zdrojů financování, dle druhu poskytnuté péče a dle typu poskytovatele.

Sociálně-kulturní faktory zkoumané v PEST analýze jsou oblastí, které zahrnují demografický vývoj obyvatelstva, sociální vývoj, ekonomickou situaci a životní prostředí Moravskoslezského kraje s obecným popisem okresu Opava, který se nachází ve středu severní části tohoto kraje. Bylo zjištěno, že dlouhodobě klesá celkový počet obyvatel Moravskoslezského kraje, nejvíce se na tom však podílí stěhování. V roce 2019 zemřelo přibližně 14 tisíc obyvatel kraje a bylo to nejvíce od roku 2001 – nejčastější příčinou úmrtí jsou nemoci oběhové soustavy. Obyvatelstvo kraje postupně stárne, kdy k porovnání věkových skupin se používají indexy stáří a indexy ekonomického zatížení. Data získaná z Českého statistického úřadu uvádějí, že index stáří v MSK se od roku 1991 výrazně změnil, a to z hodnoty 50,9 na 131. Druhý index vykazoval zvýšení z hodnoty 48 na 54,7. Celkový podíl nezaměstnaných v kraji zůstává nadále mezi kraji nejvyšší. Dále bylo zjištěno, že na základě zpracované projekce se předpokládá, že v kraji bude v roce 2071 přibližně 883 tisíc obyvatel, bude pokračovat stárnutí obyvatel, vzroste průměrný věk a celkově se zvýší zastoupení seniorů v populaci na téměř 31 %.

Na základě technologických faktorů bylo uvedeno, že každé zdravotnické zařízení poskytující domácí péči musí splňovat požadavky pro bezpečný provoz, a to dle vyhlášky 92/2012 Sb. o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení kontaktních pracovišť domácí péče.

V rámci porter analýzy byla zpracována tabulka znázorňující počet obyvatel a počet poskytovatelů domácí péče v Moravskoslezském kraji včetně počtu obyvatel na jednoho poskytovatele. Na základě zjištěných dat lze konstatovat, že v okrese Opava se v současné chvíli nachází 6 zařízení poskytující domácí zdravotní péči, avšak vstup nových konkurentů na trh v oblasti zdravotnictví nemůže být zcela vyloučen. Odběratelem se ve zdravotnictví rozumí pacient. Zásadou agentury je získat co možná nejvíce spokojených pacientů a zajistit, aby tito klienti neodcházeli ke konkurenci. Poslední podkapitola porterovy analýzy se zabývala hrozbou substitučních služeb, která je velmi nízká z důvodu menší finanční náročnosti domácí péče.

Pro nově vznikající agenturu existují potenciální příležitosti a hrozby, které je nutno identifikovat. K tomuto účelu slouží zkrácená verze SWOT analýzy – OT analýza, což je analýza příležitostí a hrozeb vycházející z vnějšího prostředí organizace. Ze zjištěných dat vyplynulo, že zásadní příležitostí pro plánovanou agenturu domácí péče je potřeba posílení tohoto segmentu péče, a to v obcích, které se nacházejí v blízkosti bruntálského okresu. Jistou příležitostí je stárnutí obyvatel v Moravskoslezském kraji, nízká kapacita sociálních lůžek a vysoké výdaje na nemocniční lůžkovou péči. Nesmírně důležitá je potřeba prožití důstojného života ve svém sociálním prostředí v okruhu rodinných příslušníků. Agenturu domácí péče by mohl ohrozit nedostatek kvalifikovaného a erudovaného zdravotnického personálu, kterého je v současné chvíli ve zdravotnictví velký nedostatek. Rizikem může být ekonomická náročnost, která je spojená se zřízením plánované agentury domácí péče na Opavsku. Překážkou jsou také legislativní a administrativní úkony (zákony a vyhlášky), které musí být splněny ještě před zahájením provozu. Hrozbu představuje i nespolupráce ze strany ošetřujících lékařů a zdravotních pojišťoven.

8 PROJEKT NA ZŘÍZENÍ AGENTURY DOMÁCÍ PÉČE

Tato část práce se zabývá sestavením návrhu projektu pro zřízení agentury domácí péče. K sestavení poslouží výsledky analýz, které byly zpracovány v analytické části práce.

8.1 Popis zařízení

Plánovaná agentura domácí péče bude mít právní formu podnikání, založení ústavu. Ústav se zakládá zakládací listinou či pořízením pro případ smrti. Vzniká zápisem do veřejného rejstříku ústavů, přičemž návrh podává zakladatel a zároveň jmenuje a odvolává členy správní rady.

ZAKLÁDACÍ LISTINA ÚSTAVU

Pro účely plánované agentury domácí péče na Opavsku bude sepsána a notářsky ověřena zakládací listina, a to v souladu s § 406 občanského zákoníku č. 89/2012 Sb.

I. Zakladatel ústavu

Zakladatelem ústavu je Bc. Martina Rolná, nar. XXX, trvalý pobyt XXX. Pokud není možné rozhodování zakladatele, práva vůči ústavu nabývá Jarmila Martínková, nar. XXX, trvalý pobyt XXX, která byla určena zakladatelským právním jednáním v rozsahu jim uvedeném.

II. Název ústavu a jeho sídlo

Název ústavu: NÁRUČ – agentura domácí péče, z. ú.,

Sídlo: Litultovice 202, 747 55

III. Doba trvání ústavu

Ústav se zakládá na dobu neurčitou.

IV. Účel a předmět činnosti ústavu

Účelem je poskytování komplexní zdravotní péče klientům v okrese Opava. Předměty činnosti ústavu jsou:

- Poskytování kvalitní zdravotní péče v přirozeném domácím prostředí klientů;
- Péče o nemocné v terminálním stádiu nemoci;
- Poskytování sociálního poradenství.

V. Výše vkladu

Zákonem není stanovena výše vkladu. Peněžitý vklad ve výši 100 000,- Kč (slovy sto tisíc korun českých) vloží zakladatelka ústavu na účet MONETA Money Bank na pobočce v Opavě na ulici U Fortny 49/10.

VI. Orgány ústavu

Orgány ústavu jsou ředitel a správní rada.

VII. Ředitel ústavu

Statutárním orgánem je ředitel. Ředitel rozhoduje ve všech záležitostech nespadající do pravomoci správní rady. Funkční období ředitele je 5 let a je možné jej zvolit opakovaně. Je povinen zajišťovat fungování ústavu včetně naplňování jeho účelu, vést účetnictví a plnit všechny zákonné povinnosti, jež jsou s jeho činností spojené. Je povinen minimálně jednou za 3 měsíce podávat informace o stavu činnosti ústavu, a to správní a dozorčí radě.

V případě, že ředitel neplní své povinnosti, je oprávněně z funkce odvolán správní radou. Ředitelem může být zakladatelka ústavu, avšak nemůže být členem správní ani dozorčí rady.

VIII. Správní rada

Členy (3) jmenuje a odvolává zakladatelka ústavu. Funkční období člena správní rady jsou 3 roky. Členy je možné zvolit i opakovaně, avšak nanejvýš dvě po sobě jdoucí funkční období. Správní rada:

- Schvaluje rozpočet ústavu, řádné a mimořádné účetní závěrky a výroční zprávu;
- Jmenuje a odvolává ředitele;
- Rozhoduje o zrušení ústavu;
- Uděluje souhlas k odměňování členů správní rady a ředitele;
- Vydává statut ústavu;
- Rozhoduje o zahájení jiné vedlejší činnosti a o změně sídla.

Prvními členy správní rady jsou:

- Jarmila Martínková, nar. XXX, trvalý pobyt XXX;
- Veronika Studenská, nar. XXX, trvalý pobyt XXX;
- Ing. Jakub Komárek, nar. XXX, trvalý pobyt XXX.

IX. Účetnictví a výroční zpráva ústavu

Výroční zpráva obsahuje informace o činnosti a hospodaření ústavu. Povinností ústavu je sestavit a zveřejnit výroční zprávu, a to v termínu, který stanoví správní rada. První výroční zprávu musí ústav zveřejnit do osmnácti měsíců od jejího vzniku. Do třiceti dnů od schválení výroční zprávy správní radou bude uložena do sbírky listin, která je vedena Krajským soudem v Ostravě. V rámci účetnictví je ústav povinen důsledně oddělit náklady a výnosy.

X. Zrušení a likvidace ústavu

O případném zrušení či přeměně ústavu rozhoduje zakladatelka. Ústav zaniká vymazáním z veřejného rejstříku, kterému vždy předchází jeho zrušení s likvidací anebo bez ní. Likvidace není potřeba, jedná-li se o zrušení ústavu sloučením, splynutím či rozdělením.

Kromě případů, jež vyplývají ze zákona, se ústav zrušuje:

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

XI. Závěrečná ustanovení

O změnách této zakládací listiny ústavu rozhoduje zakladatelka. Jestliže to není možné, práv vůči ústavu nabývá správní rada, a to až po souhlasu soudu. Pokud zakládací listina nestanoví jinak, řídí se právní vztahy ústavu zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. Zakládací listina vstupuje v platnost dnem podpisu a účinnosti nabývá dnem zápisu založeného ústavu do veřejného rejstříku, který je pod vedením Krajského soudu v Ostravě.

8.2 Harmonogram zřízení agentury

Jakmile je ústav založen zakládací listinou a zapsán ve veřejném rejstříku, může následovat fáze podání žádosti na Krajský úřad v Ostravě o udělení povolení, o registraci k výkonu činnosti, tzn. registrovat nestátní zdravotnické zařízení (dále jen NZZ) podle zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v NZZ a poskytování zdravotnických služeb. Správní řízení trvá 30 dnů, během kterého může kraj požádat o doplnění chybějících dokladů.

Po uplynutí této doby vydává kraj rozhodnutí. K žádosti je nutno doložit tyto dokumenty:

- Doklad o založení právnické osoby;

- Doklady o bezúhonnosti;
- Doklady o způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání dle zákona č. 96/2004 Sb.;
- Doklady o zdravotní způsobilosti k výkonu povolání;
- Rozhodnutí o schválení provozního řádu vydané orgánem ochrany veřejného zdraví;
- Prohlášení o materiálním a technickém vybavení zařízení;
- Doklad potvrzující oprávnění uživatele využívat prostory k poskytování péče;
- Seznam zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, jež budou danou péčí poskytovat.

V období, kdy žádost prochází schvalovacím procesem na Krajském úřadě v Ostravě, je možné již navázat smluvní vztahy se zdravotními pojišťovnami, které budou hlavním zdrojem příjmu. Než dojde k uzavření smlouvy se zdravotními pojišťovnami, musí poskytovatel zdravotní péče projít výběrovým řízením, které vyhláší místní krajský úřad podle zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění.

Důležitou součástí tohoto řízení je vyplnění:

- Přihlášky do výběrového řízení;
- Přílohy přihlášky do výběrového řízení;
- Návrhu o vyhlášení výběrového řízení.

Po ukončení výběrového řízení je nutné, aby poskytovatel zažádal zdravotní pojišťovny o uzavření smlouvy o poskytování a úhradách zdravotní péče. Ve většině případů přihlíží zdravotní pojišťovna k výsledkům samotného výběrového řízení a pokud bylo uzavření smlouvy ve výběrovém řízení doporučeno, nabývá právem uzavírat smlouvu s poskytovateli. Agentura se bude snažit uzavřít smlouvy s co největším počtem zdravotních pojišťoven v České republice. V poslední řadě se přistupuje k oslovení ošetřujících lékařů, kteří indikují domácí péči. Nejdříve se bude jednat s lékaři nacházející se v bezprostředním okolí agentury.

8.3 Materiálně-technické požadavky na vybavení agentury

Materiálně-technické vybavení zařízení musí splňovat požadavky na provoz dle vyhlášky 92/2012 Sb. o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických

zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče – pro tento typ péče jsou požadavky specifikovány v příloze č. 10 této vyhlášky. Z hlediska stavebně technických požadavků na prostory včetně funkčního a dispozičního uspořádání, musí všechna zdravotnická zařízení umožňovat funkční a bezpečný provoz. Požadavky upravuje příloha č. 1 vyhlášky č. 92/2012 Sb. a stanovuje pro každé zdravotnické zařízení tyto povinnosti:

- Musí tvořit provozně uzavřený celek;
- Musí být umístěno v nebytových prostorách, které splňují obecné požadavky na výstavbu;
- Musí mít zajištěnou dodávku pitné a teplé vody, přípojku na veřejný rozvod elektrické energie včetně připojení k veřejné telefonní síti a připojení k internetu;
- Musí mít zajištěn odvod odpadních vod a systém přirozeného či nuceného větrání počítaje systém vytápění.

Vzhledem k tomu, že domácí péče bude poskytována v domácím prostředí klienta, je důležité disponovat kontaktním pracovištěm. Jak už bylo výše zmíněno, sídlo agentury NÁRUČ – domácí péče se bude nacházet v budově penzionu pro seniory v obci Litultovice. Toto kontaktní pracoviště musí mít minimální plochu 10 m² a sanitární zařízení pro zaměstnance.

Zmíněná příloha č. 10 vyhlášky č. 92/1992 Sb. stanovuje tyto požadavky na vybavení kontaktních pracovišť:

- Nábytek pro práci všeobecné sestry;
- Kartotéku, není-li zdravotnická dokumentace vedená elektronicky;
- Připojení k veřejné mobilní síti;
- Tonometr, fonendoskop, teploměr;
- Pomůcky k odběru biologického materiálu počítaje boxu, pro ošetřování ran, pro katetrizaci močového měchýře ženy a pro poskytnutí první pomoci, včetně KPR;
- Glukometr, irigátor.

Náklady spojené s pořízením základního vybavení budou uvedeny ve finančním plánu.

8.4 Hygienické požadavky na provoz agentury

Hygienické požadavky pro ošetřování, léčení a pro provoz zdravotnických zařízení stanovuje vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění. Zdravotní péče bude pacientům poskytována v jejich sociálním prostředí, a proto je nezbytně důležité, aby zdravotníci dodržovali veškerá hygienická opatření dle vyhlášky. Podstatné je, aby chránili nejen sebe, ale i klienty před případným infekcím. Informace o hygienických požadavcích na provoz agentury domácí péče v okrese Opava jsou dále specifikovány v Provozním řádu ústavu. Všichni zaměstnanci dané agentury musí být s tímto řádem náležitě seznámeni při uzavírání pracovněprávního vztahu. Jeho souhlas stvrzují svým podpisem.

8.5 Provozní řád

Agentura domácí péče může získat registraci poskytovatele zdravotních služeb až po vytvoření provozního řádu a jeho následném schválení orgánem veřejného zdraví, tedy Krajskou hygienickou stanicí Moravskoslezského kraje se sídlem v Ostravě. Tento řád je upraven v zákoně č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

Opět je potřeba splnit podmínky, které podmiňují schválení provozního řádu. Jedná se o:

- Zajištění prostor kontaktního pracoviště;
- Předložení Krajské hygienické stanici uzavřenou smlouvu, která opravňuje užívání těchto prostor;
- Uzavření smlouvy s firmou, která zajišťuje likvidaci odpadu;
- Vytvoření písemné verze provozního řádu.

Záměrem provozního řádu je zajistit bezpečný provoz organizace a stanovit kritéria, kterými se bude řídit v případě výskytu krizových situací. Zahrnuje základní údaje o ústavu, charakteristiku a zaměření pracoviště včetně rozsahu poskytované péče, požadavky na úklid a informace o materiálně-technickém a hygienickém vybavení pracoviště. Dále obsahuje informace pro zaměstnance, jejich práva a povinnosti, které souvisejí s bezpečností a ochranou zdraví na pracovišti. Provozní řád si může agentura vytvořit sama, případně požádat o vytvoření nějakou externí organizací.

8.6 Personální zajištění

Personální plán agentury musí být zajištěn před její registrací na Krajském úřadě v Ostravě. Společně se žádostí o registraci nestátního zdravotnického zařízení (dále jen NZZ) se předkládají uzavřené smlouvy se zaměstnanci. Jednatelkou agentury bude samotná zakladatelka, která bude mít pozici koordinátorky (13. platová třída). Její náplní práce bude, jak organizovat, tak i kontrolovat činnosti všech zaměstnanců v agentuře, nakupovat materiál, upravovat webové stránky agentury, provádět administrativní činnosti a spolupracovat se zdravotními pojišťovnami, lékaři apod.

Počet zdravotnických pracovníků se bude navyšovat, a to v závislosti na výši poptávky po domácí zdravotní péči. Personál bude vybírán tak, aby splňoval tyto požadavky:

- Bezúhonnost;
- Způsobilost k výkonu povolání podle zákona č. 96/2004 Sb.;
- Řidičský průkaz skupiny B;
- Základní vzdělání + rekvalifikační kurz (platí pouze pro pečovatelky);
- Specializace, VOŠ, Mgr. nebo Bc. Studium;
- Praxe ve zdravotnickém zařízení (2 roky).

Nelékařský zdravotnický personál:

Všeobecná sestra S3: (sestra po ukončení VOŠ, Mgr., Bc.), která absolvovala Specializační vzdělávání v oboru intenzivní péče, s úvazkem 1,0;

Všeobecná sestra S2: (sestra bez odborného dohledu), která absolvovala kurz Ošetrovatelská péče a nehojící se rány a defekty, s úvazkem 1,0.

Náplň práce všeobecné sestry:

- Vyšetření pacienta v jeho domácím prostředí;
- Odběr biologického materiálu;
- Aplikace parenterální terapie ;
- Ošetření stomií a ran;
- Výplachy, klysmata, cévkování a ošetření katetrů;
- Aplikace inhalační, léčebné terapie;

- Podávání infuzí, opiátů a ošetřování v terminálních stádiích.

Všeobecná sestra se specializací, tedy S3 je zařazena dle výkonu pracovní činnosti do 11. platové třídy. Všeobecná sestra vykonávající práci bez odborného dohledu spadá do 10. platové třídy.

Pečovatelky:

Pečovatelkou službu budou provádět 2 pečovatelky, kterým postačí minimální základní vzdělání a rekvalifikační kurz. Jejich úkolem bude zabezpečit:

- Osobní hygienu pacienta;
- Podávání jídla a dohled nad pitným režimem;
- Chod domácnosti;
- Úklid, nákupy a přípravu jídel;
- Doprovod klienta;

Na základě provádění těchto činností, je zařazena pečovatelka do 4. platové třídy.

Fyzioterapeut:

Fyzioterapie, rehabilitace i masáže budou poskytovány kvalifikovaným personálem (celkem 1 s úvazkem 1,0), jež získal osvědčení pro samostatný výkon práce. Pro agenturu bude zapotřebí, aby takový pracovník absolvoval studium fyzioterapie v bakalářském programu na vysoké škole. Bude zařazen do 11. platové třídy. Pacientům budou pomáhat s nácvičkou sedu, stoje, chůze a držení rovnováhy, s nácvičkou denních dovedností, polohováním na lůžku či vozíku, obnovením slovní zásoby, cvičení paměti a používání kompenzačních pomůcek, v neposlední řadě jim budou provádět masáže končetin, zad a šíje či celého těla.

Zdravotně-sociální pracovník

Poskytování základního sociálního poradenství bude provádět zdravotně-sociální pracovník, který musí mít minimálně vysokoškolské vzdělání bakalářského nebo magisterského stupně (11. platová třída) v programu zaměřeného na sociální práci. Jeho stupeň úvazku bude 1,0.

Ostatní:

Posledními zaměstnanci agentury bude mzdová účetní a uklízečka, které budou pracovat pouze na dohodu o provedení práce. Práce mzdové účetní spadá do 8. platové třídy a uklízečky do 1. platové třídy.

Snímek pracovního dne zaměstnance:

Tabulka 5 Snímek pracovního dne zaměstnance

Číslo	Doba (od)	Doba (do)	Popis činnosti
1.	7:45	7:50	Příchod do agentury
2.	8:00	8:15	Konzultace s indikujícími lékaři (např. zavedení či ukončení domácí péče)
3.	8:15	8:30	Stanovení seznamu klientů
4.	8:30	8:50	Chystání zdravotnických pomůcek a léků
5.	8:50	8:55	Příjezd k prvnímu klientovi
6.	9:00	9:45	Ošetrovací návštěva DP Typ II. (45 min.)
Co všechno může stihnout během jedné ošetrovací návštěvy 45 minut?			
<ul style="list-style-type: none"> • Odběr biologického materiálu, lokální ošetření do 10 cm², fyzická asistence při poskytování DP. 			
<ul style="list-style-type: none"> • Od 9:00 do 12:30 poskytuje zaměstnanec domácí péči klientům. • Od 12:45 do 13:15 má zaměstnanec polední pauzu na oběd. • Od 13:15 do 16:00 dále provádí úkony domácí péče v sociálním prostředí klientů. • V případě potřeby, zdravotnický pracovník provádí péči i mimo svou pevnou pracovní dobu. 			

Snímek pracovního dne jednoho zaměstnance je uveden v tabulce (Tab. 5). Pracovník bude přicházet do agentury v 7:45 až 7:50 hod. Konzultace s indikujícími lékaři budou probíhat přibližně 15 minut, kdy se nejčastěji bude řešit zavedení či ukončení domácí péče. Poté bude následovat stanovení seznamu klientů na daný den. Během 20 minut se pracovník bude snažit přichystat veškeré zdravotnické pomůcky a léky, které bude na zdravotní péči potřebovat. Bodová hodnota dopravního výkonu domácí péče je v roce 2022 stanovena na 16,49 bodů/km. Z počátku se agentura bude zaměřovat na pacienty, kteří se nacházejí v jejím bezprostředním okolí, tudíž bylo vypočteno, že průměrná dojezdová vzdálenost ke klientům budou 4 km. Personál bude provádět ošetrovací návštěvy Typu II (45 minut) od 9:00 do

polední pauzy a poté od 13:15 do 16:00 hodin. V případě potřeby některých klientů, bude personál provádět domácí péči i mimo jeho pevnou pracovní dobu. Na každý měsíc budou stanoveny směny, kdy každý zaměstnanec bude mít pracovní dobu od 8 h do 16 h, dále bude rozděleno, který pracovník bude mít „pří službu,, tedy od 16 h do 8 h ve všední dny a o víkendech nepřetržitě.

8.7 Marketingový plán

Marketingový plán je obsáhlý dokument, který ukazuje kroky, jež budou použity k dosažení nastavených cílů. Dle Jakubíkové (2008, s. 69) dobrý marketingový plán musí být:

- Snadno pochopitelný;
- Detailní;
- Realistický a přizpůsobený změnám prostředí;
- Odrazem tržních faktorů a základem pro jasnou identifikaci úkolů.

Nejprve bude stanoveno poslání, vize a cíle organizace. Poslání neboli mise je vyjádření smyslu a účelu existence dané organizace.

Vize charakterizuje stav, ke kterému chce organizace směřovat, jde o představu a koncepci budoucnosti. Cílem se označuje stav, kterého se organizace pokouší dosáhnout. Pomocí těchto cílů se konkretizuje a zpřesňuje poslání organizace. Pro úspěšnou činnost je důležité mít stanovené jak poslání, tak i vizi, jelikož jedno bez druhého nemůže zcela fungovat. (Slouka, 2017, s. 118-120)

Součástí marketingového plánu je marketingový mix, který je tvořen čtyřmi prvky – produkt, cena, umístění a marketingová propagace. Cílem zpracovaného marketingového mixu pro plánovanou agenturu domácí péče na Opavsku je oslovit případné klienty a informovat je o možnosti využití služeb domácí péče.

8.7.1 Poslání, vize a cíle agentury domácí péče

Poslání

Posláním agentury NÁRUČ – domácí péče je zajistit klientům kvalitní zdravotní a ošetrovatelskou péči v jejich domácím prostředí, zajistit podporu nejen jim, ale i rodinám, tak, aby byla zachována lidská důstojnost a jedinečnost každého člověka.

Vize

Rozvíjet agenturu, která se stane nejvyhledávanější v oblasti poskytování kvalitní domácí zdravotní péče. Bude odborně, ekonomicky ale i provozně špičkovou agenturou.

Cíle

- Poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče odborným personálem;
- Zapojení rodinných příslušníků pacienta;
- Rozvoj a udržení soběstačnosti.

Sdílené hodnoty: zlepšení zdravotního stavu, sebepéče, psychická podpora, holismus a sounáležitost.

8.7.2 Cílová skupina

Cílovou skupinou pro poskytování domácí péče plánovanou agenturou na Opavsku budou všichni klienti, a to bez rozdílu věku, národnosti, pohlaví či rasy. Rodinám v případě potřeby bude poskytováno bezplatné odborné sociální poradenství kvalifikovaným zdravotně-sociálním pracovníkem.

8.7.3 Marketingový mix

Produkt

Produktem agentury bude poskytování kvalitní zdravotní péče v sociálním prostředí klientů, dále bude zařízení nápomocné klientům i jejich rodinám při přechodu z nemocnice do domácího prostředí – např. doporučením zdravotnických pomůcek či edukací rodiny. V neposlední řadě bude pečovat o pacienty v terminálním stádiu jejich onemocnění.

Na zdravotní péči se bude podílet tým kvalifikovaných zdravotnických pracovníků vyškolený v poskytování domácí péče, jehož členy budou všeobecné sestry, pečovatelky, zdravotně-sociální pracovník a fyzioterapeut. Do péče budou také zapojeni rodinní příslušníci. Plánovaná agentura domácí péče na Opavsku bude moci garantovat dostupnost služeb 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Zaměstnanci budou mít vždy zpracovaný měsíční harmonogram směn, rozdělený na pevnou pracovní dobu a pří služby. Rozsah péče bude vždy určen na základě indikace ošetřujícího lékaře.

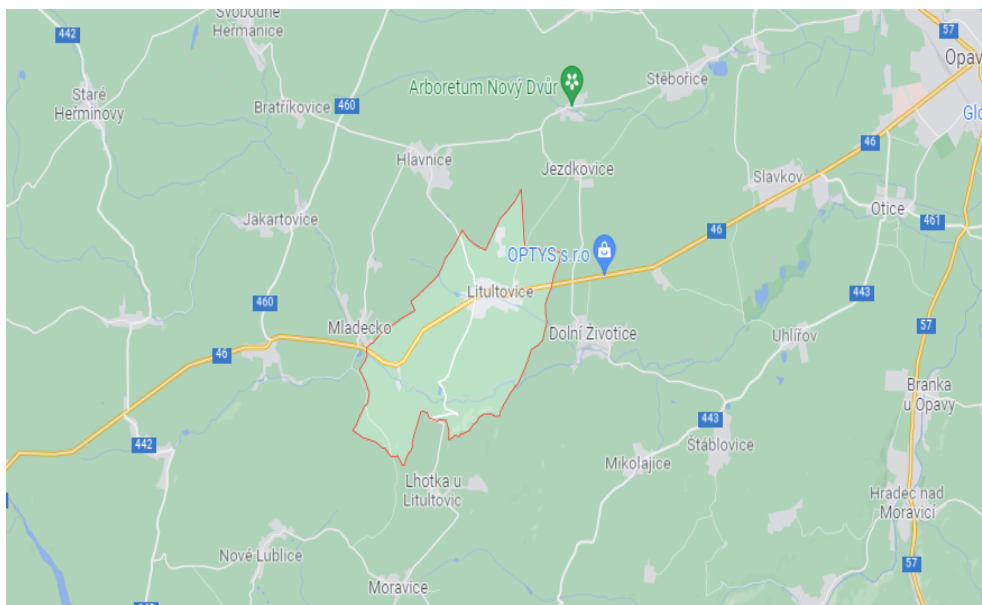
Cena

Domácí péče bude hrazena ze zdravotního pojištění v případě, že bude plně indikována ošetřujícím lékařem. V opačném případě bude placena přímou úhradou klientem. Aktuální výše úhrad zdravotní pojišťovnou vychází z vyhlášky č. 396/2021 Sb. o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2022. Hodnota bodu pro odbornost 925 je stanovena na 1,09 Kč. Oproti roku 2021 dále došlo ve veřejném zájmu k navýšení bodové hodnoty dopravního výkonu domácí péče z 14,66 bodů/km na 16,49 bodů/km, což je přibližně o 13 %. Seznam výkonů odbornosti 925 je uveden v Příloze č. 1. Měsíční sestava zdravotnických výkonů u klientů by měla být taková, aby nejenom pokryla provoz domácí péče, ale také zajistila případný zisk, např. pro rozšíření zdravotnického vybavení, rozšíření nabídky poskytovaných služeb o půjčovnu kompenzačních pomůcek apod.

Umístění

Sídlo agentury NÁRUČ – domácí péče, z. ú., se bude nacházet v budově penzionu pro seniory v obci Litultovice. Bude zázemím pro všechny zdravotnické pracovníky a současně bude sloužit jako sklad zdravotnického materiálu. Středisko bude označeno názvem, odpovědným pracovníkem, návštěvními hodinami a telefonickým kontaktem.

Tato obec leží v okrese Opava, který spadá do Moravskoslezského kraje. Agentura bude poskytovat kvalitní zdravotní péči pacientům v jejich domácím prostředí, nejprve však v bezprostředním okolí zařízení a poté se zaměří na přilehlé vesnice v blízkosti okresu Bruntál. Před budovou budou k dispozici parkovací místa. Kontaktní místo bude k dispozici ve všední dny od 8-16 hodin. V ostatní době v případě nutnosti bude otevřené po předchozím telefonickém kontaktu.



Obrázek 11 Mapa s označením sídla agentury

(Zdroj: Mapy.cz, ©2022)

Propagace

Marketingová komunikace a propagace je nezbytně nutná pro informování veřejnosti o nově vzniklé agentuře domácí péče na Opavsku a pro oslovení případných klientů. S marketingovou kampaní je vhodné začít alespoň 3 měsíce před otevřením agentury. V první řadě je potřeba obrátit se na zdravotní pojišťovny a navázat s nimi smluvní vztahy. Dále zjistit u indikujících lékařů, zda jsou ochotni spolupracovat na trhu. Agentura dále plánuje oslovit zastupitelstvo obcí, které by mohlo informace o nové agentuře domácí péče vyvěsit na internetové stránky obce, závěsné desky či vyhlásit místním rozhlasem. Součástí marketingového plánu bude tisk informačních letáků, jejíž předloha je uvedena v Příloze č. III. Pro účely své propagace plánuje agentura vytvořit vlastní webové stránky a účty na sociálních sítích Facebook a Instagram, na kterých budou zveřejňovány aktuální informace.

8.8 Finanční plán

Před zahájením činnosti agentury je nezbytně sestavit finanční plán. Je nutné mít představu o výši vstupních nákladů, které jsou spojené se zakládáním dané společnosti. Dále je potřebné mít přehled o příjmech, výdajích, nákladech a výnosech organizace na provoz služby domácí péče.

V zakládací listině (podkapitola 8.1) již bylo uvedeno, že základním vstupním kapitálem ústavu bude 100 000,- Kč, které budou vloženy na účet MONETA Money Bank na pobočce

v Opavě na ulici U Fortny 49/10. Agentura bude financována z více zdrojů, a to v kombinaci se základním vstupním kapitálem a zřízeným podnikatelským úvěrem. Pro zjednodušení výpočtů je měsíc počítán jako 30 dní a rok 360 dní.

8.8.1 Plán nákladů agentury

Náklady na zřízení agentury domácí péče na Opavsku budou rozděleny do tří skupin:

1. **Vstupní náklady** – vynaložené náklady ještě před zahájením provozu;
2. **Fixní náklady** – náklady, jejichž objem není přímo závislý na objemu poskytnutých služeb, jsou označovány jako provozní náklady;
3. **Variabilní náklady** – náklady, jejichž objem roste spolu s objemem poskytnutých služeb.

Vstupní náklady

Vstupní náklady jsou finance, které musí plánovaná agentura domácí péče na Opavsku vynaložit ještě před tím, než zahájí svůj provoz. Autorka práce provedla průzkum nynějších cen na trhu (v období leden-únor 2022) a zpracovala přehled odhadovaných vstupních nákladů agentury. Jejich výčet je uveden v tabulce v Příloze č. IV. Vstupní náklady agentury budou ve výši 280 290,-. Největší položkou vstupních nákladů je uhrazení 10 % akontace vozidel v hodnotě 144 600 Kč. Prostřednictvím firmy RT TORAX s. r. o., budou na operativní leasing pořízeny čtyři osobní automobily Škoda Fabia III Combi 1,0 TSI Ambition, kdy se bude účtovat měsíční nájem, který bude sjednaný na dobu určitou. Díky operativnímu leasingu je možné výrazně snížit počáteční pořizovací náklady.

V současnosti se plánovaná agentura domácí péče na Opavsku rozhodla pořídit pouze takové vybavení a zařízení, která jsou nezbytně nutná k zajištění provozu. Vybavení jako například berle, antidekubitní a polohovací pomůcky, chodítka, polohovací elektrické a dřevěné postele agentura dokoupí až tehdy, jakmile se ukáže, že na trhu prosperuje a rozhodne se rozšířit nabídku poskytovaných služeb o půjčovnu kompenzačních pomůcek.

Fixní provozní náklady agentury

Fixní provozní náklady jsou takové, které se se změnou objemu poskytovaných služeb nemění. Platí se i za předpokladu, že agentura nebude v danou chvíli poskytovat své služby klientům. Patří zde například mzdy, náklady za energie, mobilní tarif, splátky úvěru apod. Odhadované fixní provozní náklady v realistické variantě jsou uvedeny v tabulce (Tab. 6).

Tabulka 6 Odhadované fixní provozní náklady agentury

(Zdroj: vlastní zpracování)

Položka	Měsíční náklady (Kč)	Roční náklady (Kč)
Nájem za prostory	9 000,-	108 000,-
Energie, vodné, stočné, topení	4 000,-	48 000,-
Svoz komunálního odpadu	450,-	5 400,-
Svoz nebezpečného odpadu	1 000,-	12 000,-
Pojištění majetku a odpovědnosti	850,-	10 200,-
Neomezený mobilní tarif + 3 GB dat	2 750,- (5 x 550,-)	33 000,-
Pevný internet VDSL XXL + pronájem modemu	849,- (799,-+50,-)	10 188,-
Splátka operativního leasingu	18 756,- (4 x 4689,-)	225 072,-
Údržba a oprava automobilů	2 600,- (4 x 650)	31 200,-
Splátka podnikatelského úvěru	13 391,-	160 692,-
Mzdové náklady	218 163,-	2 617 956,-
CELKEM	271 809,-	3 261 708,-

Budova, která slouží jako penzion pro seniory je ve vlastnictví obce a nabízí volné prostory k pronájmu. V těchto prostorách se bude nacházet plánovaná agentura domácí péče NÁRUČ. Vedení obce odhadlo přibližnou výši záloh na energie, vodné, stočné a topení. Ta byla stanovena pro účely agentury při stávajících cenách na 4 000,- Kč/měsíčně. Svoz komunálního odpadu bude provádět firma Marius Pedersen s měsíční platbou 450,- Kč. Svoz nebezpečného odpadu bude zajišťovat specializovaná firma AVE s měsíční paušální platbou 1 000,- Kč. Pojištění majetku a odpovědnosti zdravotnických zařízení Smluvní lékař – Komplexní ochrana rizik bude sjednána u Všeobecné zdravotní pojišťovny s měsíční pojistnou částkou 850,- Kč. Telekomunikační služby a pevný internet VDSL XXL včetně pronájmu modemu bude zajišťovat operátor T-mobile. Operativní leasing nových vozů bude ujednán na 60 měsíců. Vozidla budou po celou dobu leasingu v záruční lhůtě. Povoleny

kilometrový projezd je 15 000 km ročně a při zaplacení 10 % akontace v Kč s DPH bude měsíční splátka leasingu za všechny čtyři automobily činit 18 756 Kč. V uvedené měsíční splátce je zahrnuto i kompletní havarijní a zákonné pojištění, a to včetně silniční daně a pojištění čelního skla. Součástí splátky není oprava a údržba vozidel, tu však bude zabezpečovat automechanik z vedlejší obce – Dolní Životice. Podnikatelský úvěr bude sjednán v bance MONETA Money Bank, a to ve výši 1 000 000,-, s roční úrokovou sazbou 5,9 % p. a. Při splatnosti 96 měsíců bude měsíční splátka 13 391,-.

Největší položkou odhadovaných fixních nákladů agentury budou tvořit mzdové náklady.

Plánovaná agentura bude mít uzavřen pracovněprávní vztah s těmito zaměstnanci:

- Všeobecná sestra S3 se specializací; (1)
- Všeobecná sestra S2 bez odborného dohledu; (2)
- Zdravotně-sociální pracovník; (3)
- Mzdová účetní; (4)
- Uklízečka; (5)
- Pečovatelka 2x; (6)
- Fyzioterapeut. (7)
- Koordinátorka (8)

Mzdy zaměstnanců agentury přepočtené na úvazek 1,0 jsou uvedeny v tabulce (Tab. 7).

Tabulka 7 Mzdy zaměstnanců na úvazek 1,0 dle superhrubé mzdy

(Zdroj: Peníze.cz, © 2000–2022; vlastní zpracování)

	(1, 3, 7)	(2)	(4)	(5)	(6)	(8)
Superhrubá mzda (základ daně)	42 500,-	39 300,-	25 400,-	19 535,-	24 600,-	49 600,-
Pojistné zaměstnavatel	-10 728,-	-9 917,-	-6 405,-	- 4 935,-	-6 209,-	- 12 506,-
Sociální pojištění	7 872,-	7 276,-	4 700,-	3 621,-	4 556,-	9 176,-
Zdravotní pojištění	2 857,-	2 641,-	1 706,-	1 314,-	1 653,-	3 330,-
Hrubá mzda	31 740,-	29 340,-	18 950,-	14 600,-	18 370,-	37 000,-

Pojistné	-3 491,-	-3 227,-	-2 084,-	-1 606,-	-2 021,-	- 4 070,-
<i>Sociální pojištění</i>	2 063,-	1 907,-	1 232,-	949,-	1 194,-	2 405,-
<i>Zdravotní pojištění</i>	1 428,-	1 320,-	853,-	657,-	827,-	1 665,-
Daň celkem	-6 375,-	-5 895,-	- 3 810,-	-2 940,-	-3 690,-	- 7 440,-
<i>Daň</i>	6 375,-	5 895,-	3 810,-	2 940,-	3 690,-	7 440,-
Daňová sleva	2 070,-	2 070,-	2 070,-	2 070,-	2 070,-	2 070,-
Záloha na daň	-4 305,-	- 3 825,-	-1 740,-	870,-	-1 620,-	- 5 370,-
ČISTÁ MZDA (Kč)	23 944,-	22 288,-	15 126,-	12 124,-	14 729,-	27 560,-

Mzda zaměstnanců na úvazek 1,0 dle superhrubé mzdy v tabulce (Tab. 7) je dána dle jednotlivých platových tříd (spadající do kategorie praxe do 2 let), které jsou součástí platových tabulek. Platová třída zaměstnanců agentury je uvedena v kapitole 8.6. Zaměstnavatel musí kvartálně za své zaměstnance platit zákonné pojištění odpovědnosti. Výši pojistného si zaměstnavatel vypočítává sám, a to jako souhrn hrubých mezd zaměstnanců za organizaci a za předchozí kvartál, který vynásobí sazbou OKEČ pro činnost vykonávanou zaměstnavatelem. Ve zdravotnictví je sazba stanovena na 4,2 ‰ vyměřovacího základu.

Tento vyměřovací základ se každé čtvrtletí mění z důvodu dovolené, nemocenských apod, a proto není možné částku na zákonné pojištění dopředu bezpečně odhadnout. Mzdové náklady přepočítané na konkrétní podobu úvazku v agentuře NÁRUČ jsou uvedeny v následující tabulce (Tab. 8)

Tabulka 8 Odhadované mzdové náklady agentury

(Zdroj: vlastní zpracování)

Pracovní pozice	Typ úvazku	Měsíční náklady (Kč)	Roční náklady (Kč)
Všeobecná sestra S3	1,0	34 672,- (23 944,- + 10 728,- pojistné)	416 064,-
Všeobecná sestra S2	1,0	32 205,- (22 288,- + 9 917,- pojistné)	386 460,-

Zdravotně-sociální pracovník	1,0	34 672,- (23 944,- + 10 728,- pojistné)	416 064,-
Fyzioterapeut	1,0	34 672,- (23 944,- + 10 728,- pojistné)	416 064,-
Pečovatelka (2x)	1,0	41 876,- ((14 729,- + 6 209,-) x 2) - pojistné	502 512,-
Koordinátorka	1,0	40 066,- (27 560,- + 12 506,- pojistné)	480 792,-
CELKEM	-	218 163,-	2 617 956,-

Celkové odhadované roční mzdové náklady plánované agentury domácí péče budou ve výši 2 617 956,-. Všichni zaměstnanci, kteří jsou uvedeni v tabulce (Tab. 8) budou pracovat na hlavní pracovní poměr s úvazkem 1,0.

Vzhledem k současnému zvyšování cen za energie v roce 2022, je nutné v rámci fixních nákladů dále počítat s pesimistickou a optimistickou variantou (pro energie, vodné, stočné a topení), která je uvedena v následující tabulce (Tab. 9).

Tabulka 9 Optimistická a pesimistická varianta cen za energie, vodu, stočné a topení
(Zdroj: vlastní zpracování)

FIXNÍ NÁKLADY ZA ENERGIE, VODU, STOČNÉ A TOPENÍ		
Varianta	Měsíční náklady (Kč)	Roční náklady (Kč)
Pesimistická	6 000,-	72 000,-
Optimistická	3 000,-	36 000,-
CELKOVÉ FIXNÍ NÁKLADY (při navýšení či snížení cen za energie)		
Varianta	Měsíční náklady (Kč)	Roční náklady (Kč)
Pesimistická	273 809,-	3 285 708,-
Optimistická	270 809,-	3 249 708,-

Z výše uvedené tabulky (Tab. 9) vyplývá, že pokud by i nadále rostly ceny za energie, vodné, stočné a topení, musela by plánovaná agentura domácí péče na Opavsku počítat s náklady vyššími (pesimistická varianta) o 2 000,- vůči realistické variantě. V opačném případě,

kdyby došlo ke snižování cen, platila by měsíčně agentura 3 000,- za energie, vodu, stočné a topení. Zároveň by se zvýšily nebo snížily celkové fixní náklady. Zdali by při změně cen za tyto energie agentura prosperovala na trhu, je vyjádřeno ve výsledku hospodaření v podkapitole 8.8.3.

Variabilní náklady agentury

Variabilní náklady jsou takové náklady, jejichž objem roste spolu s objemem poskytovaných služeb, a proto je značně obtížné je dopředu odhadnout. Přehled odhadovaných variabilních nákladů agentury zobrazuje tabulka (Tab. 10) v realistické variantě.

Tabulka 10 Odhadované variabilní náklady agentury část první
(Zdroj: vlastní zpracování)

Položka	Měsíční náklady (Kč)	Roční náklady (Kč)
Náklady na provoz vozidel – PHM (benzín)	5 600,- (1 400,- x 4)	67 200,-
Mzdová účetní – dohoda o provedení práce	10 000,- (129,80 Kč/hod)	38 940,-
Uklízečka – dohoda o provedení práce	10 000,- (96,40 Kč/hod)	28 920,-
CELKEM	25 600,-	135 060,-

První položkou variabilních nákladů tvoří náklady na provoz vozidel. Všechny automobily, které budou pořízené na operativní leasing mají pohon na benzín. V realistické variantě bude agentura počítat s částkou 1 400 Kč/na jedno vozidlo/měsíčně. Mzdové náklady na dohodu o provedení práce patří mezi variabilní náklady. Při této formě pracovní smlouvy nemusí zaměstnavatel za své zaměstnance platit sociální pojištění. Limitem je pouze počet 300 hodin/rok. Mzdová účetní bude mít mzdu dle 8. platové třídy 129,80 Kč/hod, přičemž si vydělá 38 940 Kč ročně. Mzda uklízečky bude ve výši 96,40 Kč/hod s maximálním výdělkem za rok 28 920 Kč. I ve variabilních nákladech je zapotřebí pro pohonné hmoty počítat s dalšími dvěma variantami – optimistická a pesimistická, které jsou zobrazeny v tabulce (Tab. 11)

Tabulka 11 Optimistická a pesimistická varianta cen za pohonné hmoty/jedno vozidlo/měsíčně

VARIABILNÍ NÁKLADY ZA POHONNÉ HMOTY		
Varianta	Měsíční náklady (Kč)	Roční náklady (Kč)
Optimistická	4 000,- (1 000,- x 4)	48 000,-
Pesimistická	8 000,- (2 000,- x 4)	96 000,-
CELKOVÉ VARIABILNÍ NÁKLADY; část první (při zvýšení či snížení cen za pohonné hmoty)		
Varianta	Měsíční náklady (Kč)	Roční náklady (Kč)
Optimistická	42 900,-	342 660,-
Pesimistická	36 100,-	261 060,-

Tabulka (Tab. 11) znázorňuje optimistickou a pesimistickou variantu cen za pohonné hmoty. Nejvyšší náklady na čtyři vozidla/měsíčně bude mít agentura při pesimistické variantě, a to ve výši 8 000,- Kč. Zdali by při změně cen za pohonné hmoty agentura prosperovala na trhu, je vyjádřeno ve výsledku hospodaření v podkapitole 8.8.3.

Tabulka 12 Odhadované variabilní náklady agentury část druhá
(Zdroj: vlastní zpracování)

Položka	Pesimistická varianta (15 klientů)	Realistická varianta (25 klientů)	Optimistická varianta (35 klientů)
Spotřební zdravotnický materiál	1 800,- (120 x 15)	3 000,- (120 x 25)	4 200,- (120 x 35)
Náklady na léky	6 300,- (420 x 15)	10 500,- (420 x 25)	14 700,- (420 x 35)
Měsíční náklady (Kč)	8 100,-	13 500,-	18 900,-

Roční náklady (Kč)	97 200,-	162 000,-	226 800,-
---------------------------	----------	-----------	-----------

Tabulka č. 12 poukazuje na variabilní náklady, které zahrnují medikamenty a spotřebu zdravotnického materiálu. Každý pacient má specifické potřeby a je mu poskytována odlišná zdravotní péče, proto je opět velmi těžké odhadnout tyto náklady předem. Z tohoto důvodu byl tento druh nákladů konzultován s Ing. XXX, která je zaměstnancem Charity Opava. Výdaje potřebné na zajištění léků byly odhadnuty na 420 Kč/pacient/měsíc, na spotřební zdravotnický materiál agentura potřebuje cca 120 Kč/pacient/měsíc.

V rámci odhadu případného počtu klientů se agentura bude zabývat optimistickou (vysokým počtem klientů), pesimistickou (nízkým počtem klientů) a realistickou variantou.

8.8.2 Plán výnosů a příjmů agentury

Plánovaná agentura domácí péče bude financována z více zdrojů. Nejdůležitějším příjmem budou úhrady od zdravotních pojišťoven, se kterými se bude agentura snažit uzavřít smlouvy, a to ještě před začátkem svého provozu. Aktuální výše úhrad vychází z vyhlášky č. 396/2021 Sb. o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2022. Hodnota bodu pro odbornost 925 je stanovena na 1,09 Kč. Oproti roku 2021 dále došlo ve veřejném zájmu k navýšení bodové hodnoty dopravního výkonu domácí péče z 14,66 bodů/km na 16,49 bodů/km, což je přibližně o 13 %. Seznam výkonů odbornosti 925 je uveden v Příloze č. 1. Dalším výnosem budou přímé platby od pacientů, a to v případě, kdy zdravotní péče nebude indikována ošetřujícím lékařem a nebude hrazena zdravotní pojišťovnou.

V případě potřeby budou všechny náklady agentury v počátečním období pokryty podnikatelským úvěrem, který bude zřízen v bance MONETA Money bank. Formu budoucích výnosů agentury představují dotace, sbírky a sponzorské dary, z tohoto důvodu nejsou v současné chvíli zahrnuty v aktuálním finančním plánu.

Předpokládáme-li, že budeme mít pacienta, u kterého provedeme ošetrovací návštěvu Typu II., fyzickou asistenci (např. nácvik sedu, stoje, chůze a udržení rovnováhy) a lokální ošetření místa do 10 cm² při přepravě k nemocnému 4 km, bude výnos činit 697,1,-.

Následující tabulka (Tab. 13) zobrazuje předpokládané příjmy za ošetření 1 pacienta Typ II.

Tabulka 13 Předpokládané příjmy za ošetření 1 pacienta Typ II.

(Zdroj: vlastní zpracování)

Název	Body	Přepočet na Kč	Kč/Měsíc	Kč/Rok
Ošetřovací návštěva DP – Typ II. 45 minut	344	374,96,-	11 248,8,-	134 985,6,-
Přeprava k pacientovi	16,49/km	69,26,-	2 077,8,-	24 933,6,-
Fyzická asistence při poskytování DP	178	194,02,-	5 820,6,-	69 847,2,-
Lokální ošetření do 10 cm ²	54	58,86,-	1 765,8,-	21 189,6,-
CELKEM	-	697,1,-	20 913,-	250 956,-

V současné chvíli nelze přesně posuzovat, jaké typy výkonů budou prováděny, jelikož každý člověk je jedinečná bytost a má své specifické potřeby, tudíž u některých klientů bude bodové hodnocení nižší, u jiných zase vyšší. Pro účely této práce byly vybrány ty výkony, u kterých si autorka myslí, že se budou nejčastěji vykonávat.

Tabulka 14 Předpokládané příjmy za ošetření pacientů v rámci pesimistické, optimistické a realistické variantě

(Zdroj: vlastní zpracování)

Počet pacientů (varianta)	Ošetřovací návštěva DP Typ II. (viz. Tab. 13)	Kč/Měsíc	Kč/Rok
Pesimistická (15)	10 456,5,- (697,1,- x 15)	313 695,-	3 764 340,-
Realistická (25)	17 427,5,- (697,1,- x 25)	522 825,-	6 273 900,-
Optimistická (35)	24 398,5,- (697,1,- x 35)	731 955,-	8 783 460,-

Předpokládané příjmy za ošetření pacientů na základě pesimistické, optimistické a realistické variantě jsou znázorněny v tabulce (Tab. 14). Největší příjmy ročně (8 783 460,-) agentura získá, jakmile bude poskytovat výkony, které jsou uvedené v tabulce (Tab. 13), a to 35 pacientům.

8.8.3 Výsledek hospodaření agentury

Výsledek hospodaření (dále jen VH), dříve označovaný jako „hospodářský výsledek“, vyjadřuje rozdíl mezi výnosy a náklady za dané období. Vstupní náklady jsou finance (jednorázové roční), které musí plánovaná agentura domácí péče na Opavsku vynaložit ještě před tím, než zahájí svůj provoz.

Pro stanovení celkové výše VH, byla vypočtena měsíční částka na 23 357,5 Kč.

Tabulka 15 Odhadovaný výsledek hospodaření agentury v rámci pesimistické, realistické a optimistické variantě/měsíc

(Zdroj: vlastní zpracování)

MĚSÍČNĚ/ZAOKROUHLIENĚ			
	Pesimistická varianta (15 pacientů)	Realistická varianta (25 pacientů)	Optimistická varianta (35 pacientů)
Celkové náklady	333 267,-	334 267,-	337 067,-
Vstupní náklady	23 358,-	23 358,-	23 358,-
Fixní náklady	273 809,-	271 809,-	270 809,-
Variabilní náklady	36 100,-	39 100,-	42 900,-
Celkové výnosy	313 695,-	522 825,-	731 955,-
Výsledek hospodaření (VH = V-N)	-19 572,-	188 558,-	394 888,-

Tabulka (Tab. 15) znázorňuje odhadovaný VH plánované agentury domácí péče NÁRUČ za první měsíc svého působení. Z této tabulky vyplývá, že na základě pesimistické varianty ošetření 15 pacientů/den, bude agentura ve ztrátě -19 572,- Kč. V dalších dvou variantách, tedy realistická a optimistická, bude plánované zařízení v prvním měsíci v zisku.

Tabulka 16 Odhadovaný výsledek hospodaření v rámci pesimistické, realistické a optimistické variantě/rok

(Zdroj: vlastní zpracování)

ROČNĚ			
	Pesimistická varianta (15 pacientů)	Realistická varianta (25 pacientů)	Optimistická varianta (35 pacientů)
Celkové náklady	3 827 058,-	3 839 058,-	3 872 658,-
Vstupní náklady	280 290,-	280 290,-	280 290,-
Fixní náklady	3 285 708,-	3 261 708,-	3 249 708,-
Variabilní náklady	261 060,-	297 060,-	342 660,-
Celkové výnosy	3 764 340,-	6 273 900,-	8 783 460,-
Výsledek hospodaření (VH = V-N)	-62 718,-	2 434 842,-	4 910 802,-

Výše uvedená tabulka (Tab. 16) zobrazuje odhadovaný roční výsledek hospodaření ve všech třech variantách. Jestliže bude plánovaná agentura poskytovat domácí zdravotní péči celkem 15 klientům denně s výkony, které jsou uvedené v tabulce (Tab. 13), bude celkový výsledek hospodaření ve ztrátě -62 718,- Kč. Nejpravděpodobnější alternativou je ošetření 25 pacientů/den (realistická varianta), kdy výsledek hospodaření značí zisk v hodnotě 2 434 842,- Kč. Agentura dosáhne svého zisku i v případě optimistické varianty, a to ve výši 4 910 802,- Kč.

Hospodářský zisk bude použit na:

- Rozšíření zdravotnického vybavení;
- Rozšíření nabídky poskytovaných služeb o půjčovnu kompenzačních pomůcek;
- Poskytnutí zaměstnaneckých benefitů (příspěvky na stravování, na rekreaci, na penzijní připojištění) a odměn;
- Nečekané výdaje.

Pro zajištění dostatku finančních prostředků i v následujících letech, plánuje agentura domácí péče NÁRUČ oslovit vedení Moravskoslezského kraje o poskytnutí dotací na podporu domácí zdravotní péče. Dále se bude snažit zajistit finance formou sponzorských darů či sbírek, které budou představovat v budoucnu další zdroj financování.

Je nutné uvést, že v případě neuzavření podnikatelského úvěru v bance MONETA Money bank v hodnotě 1 000 000,- Kč a smluvních vztahů o úhradách výkonů se zdravotními pojišťovnami, nebylo by možné projekt plánované agentury domácí péče na Opavsku ufinancovat.

8.8.4 Bod zvratu

Bod zvratu je klíčovým nástrojem finanční analýzy, díky kterému se zjišťuje, jaký objem produkce bude pro organizaci neztrátový a neziskový. Zisk se začíná tvořit v tom případě, kdy se celkové výnosy rovnají nákladům. Objem produkce je v tomto případě počet ošetřovacích hodin.

Tabulka 17 Bod zvratu (1)

(Zdroj: vlastní zpracování)

$Q = FN / (p - b)$
Q – objem produkce (počet ošetřovacích hodin)
FN – fixní náklady v realistické variantě (271 809,-)
p – částka za ošetření 1 pacienta (cena výrobku; 697,1,-)
b – částka za náklady na ošetření 1 pacienta (variabilní náklady na jeden výrobek; 540)
$Q = 271\ 809 / (697,1 - 540)$
$Q = 271\ 809 / 157,1$
<u>$Q = 1\ 730,16$</u>

Plánovaná agentura domácí péče dosáhne v realistické variantě bodu zvratu při 1 730,16 ošetřovacích hodinách.

Tabulka 18 Bod zvratu (2)

(Zdroj: vlastní zpracování)

$Q = FN/(p - b)$
Q – objem produkce (počet ošetřovacích hodin)
FN – fixní náklady v pesimistické variantě (273 809,-)
p – částka za ošetření 1 pacienta (cena výrobku; 697,1,-)
b – částka za náklady na ošetření 1 pacienta (variabilní náklady na jeden výrobek; 540)
$Q = 273\ 809 / (697,1 - 540)$
$Q = 273\ 809 / 157,1$
<u>Q = 1 742,89</u>

Plánovaná agentura domácí péče dosáhne v pesimistické variantě bodu zvratu při 1 742,89 ošetřovacích hodinách.

Tabulka 19 Bod zvratu (3)

(Zdroj: vlastní zpracování)

$Q = FN/(p - b)$
Q – objem produkce (počet ošetřovacích hodin)
FN – fixní náklady v optimistické variantě (270 809,-)
p – částka za ošetření 1 pacienta (cena výrobku; 697,1,-)
b – částka za náklady na ošetření 1 pacienta (variabilní náklady na jeden výrobek; 540)
$Q = 270\ 809 / (697,1 - 540)$
$Q = 270\ 809 / 157,1$
<u>Q = 1 723,80</u>

Plánovaná agentura domácí péče dosáhne v optimistické variantě bodu zvratu při 1 723,80 ošetřovacích hodinách.

8.9 Časová analýza projektu

Časová analýza se zabývá procesy, které jsou potřebné pro řízení projektu z hlediska času. Nesmírně důležité je dodržení logických návazností činností a určení optimálních termínů pro jejich realizaci. Z harmonogramu projektu plánované agentury domácí péče (viz. Příloha č. V) vyplývá, že celkový předpokládaný čas nutný pro založení agentury domácí péče bude celkem 314 dní. Začíná zpracováním projektu pro založení domácí péče a končí okamžikem zahájení provozu. Nejdelší aktivitou v projektu bude marketingová propagace, která začne již 3 měsíce před otevřením agentury. Dlouho trvající bude také uzavření pracovněprávních vztahů se zaměstnanci a navázání smluvních vztahů se zdravotními pojišťovnami o úhradách zdravotních služeb. Časový plán je vyobrazen v Příloze č. VI pomocí Ganttova diagramu. Horizontálně je zobrazeno časové období, číslo činnosti je uvedeno vertikálně. Některé úkony se překrývají z důvodu jejich současného trvání. Zahájení jednotlivých kroků pro realizaci projektového plánu bude v srpnu 2022 a agentura se uvede do provozu v červenci 2023.

8.10 Management rizik

Management rizik je oblast řízení zaměřující se na analýzu a snížení rizika pomocí různých metod. Smejkal a Rais (2013, s. 152) uvádějí, že riziko je:

- Pravděpodobnost či možnost vzniku ztráty, obecně nezdaru;
- Odchýlení skutečných a očekávaných výsledků;
- Pravděpodobnost jakéhokoliv výsledku, odlišného od výsledku očekávaného;
- Nebezpečí chybného rozhodnutí;
- Možnost, že specifická hrozba využije specifickou zranitelnost systému.

Aktivum – vše, co má pro subjekt hodnotu, která může být zmenšena působením hrozby.

Hrozba – je síla, událost, aktivita nebo osoba, která má nežádoucí vliv na bezpečnost nebo může způsobit škodu.

Zranitelnost – nedostatek, slabina nebo stav analyzovaného aktiva, který může hrozba využít pro uplatnění svého nežádoucího vlivu.

Protipatření – je postup, proces, procedura, technický prostředek nebo cokoliv, co bylo speciálně navrženo pro zmírnění působení hrozby (její eliminaci), snížení zranitelnosti nebo dopadu hrozby.

Dojde-li k působení hrozby na aktivum, vzniká riziko. Jestliže jsou splněny tyto dvě následující podmínky, pak se mluví o riziku:

1. Výsledek musí být nejistý;
2. Alespoň jeden z možných výsledků je nežádoucí.

8.10.1 Řešení rizikových situací

Nejdříve je potřeba riziko ohodnotit (materiální škoda se snadno vyčíslí, naproti tomu nelze tak snadno ohodnotit nehmotná aktiva). Jakmile je riziko ohodnoceno, přistupuje se ke stanovení priorit.

Jedná se o stanovení stupnice významnosti rizik, jaké mají postavení a jakou váhu ve skupině vyskytujících se rizik a podle jejich významnosti se rozhoduje o způsobech a prioritách jejich řešení. Pro účely plánované agentury domácí péče na Opavsku bude zpracována kvantitativní analýza pomocí matice rizik.

Potenciální rizika agentury NÁRUČ – domácí péče:

- Ekonomická náročnost spojená se zřízením nové agentury (R1);
- Legislativní a administrativní úkony (zákony a vyhlášky) (R2);
- Nedostatek kvalifikovaného a erudovaného zdravotnického personálu (R3);
- Nespolupráce s lékaři a zdravotními pojišťovnami (R4).

Klasifikace rizik podle pravděpodobnosti jejich vzniku a závažnosti důsledků pro plánovanou agenturu domácí péče na Opavsku je zobrazena v následující tabulce (Tab. 20).

Pravděpodobnost vzniku rizika (P) je vyjádřeno v rozmezí 1–4, přičemž:

1. Málo pravděpodobné;
2. Pravděpodobné;
3. Velmi pravděpodobné;
4. Vysoce pravděpodobné.

Stejně rozmezí čísel je zvoleno i v případě důsledků, kdy:

1. Lehké důsledky;
2. Střední důsledky;
3. Těžké důsledky;

4. Kritické důsledky.

Tabulka 20 Klasifikace rizik dle pravděpodobnosti jejich vzniku a závažnosti důsledků
(Zdroj: vlastní zpracování)

Rizika	Pravděpodobnost vzniku (P)	Dopad (D)
R1	3	3
R2	2	4
R3	3	4
R4	4	4

Matice rizik je jedním z grafických nástrojů, který slouží pro posouzení jednotlivých rizik a k jejich následnému rozhodnutí, jaká protiaopatření nastavit, aby se eliminovali či snížily důsledky.

Tabulka 21 Matice rizik
(Zdroj: vlastní zpracování)

Pravděpodobnost vzniku rizika	4.				R4
	3.			R1	R3
	2.				R2
	1.				
		1.	2.	3.	4.
		Dopad			

Legenda barev:

	NÍZKÉ RIZIKO		VYSOKÉ RIZIKO
	STŘEDNÍ RIZIKO		EXTRÉMNÍ RIZIKO

8.10.2 Hodnocení a návrh opatření

Ekonomická náročnost spojená se zřízením nové agentury (R1)

- Jedná se o riziko velmi pravděpodobné a pro fungování agentury by to znamenalo těžkou závažnost důsledků. Podle matice rizik spadá ekonomická náročnost, která je spojená se zřízením nové agentury do kategorie vysokého rizika;
- Základní vstupní kapitál bude tvořen z financí samotné zakladatelky, což může vyústit v neefektivní zacházení s těmito prostředky;
- Již na samotném počátku bude však zřízen podnikatelský úvěr v bance MONETA, díky kterému bude možné projekt plánované agentury ufinancovat.

Legislativní a administrativní úkony (zákony a vyhlášky) (R2)

- Jde o riziko pravděpodobné a tyto úkony by měly pro plánovanou agenturu domácí péče na Opavsku kritické důsledky. Stejně jako R1 jej lze podle matice rizik umístit do kategorie vysokého rizika;
- Při zakládání nové agentury je kladen velký důraz na dodržování všech podmínek, které vycházejí z platných zákonů a vyhlášek České republiky. Důležité je, aby nic nebylo opomenuto;
- V rámci předcházení případných rizik je doporučeno dostatečně nastudovat veškeré materiály, které jsou spojené se zakládáním nové agentury domácí péče.

Nedostatek kvalifikovaného a erudovaného zdravotnického personálu (R3)

- Je riziko velmi pravděpodobné a pro fungování agentury by mělo kritické důsledky. Dle matice rizik je tento nedostatek personálu zařazen do kategorie extrémní riziko.
- V případě nezajištění dostatečného počtu kvalifikovaného zdravotnického personálu, by nebylo možné zahájit provoz agentury.
- České zdravotnictví se posledních pár let potýká s nedostatkem zdravotnického personálu, s finančním podhodnocením a s ním souvisejícím odchodem zdravotníků do zahraničí;
- Tomuto riziku by mohla plánovaná agentura domácí péče předejít nastavením vysokého mzdového ohodnocení, zaměstnaneckými benefity (příspěvky na stravování, na rekreaci, případně na penzijní připojištění, odměny, podpora

celoživotního vzdělávání, slevy v lékárnách, permanentky apod.) a zajištěním psychologického poradenství.

Nespolupráce s lékaři a zdravotními pojišťovnami (R4)

- Je vysoce pravděpodobným rizikem (V Moravskoslezském kraji v okrese Opava se v současné chvíli nachází celkem 6 zařízení, která poskytují domácí zdravotní péči) a s ním souvisejí i kritické důsledky. Tato nespolupráce ze strany lékařů a zdravotních pojišťoven proto spadá do kategorie extrémního rizika.
- V případě, že by nedošlo k uzavření smluv o úhradách zdravotních služeb se zdravotními pojišťovnami, byla by poskytována zdravotní péče za přímou úhradu klientem. Existuje totiž možnost, že na trhu bude poskytovat služby domácí péče takové množství zdravotnických zařízení, že budou již naplněny kapacity zdravotních pojišťoven pro uzavírání smluv a úhradách zdravotní péče.
- Ovlivnit tohle riziko je značně složité. Agentura se však může na výběrové řízení důkladně připravit díky kvalitně zpracovanému podnikatelskému plánu.
- Před samotnou realizací zakládání agentury je nezbytně důležité udělat průzkum u zdravotních pojišťoven a dále zjistit u indikujících lékařů, zda jsou ochotni spolupracovat na trhu s nově nastupující agenturou domácí péče.

9 ZHODNOCENÍ PROJEKTU

Projektová část se zabývala sestavením podnikatelského plánu pro založení agentury domácí péče. Byl představen harmonogram jednotlivých kroků, které jsou potřebné při zakládání agentury. Byly stanoveny materiálně-technické a hygienické požadavky a to tak, aby byl zajištěn bezpečný provoz plánované agentury. V dalších podkapitolách bylo shrnuto personální zajištění, marketingový a finanční plán, časová analýza a management rizik.

V rámci marketingového plánu bylo určeno poslání, vize a cíle plánované agentury domácí péče. Cílem marketingového mixu je oslovit potenciální klienty a informovat je o možnosti využití služeb domácí péče na Opavsku. Finanční plán byl rozdělen na nákladovou a výnosovou část. Díky výsledku hospodaření bylo možné ukázat, zda bude agentura schopná provozu a k čemu případný zisk bude použit. Pro zajištění dostatku finančních prostředků i v následujících letech, plánuje agentura oslovit vedení Moravskoslezského kraje o poskytnutí dotací na podporu domácí zdravotní péče. Časový plán byl zpracován pomocí Ganttova diagramu. Matice rizik identifikovala rizika, která by mohla agenturu případně ohrozit. Na to bylo sestaveno hodnocení a návrh opatření. Mezi nejzávažnější rizika patří nedostatek kvalifikovaného a erudovaného zdravotnického personálu a nespolupráce s lékaři a zdravotními pojišťovkami.

Je třeba zmínit, že každý klient má rozdílné potřeby a je důležité ke každému přistupovat individuálně, a proto nelze předem odhadnout přesné náklady na zdravotní péči.

Projekt plánované agentury domácí péče na Opavsku bude úspěšně implementován do praxe pouze za předpokladu udělení povolení krajským úřadem, uzavření smluvních vztahů se zdravotními pojišťovkami o úhradách zdravotních služeb, spolupráce s indikujícími lékaři a dostatečného počtu klientů a kvalifikovaného zdravotnického personálu.

ZÁVĚR

Hlavním cílem diplomové práce bylo sestavení projektu, který povede k založení a provozu agentury domácí péče, tak, aby byl realizovatelný a finančně udržitelný. Tento cíl práce byl splněn.

Teoretická část charakterizovala domácí péči, formy poskytované domácí péče, její historii, legislativu a financování této péče v České republice. Také bylo nahlédnuto na podnikatelský plán, včetně jeho náležitostí, které vedou k zahájení podnikání. Závěr této části práce se věnoval neziskové organizaci, marketingu, marketingu služeb a marketingovému mixu ve zdravotnictví.

V analytické části byly zjišťovány podmínky pro založení samotné agentury. Zpracována byla PEST analýza, která zkoumala politicko-právní, ekonomické, sociálně-kulturní a technologické faktory. Porterův model pěti konkurenčních sil se zabýval stávající konkurencí agentur na Opavsku, hrozbou nově vznikající konkurence a substitučních služeb a dále zkoumal, jaký vliv mají dodavatelé a odběratelé. SW analýzu v případě plánovaného zařízení agentury domácí péče nebylo možné použít, neboť tato organizace v současnosti neexistuje, a proto nelze ani v tuto chvíli posoudit její silné a slabé stránky. Byla stanovena pouze data pro OT analýzu, tedy příležitosti a hrozby. Zásadní příležitostí pro plánovanou agenturu domácí péče je potřeba posílení tohoto segmentu péče, a to v obcích, které se nacházejí v blízkosti bruntálského okresu. Jistou příležitostí je stárnutí obyvatel v Moravskoslezském kraji, nízká kapacita sociálních lůžek a vysoké výdaje na nemocniční lůžkovou péči. Nesmírně důležitá je také potřeba prožití důstojného života v domácím prostředí s rodinou. Hrozbu představuje nespolupráce ze strany ošetřujících lékařů a zdravotních pojišťoven, nedostatek kvalifikovaného zdravotnického personálu, ekonomická náročnost a legislativní úkony.

Na podkladě jednotlivých analýz byla zpracována projektová část diplomové práce. Tato část se věnovala personálnímu zajištění, materiálně-technickému a hygienickému vybavení, jež je nezbytné k zajištění provozuschopnosti. Nezbytnou součástí bylo sestavení marketingového plánu, časové a rizikové analýzy počítaje finančního plánu, který je spojený se vznikem domácí péče a jejím následným provozem. Důležité je poukázat na to, že projekt zpracovaný v této podobě je možné realizovat a finančně udržet.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AMA: Nová definice marketingu, © 2021. *SALES NEWS* [online]. IVITERA [cit. 2021-10-25]. Dostupné z: <https://www.salesnews.cz/obchod-a-marketing/trendy-id-2737816/ama-nova-definice-marketingu-id-574765>

BOROVSKÝ, Juraj, Eva SMOLKOVÁ a Lenka JAKUBŮV, 2011. *Marketing ve zdravotnictví*. Praha: České vysoké učení technické, 98 s. ISBN 978-80-01-04801-6.

ČESKO, 1997. Zákon č. 48 ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 16/1997. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>

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: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 74/2012. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-258>

ČESKO, 2004. Zákon č. 96 ze dne 4. února 2004 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 30/2004. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

ČESKO, 2010. Vyhláška č. 221 ze dne 16. července 2010 o požadavcích na věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení a o změně vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 51/1995 Sb., kterou se mění a doplňuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, a mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě (vyhláška o požadavcích na věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 75/2010. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2010-221>

ČESKO, 2011. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 33/2012. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

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: *Sbírka*

zákonů České republiky. Částka 109/2012. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-306>

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: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 36/2012. Dostupné také 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: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 39/2012. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99>

ČESKO, 2012. Zákon č. 89/2012 Sb. ze dne 3. února 2012, občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 33/2012. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>

ČESKO, 2019. Vyhláška č. 269 ze dne 18. října 2019, kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 109/2012. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-306>

ČESKO, 2021. Vyhláška č. 396 ze dne 29. října 2021 o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2022. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 117/2019. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2021-396>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2018. *Český statistický úřad Domácí zdravotní péči využívá 142 tisíc pacientů* [online]. Praha [cit. 2021-10-25]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/domaci-zdravotni-peci-vyuziva-142-tisic-pacientu>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2020. *Věk a věková struktura obyvatel Moravskoslezského kraje v roce 2019* [online]. Ostrava: Krajská správa ČSÚ v Ostravě [cit. 2021-12-10]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xt/prumerny-vek-a-vekova-struktura-obyvatel-moravskoslezskeho-kraje-v-roce-2019>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2020. *Základní tendence demografického, sociálního a ekonomického vývoje Moravskoslezského kraje* [online]. Ostrava: Krajská správa ČSÚ v Ostravě [cit. 2021-12-10]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xt/zakladni-tendence-demografickeho-socialniho-a-ekonomickeho-vyvoje-moravskoslezskeho-kraje>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2021. *Okresy* [online]. Ostrava: Krajská správa ČSÚ v Ostravě [cit. 2021-12-14]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xt/okresy>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2021. *Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2010-2019* [online]. Praha: Český statistický úřad [cit. 2021-12-10]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-m6hwrlzbbw>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2021. *Zařízení sociálních služeb v Moravskoslezském kraji v roce 2019* [online]. Ostrava: Krajská správa ČSÚ v Ostravě [cit. 2021-12-10]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xt/zarizeni-socialnich-sluzeb-v-moravskoslezskem-kraji-v-roce-2019>

Domácí péče MOJE AMBULANCE, © 2021. *Kdo jsme* [online]. [cit. 2021-12-10]. Dostupné z: <https://www.ma-domacipece.cz/o-nas/kdo-jsme/>

Dům lékařů a.s., © 2011. *Koncepce domácí péče* [online]. Nový Jičín [cit. 2021-12-14]. Dostupné z: <http://www.dumlekaru.cz/en/home-care-domaci-pece/koncepce-domaci-pece/>

FOURASTIÉ, Jean, 1949. *Le Grand Espoir du XXe siècle: Progrès technique, progrès économique, progrès social*. Paris: Presses Universitaires de France, 427 s. ISBN 2070717046.

GLADKIJ, Ivan a kol., 2013. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

GRASSEOVÁ, Monika a kol., 2012. *Analýza podniku v rukou manažera: 33 nejpoužívanějších metod strategického řízení*. 2. vydání. Brno: BizBooks, 328 s. ISBN 978-80-265-0032-2.

HANZELKOVÁ, Alena, Miloslav KERŤKOVSKÝ a Oldřich VYKYPĚL, 2017. *Strategické řízení: Teorie pro praxi*. 3. přepracované vydání. Praha: C.H.Beck, 323 s. ISBN 978-80-7400-637-1.

HANZLÍKOVÁ, Alžbeta, 2004. *Komunitné ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 279 s. ISBN 80-8063-155-7.

Charita Hlučín, © 2018. *Výroční zpráva 2020* [online]. Hlučín [cit. 2021-12-10]. Dostupné z: <https://www.charitahlucin.cz/foto/web/18/soubory/vyrocní-zprava-2020-5-22.pdf>

Charita Opava, © 2018. *Charita Opava – O nás* [online]. Opava: Webap [cit. 2021-12-10]. Dostupné z: <https://www.charitaopava.cz/informace/o-nas/143>

IGNATIUS EKANEM, 2017. *Writing a Business Plan: A Practical Guide*. ISBN 9781138206021. Dostupné také z:

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&an=1544177&scope=site>

ILONA BRAY, 2019. *Effective Fundraising for Nonprofits: Real-World Strategies That Work*. ISBN 9781413326635. Dostupné také z:

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&an=2109775&scope=site>

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

JANIŠOVÁ, Dana a Mirko KŘIVÁNEK, 2013. *Velká kniha o řízení firmy: Praktické postupy pro úspěšný rozvoj organizace*. Praha: Grada, 400 s. ISBN 978-80-247-4337-0.

JAROŠOVÁ, Darja, 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada, 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7.

KALVACH, Zdeněk, 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

KOTLER, Philip a Kevin Lane KELLER, 2016. *Marketing management*. 15th Edition. Boston: Pearson, 692 s. ISBN 978-013-3856-460.

KOTLER, Philip, 2014. *Marketing*. 6. vydání. Praha: Grada, 864 s. ISBN 978-80-247-0513-2.

KOŽUCHOVÁ, Mária a kol., 2014. *Domáca ošetrovateľská starostlivosť*. Martin: Osveta, 244 s. ISBN 978-80-80-63-414-8.

KRÁTKÁ, Anna a Gabriela ŠILHÁKOVÁ, 2008. *Ošetrovatelství v komunitní péči*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 159 s. ISBN 978-80-7318-726-2.

KURZYCZ, © 2000–2021. *GERIANA – Domáci zdravotní péče s.r.o.* [online]. [cit. 2021-12-10]. Dostupné z: <https://rejstrik-firem.kurzy.cz/04965396/geriana-domaci-zdravotni-pece-sro/>

Mapy.cz [online], ©2022. [cit. 2022-02-19]. Dostupné z: <https://mapy.cz/zakladni?x=17.7374288&y=49.9010346&z=12&source=muni&id=4696>

Medea domácí péče Opava s. r. o., 2021. *O společnosti* [online]. [cit. 2021-12-10]. Dostupné z: <https://vesalius.cz/medea-domaci-pece-opava/>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky, ©2016. *Seznam zdravotních výkonů* [online]. [cit. 2021-12-10]. Dostupné z: https://szv.mzcr.cz/Vykon?cislovykonu=&nazevvykonu=&odbornost=925&aktivni=true&fbclid=IwAR1LICYa8HX3Av0yOwbN7zrxk_LQCPi12ZBhZwv5b9kNPzP0yNIXor1ePM M&sort=Revize&dir=Dsc

Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2021. *Koncepce domácí péče* [online]. [cit. 2021-12-10]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/10/Koncepce_DP_po_II_VPR_final.pdf

MISCONIOVÁ, Blanka. In: *Domácí péče: Otázky a odpovědi* [online]. Praha: Národní centrum domácí péče České republiky [cit. 2021-10-25]. Dostupné z: https://aa.ecn.cz/img_upload/07bc9d1453b4bc61934a7ebb36075df2/domacipece.pdf

OASA Group, © 2015. *Agentura domácí péče* [online]. [cit. 2021-12-10]. Dostupné z: <http://www.oasagroup.cz/zakladni-informace/s-190/>

PADYŠÁKOVÁ, Hana a Olga KOVÁČSOVÁ, 2010. Manažment domácej ošetrovateľskej starostlivosti In: *Ošetrovateľský obzor* [online]. Bratislava: Slovenská zdravotnícka univerzita [cit. 2021-10-25]. Dostupné z: <https://www.osestrovatelsky.herba.sk/index.php/rok-2010/34-6-2010/199-manazment-domacej-osestrovatelskej-starostlivosti>

PELIKÁNOVÁ, Anna, 2016. *Účetnictví, daně a financování pro nestátní neziskovky*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0339-3.

Peníze.cz, © 2000–2022. *Výpočet čisté mzdy 2022* [online]. [cit. 2022-02-19]. Dostupné z: <https://www.penize.cz/kalkulacky/vypocet-ciste-mzdy#mzda>

Pojišťovna VZP, a. s., ©2022. *Pojištění majetku a odpovědnosti zdravotnických zařízení Smluvní lékař: Komplexní ochrana rizik* [online]. [cit. 2022-03-02]. Dostupné z: <https://www.pvzp.cz/cs/produkty/pojisteni-majetku-a-odpovednosti/pojisteni-majetku-odpovednosti-zdravotnickych-zarizeni-smluvni-lekar/>

PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a kol., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

RŮČKOVÁ, Petra, 2015. *Finanční analýza: Metody, ukazatele, využití v praxi*. 5. aktualizované vydání. Praha: Grada, 152 s. ISBN 978-80-247-5534-2.

SLANÝ, Jaroslav, 2014. *Řízení domácí a chronické péče*. Žilina: Georg, 117 s. ISBN 978-80-8154-063-9.

SLOUKA, David, 2017. *Vedení a marketing malých zdravotnických zařízení: Příručka pro praxi*. Praha: Grada, 144 s. ISBN 978-80-271-9814-6.

SMEJKAL, Vladimír a Karel RAIS, 2013. *Řízení rizik ve firmách a jiných organizacích*. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4644-9.

SMITH, Sandra Fuci a Donna J. DUELL, 1989. *Clinical Nursing Skills: Nursing Process Model, Basic to Advanced Skills*. 2. vydání. Norwalk: Appleton & Lange, 1044 s. ISBN 0-8385-1303-4.

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

SRPOVÁ, Jitka, Václav ŘEHOŘ a kol., 2010. *Základy podnikání: Teoretické poznatky, příklady a zkušenosti českých podnikatelů*. Praha: Grada, 427 s. ISBN 978-80-247-3339-5.

STAŇKOVÁ, Pavla, 2013. *Marketingové řízení nemocnic*. Žilina: Georg, 208 s. ISBN 978-80-89401-64-2.

STRUCK, Uwe, 1992. *Přesvědčivý podnikatelský plán: Předpoklad získání potřebného kapitálu*. Praha: Management Press, 136 s. ISBN 80-85603-12-8.

SVOZILOVÁ, Alena, 2016. *Projektový management: Systémový přístup k řízení projektů*. 3. aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada, 424 s. ISBN 978-80-271-9472-8.

SYNEK, Miloslav a kol., 2011. *Manažerská ekonomika*. 5. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 471 s. ISBN 978-80-247-3494-1.

ŠKOLOUDOVOVÁ, Markéta, 2008. Management agentury domácí péče In: *Vysoká škola zdravotnická* [online]. Praha: Vysoká škola zdravotnická [cit. 2021-10-25]. Dostupné z: https://is.vszdrav.cz/el/vsz/leto2021/PAMAD3240/um/Management_agentury_domaci_pec_e.pdf?kod=PAPKP4685

T-Mobile Czech Republic a.s., ©2022. *Mobilní tarify pro podnikatele a firmy* [online]. [cit. 2022-03-02]. Dostupné z: <https://www.t-mobile.cz/podnikatele-firmy/tarify>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2020. *Stručný přehled činnosti oboru domácí zdravotní péče za období 2007–2019: NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ SYSTÉM – AMBULANTNÍ PÉČE* [online]. [cit. 2022-02-17]. Dostupné z:

<https://www.uzis.cz/res/f/008341/nzis-rep-2020-k31-a089-domaci-zdravotni-pece-2019.pdf>

VEBER, Jaromír, Jitka SRPOVÁ a kol., 2012. *Podnikání malé a střední firmy*. 3. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 332 s. ISBN 978-80-247-4520-6.

ZAVÁZALOVÁ, H. – ZIKMUNDOVÁ, K. – ZAREMBA, V. 2004. Terénní zdravotnické a sociální služby pro seniory. In KALVACH, Z a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

ZLÁMAL, Jaroslav, 2006. *Marketing ve zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 150 s. ISBN 80-7013-441-0.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ADP	Asociace domácí péče
Bc.	Bakalář
DPH	Daň z přidané hodnoty
EKG	Elektrokardiogram
EU	Evropská unie
HDP	Hrubý domácí produkt
CHKO	Chráněná krajinná oblast
Ing.	Inženýr
IT	Informační technologie
KDP	Komplexní domácí péče
Mgr.	Magistr
MSK	Moravskoslezský kraj
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NCDP	Národní centrum domácí péče
NOZ	Nový občanský zákoník
NZZ	Nestátní zdravotnické zařízení
ONV	Okresní národní výbor
OPS	Obecně prospěšná společnost
RBP	Revírní bratrská pojišťovna
Sb.	Sborník
ÚNZ	Ústav národního zdraví
VH	Výsledek hospodaření
VOŠ	Vyšší odborná škola
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	Světová zdravotnická organizace

z. ú. Zapsaný ústav

ZP Zdravotní pojišťovna

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Tři fáze přípravy a realizace podnikatelského plánu	23
Obrázek 2 Specifické znaky služeb	29
Obrázek 3 Komplexní produkt (příklad: domácí péče)	31
Obrázek 4 Celkové výdaje na zdravotní péči v Česku v letech 2010-2019–v mld. Kč; podíl na HDP	40
Obrázek 5 Výdaje na zdravotní péči v ČR dle typu poskytovatele v letech 2018-2019 (v mld. Kč)	44
Obrázek 6 Výdaje na zdravotní péči v ČR dle typu poskytovatele v letech 2015-2019 (v %)	45
Obrázek 7 Obecně-geografická mapa okresu Opava k 1. 1. 2016	46
Obrázek 8 Věkové složení obyvatel Moravskoslezského kraje v letech 2009 a 2019	48
Obrázek 9 Pět sil formujících strukturální atraktivitu odvětví	50
Obrázek 10 Pacienti v domácí péči v letech 2007-2019	55
Obrázek 11 Mapa s označením sídla agentury	72

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Výdaje na zdravotní péči v České republice podle zdrojů financování 2010-2019 (v mil. Kč).....	42
Tabulka 2 Výdaje na zdravotnictví dle druhu poskytnuté péče v letech 2010, 2015 až 2019 (mld. Kč).....	43
Tabulka 3 Počet obyvatel a poskytovatelů domácí péče v Moravskoslezském kraji včetně počtu obyvatel na 1 poskytovatele.....	51
Tabulka 4 OT analýza	57
Tabulka 5 Snímek pracovního dne zaměstnance.....	68
Tabulka 6 Odhadované fixní provozní náklady agentury	74
Tabulka 7 Mzdy zaměstnanců na úvazek 1,0 dle superhrubé mzdy	75
Tabulka 8 Odhadované mzdové náklady agentury	76
Tabulka 9 Optimistická a pesimistická varianta cen za energie, vodu, stočné a topení.....	77
Tabulka 10 Odhadované variabilní náklady agentury část první	78
Tabulka 11 Optimistická a pesimistická varianta cen za pohonné hmoty/jedno vozidlo/měsíčně	79
Tabulka 12 Odhadované variabilní náklady agentury část druhá	79
Tabulka 13 Předpokládané příjmy za ošetření 1 pacienta Typ II.....	81
Tabulka 14 Předpokládané příjmy za ošetření pacientů v rámci pesimistické, optimistické a realistické variantě	81
Tabulka 15 Odhadovaný výsledek hospodaření agentury v rámci pesimistické, realistické a optimistické variantě/měsíc	82
Tabulka 16 Odhadovaný výsledek hospodaření v rámci pesimistické, realistické a optimistické variantě/rok	83
Tabulka 17 Bod zvratu (1).....	84
Tabulka 18 Bod zvratu (2).....	85
Tabulka 19 Bod zvratu (3).....	85
Tabulka 20 Klasifikace rizik dle pravděpodobnosti jejich vzniku a závažnosti důsledků ..	88

Tabulka 21 Matice rizik.....88

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Seznam výkonů odbornosti 925 hrazených zdravotní pojišťovnou

Příloha P II: Stručný přehled činnosti oboru domácí zdravotní péče za období 2007-2019

Příloha P III: Informační leták plánované agentury domácí péče NÁRUČ

Příloha P IV: Odhadované vstupní náklady agentury

Příloha P V: Harmonogram projektu agentury domácí péče

Příloha P VI: Ganttův diagram

PŘÍLOHA P I: SEZNAM VÝKONŮ ODBORNOSTI 925 HRAZENÝCH ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNOU

Číslo	Název	Doba trvání (minut)	Frekvence vyšetření	Body
06311	Zavedení, ukončení domácí péče, administrativní činnost v domácí péči	60	-	523
06313	Ošetrovací návštěva DP – Typ I.	30	3/1 den	229
06315	Ošetrovací návštěva DP – Typ II.	45	3/1 den	344
06317	Ošetrovací návštěva DP – Typ III.	60	3/1 den	459
06318	Ošetrovací návštěva DP – Typ IV.	15	3/1 den	115
06319	Fyzická asistence při poskytování DP	30	3/1 den	178
06321	Vyšetření stavu pacienta sestrou ve vlastním sociálním prostředí	-	1/1 týden	8
06323	Odběr biologického materiálu		3/1 den	6
06325	Aplikace ordinované parenterální terapie pro zajištění periferních vstupů	-	3/1 den	44
06326	Aplikace ordinované parenterální terapie pro zajištění centrálních vstupů	-	3/1 den	46
06327	Ošetření stomií střevních typů	-	3/1 den	1
06328	Ošetření stomií typu PEG, nefrostomie, epicystostomie a tracheostomie	-	3/1 den	25
06329	Lokální ošetření do 10 cm ²	-	3/1 den	54
06330	Lokální ošetření nad 10 cm ²	-	3/1 den	78
06331	Cévkování, laváže a ošetření permanentních katetrů	-	3/1 den	51
06332	Klyzma, výplach	-	3/1 den	47

06333	Aplikace inhalační a léčebné terapie p.o., s.c., i.m., i.v., UV či instalace léčiv	-	3/1 den	5
06334	Aplikace léčebné terapie p.o, GTT	-	3/1 den	1
06335	Nácvik a zaučování aplikace inzulínu	-	3/1 den, 30/1 měsíc	5
06349	Ošetrovatelská péče o pacienta v terminálním stádiu	-	1/ den	0
06324	Převaz PICC	-	3/1 měsíc	476

PŘÍLOHA P II: STRUČNÝ PŘEHLED ČINNOSTI OBORU DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE ZA OBDOBÍ 2007-2019

Obor domácí zdravotní péče 2019

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ SYSTÉM – AMBULANTNÍ PÉČE
ZDRAVOTNICTVÍ ČR: Stručný přehled činnosti oboru domácí zdravotní péče za období 2007–2019
NZIS REPORT č. K/31 (08/2020)

Příloha č. 1. Absolutní počty pacientů oboru domácí zdravotní péče v časovém trendu

II. Činnost	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Počet návštěv: celkem	5 090 074	5 514 780	5 727 098	5 709 983	5 914 598	6 006 011	5 915 804	6 935 449	7 955 094	6 917 313	6 283 277	6 445 616	6 495 692
Počet výkonů: celkem								7 163 884	14 877 244	12 880 068	12 491 007	13 060 265	13 765 775
III. Pacienti v domácí péči													
Počet pacientů DZP: celkem	134 436	136 982	145 249	143 423	147 014	148 011	146 336	140 953	135 569	141 369	138 303	139 824	143 932
Počet pacientů DZP: 0–19 let	512	930	772	656	332	393	506	546	585	621	565	565	613
Počet pacientů DZP: 20–64 let	28 961	29 072	31 861	28 952	30 381	29 757	28 534	25 193	21 852	24 525	21 937	21 305	22 652
Počet pacientů DZP: 65 let a více	104 963	106 980	112 616	113 815	116 301	117 861	117 296	115 214	113 132	116 223	115 801	117 954	121 267
Počet pacientů DZP: muži	47 939	48 067	51 691	51 154	52 438	52 913	53 761	51 353	48 945	54 832	51 873	53 048	56 397
Počet pacientů DZP: ženy	86 497	88 915	93 558	92 269	94 576	95 098	92 575	89 600	86 624	86 537	86 430	86 776	87 535
I. Doplnující údaje													
Dostupnost DZP nepřetržitě ano = 1 ne = 0	335	318	322	322	310	311	317	318	319	317	328	310	318
Přítomnost DZP v okres: ano = 1 ne = 0	285	267	280	288	289	293	290	306	321	346	346	330	328

Přetvořená data zobrazují podíl nezadáných údajů, které jsou v jednotlivých letech aproximovány ze struktury známých typů zdravotnických zařízení a vyplněných údajů.

PŘÍLOHA P III: INFORMAČNÍ LETÁK PLÁNOVANÉ AGENTURY DOMÁCÍ PÉČE NÁRUČ

NÁRUČ – agentura domácí péče



„Naším posláním je zajistit klientům kvalitní zdravotní a ošetrovatelskou péči v jejich domácím prostředí, zajistit podporu nejen jim, ale i rodinám tak, aby byla zachována lidská důstojnost a jedinečnost každého člověka.“

Jaké služby nabízíme?

- *Kvalitní zdravotní a ošetrovatelskou péči v přirozeném sociálním prostředí klienta;*
- *Péči o nemocné v terminálním stádiu nemoci;*
- *Poskytování sociálního poradenství.*

Komu služby poskytujeme?

- *Všem klientům bez rozdílu věku, národnosti, pohlaví či rasy.*

Jaká je cena služeb?

- *Domácí péče indikovaná ošetřujícím lékařem je poskytována bezplatně (hrazena zdravotní pojišťovnou);*
- *V opačném případě je poskytnuta za přímou úhradu klientem.*

Sídlo agentury: Litultovice 202, 747 55

Provozní doba a telefonní kontakty:

Kancelář: pondělí-pátek; 8-16 hodin; +420 112 233 445.

V ostatní době v případě nutnosti +420 998 877 665.

E-mail: agenturanaruc@domacipece.cz

Webová stránka: www.naruc-agenturadomacipece.cz

Facebook, Instagram: NÁRUČ – agentura domácí péče

Zodpovědná osoba: Bc. Martina Rolná

PŘÍLOHA P IV: ODHADOVANÉ VSTUPNÍ NÁKLADY AGENTURY

Položka	Ks	Kč/Ks	Celkem Kč
Vybavení agentury – stůl, židle, šatní skříň, regály do skladu	-	-	55 000,-
Vybavení agentury – kancelářské potřeby	-	-	1 500,-
Malé spotřebiče – konvice, lednice, mikrovlnná trouba	-	-	3 800,-
Zdravotnický software ORDIN HomeCare	1	4 840,-	4 840,-
Tiskárna se scannerem	1	7 000,-	7 000,-
Skartovačka	1	800,-	800,-
Notebook	1	10 000,-	10 000,-
Dotykový mobilní telefon	5	2 500,-	12 500,-
Akontace vozidla (10 %)	4	36 150,-	144 600,-
Glukometr, irigátor, tonometr	2+1+2	800+200+500,-	2 800,-
Fonendoskop, lékařský teploměr	2+2	325+100,-	850,-
Box na přepravu biologického materiálu + pomůcky	1	6 500,-	6 500,-
Ambuvak	1	600,-	600,-
Chladicí box na léky	3	1 000,-	3 000,-
Lékárnička	1	1 000,-	1 000,-
Vybavená zdravotnická brašna	4	1 500,-	6 000,-
Materiály k propagaci	500	2,-	1 000,-
Přenosný kyslíkový koncentrátor	1	13 000,-	13 000,-
Nákup zdravotnického oblečení pro personál – halena, kalhoty, obuv	-	-	4 000,-

Správní poplatky – výpis z obchodního rejstříku, z rejstříku trestů, poplatek na krajský úřad	-	-	1 500,-
CELKEM			280 290,-

PŘÍLOHA P V: HARMONOGRAM PROJEKTU AGENTURY DOMÁCÍ PÉČE

Číslo	Název činnosti	Délka trvání (dny)	Termín realizace
1	Zpracování projektu	25	Srpen-Září/2022
2	Vyřízení dokumentů potřebných k založení ústavu a jeho zapsání do veřejného rejstříku	10	Září/2022
3	Vytvoření provozního řádu a jeho schválení KHS Moravskoslezského kraje	10	Říjen/2022
4	Žádost o udělení povolení poskytování zdravotnických služeb (na Krajský úřad v Ostravě)	30	Říjen- Listopad/2022
5	Výběrové řízení poskytovatele zdravotní péče	15	Listopad/2022
6	Navázání smluvních vztahů se zdravotními pojišťovnami o úhradách služeb	45	Prosinec/2022; Leden/2023
7	Sjednání podnikatelského úvěru	20	Únor/2023
8	Uzavření smlouvy o pronájmu prostor	3	Březen/2023
9	Uzavření smluv nutných k provozu	6	Březen/2023
10	Nákup vybavení	10	Březen/2023
11	Marketingová propagace	65	Duben- Červen/2023
12	Uzavření pracovněprávních vztahů se zaměstnanci	50	Duben- Květen/2023
13	Sjednání operativního leasingu automobilů	20	Květen- Červen/2023
14	Zahájení provozu	5	Červenec/2023

PŘÍLOHA P VI: GANTTŮV DIAGRAM

Číslo činnosti	Termín realizace												
	08/2022	09/2022	10/2022	11/2022	12/2022	01/2023	02/2023	03/2023	04/2023	05/2023	06/2023	07/2023	
1	■	■											
2		■											
3			■	■									
4			■	■									
5				■									
6					■	■							
7						■							
8							■	■					
9								■	■				
10								■	■				
11									■	■			
12									■	■			
13									■	■			
14											■		

