

Projekt zřízení Domova asistovaného bydlení s intenzivní péčí jako alternativa ústavní péče

Bc. Ana-Iuliana Hejdová

Diplomová práce
2024



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky

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

Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Bc. Ana-Iuliana Hejdová
Osobní číslo: M210197
Studijní program: N0413A050020 Management ve zdravotnictví
Forma studia: Kombinovaná
Téma práce: Projekt zřízení Domova asistovaného bydlení s intenzivní péčí jako alternativa ústavní péče

Zásady pro vypracování

Úvod

Definujte cíle práce a použité metody zpracování práce.

I. Teoretická část

- Zpracujte teoretické poznatky z prostudované literatury k tématice diplomové práce.

II. Praktická část

- Představte projekt a analyzujte prostředí zřizované organizace.
- Vytvořte projekt založení Domova asistovaného bydlení s intenzivní péčí.
- Zhodnoťte přínosy a rizika realizace projektu.

Závěr

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

Seznam doporučené literatury:

- DRÁBKOVÁ, Jarmila a HÁJKOVÁ, Soňa. *Následná intenzivní péče*. Edice postgraduální medicíny. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4470-7.
- KAEMER, Karla a LINK, Juergen. *Management in der ambulanter Pflege: Besser organisieren – sicherer fuehren*. Hannover: Schluetersche, 2022. ISBN 384-26-913-94.
- KRECHOVSKÁ, Michaela; HEJDUKOVÁ, Pavlína a HOMMEROVÁ, Dita. *Řízení neziskových organizací: klíčové oblasti pro jejich udržitelnost*. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-247-3075-2.
- SLOUKA, David. *Vedení a marketing malých zdravotnických zařízení: příručka pro praxi*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0469-7.
- STRAUB, Silvia a SPERLING, Martin. *Controlling und Businessplan: Konkrete Entscheidungshilfen fuer Krankenhaus und Gesundheitsunternehmen*. Berlin: MWV, 2018. ISBN 395-46-632-01.

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

Datum zadání diplomové práce: **10. února 2023**
Termín odevzdání diplomové práce: **21. dubna 2023**

L.S.

prof. Ing. David Tuček, Ph.D.
děkan

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

Ve Zlíně dne 10. února 2023

**PROHLÁŠENÍ AUTORA
BAKALÁŘSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE**

Prohlašuji, že

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

Prohlašuji,

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

Ve Zlíně 17.04.2024

Jméno a příjmení: Ana – Iuliana Hejdová

.....
podpis diplomanta

ABSTRAKT

Předmětem diplomové práce je vytvoření podnikatelského plánu začínající organizace, která nabídne služby pro ventilované pacienty mimo nemocniční zařízení. V teoretické části jsou objasněny pojmy, které souvisejí s poskytováním péče pacientům s umělou plicní ventilací a náležitostmi podnikatelského plánu. Praktická část práce je vytvořena jako podnikatelský plán, který zahrnuje nezbytné části pro jeho realizaci. Představení organizace, analýza prostředí, personální, marketingový, realizační a finanční plán, dále rizika a přínosy vytvořeného projektu jsou obsahem podnikatelského plánu.

Klíčová slova: umělá plicní ventilace, podnikatelský plán, PEST analýza, Porterova analýza, SWOT analýza, Marketingový mix 4P

ABSTRACT

The subject of the thesis is the creation of a business plan for a start-up organization that will offer services for ventilated patients outside of hospital facilities. In the content of the theoretical part, terms related to the provision of care to patients with artificial lung ventilation and the essentials of a business plan are clarified. The practical part of the thesis is created as a business plan, which includes the necessary parts for its implementation. Presentation of the organization, analysis of the environment, personnel, marketing, implementation and financial plan, as well as risks and benefits of the created project are the content of the business plan.

Keywords: mechanical ventilation, business plan, PEST analysis, Porter analysis, SWOT analysis, 4P marketing mix

Poděkování

Mé upřímné poděkování patří vedoucímu práce prof. MUDr. Jaroslavu Slanému, CSc., za jeho povzbuzující podporu, cenné rady a připomínky, které obohatily nejen moji diplomovou práci.

Dále bych ráda poděkovala manželovi, Marku Hejdovi, mému nejlepšímu kamarádovi Dipl. Ing. Thomasi Löglerovi a mé rodině za snahu pomoci, čas a porozumění během psaní diplomové práce i po celou dobu studia.

V neposlední řadě mé poděkování patří také všem lidem, kteří byli ochotni poskytnout informace související s problematikou diplomové práce.

„Největší chyba, kterou v životě můžete udělat, je mít pořád strach, že nějakou uděláte.“

Elbert Hubbard

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

OBSAH

ÚVOD	9
CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ÚSTAVNÍ PÉČE	12
1.1 VYMEZENÍ POJMU ZDRAVOTNÍ ÚSTAVNÍ PÉČE	12
1.2 LŮŽKOVÁ ZDRAVOTNÍ PÉČE	12
1.3 SLUŽBY NÁSLEDNÉ A DLOUHODOBÉ PÉČE	13
1.4 VLIV ÚSTAVNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE NA NEMOCNÉHO	14
2 INTENZIVNÍ PÉČE	15
2.1 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA	15
2.2 POSKYTOVATELÉ NÁSLEDNÉ A DLOUHODOBÉ INTENZIVNÍ PÉČE.....	16
2.2.1 NIP a DIOP	16
2.2.2 Další poskytovatelé intenzivní péče v ČR	17
3 UMĚLÁ PLICNÍ VENTILACE	19
3.1 CHARAKTERISTIKA UPV	19
3.2 DOMÁCÍ UMĚLÁ PLICNÍ VENTILACE	21
3.3 ASISTOVANÝ ŽIVOT	22
4 PODNIKATELSKÝ PLÁN	23
4.1 TITULNÍ STRANA, OBSAH, ÚČEL DOKUMENTU.....	23
4.2 EXEKUTIVNÍ SOUHRN	24
4.3 CHARAKTERISTIKA PRODUKTU A POPIS PODNIKU	24
4.4 ANALÝZA TRHU.....	25
4.5 PERSONÁLNÍ ZABEZPEČENÍ.....	28
4.6 MARKETINGOVÝ PLÁN	29
4.7 REALIZAČNÍ PROJEKTOVÝ PLÁN	30
4.8 FINANČNÍ PLÁN	30
4.9 RIZIKA PROJEKTU	32
5 SHRNUÍ TEORETICKÉ ČÁSTI	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	34
6 PŘEDSTAVENÍ PROJEKTU	35
6.1 TITULNÍ STRANA, ÚČEL DOKUMENTU	35
6.2 EXEKUTIVNÍ SOUHRN	36
6.3 POPIS ORGANIZACE A CHARAKTERISTIKA SLUŽEB	37
7 ANALÝZA PROJEKTU	39

7.1	PEST ANALÝZA	39
7.2	PORTEROVA ANALÝZA	52
7.3	SWOT ANALÝZA	57
7.4	DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ.....	62
7.4.1	Dotazník pro pracoviště Následné intenzivní péče	62
7.4.2	Dotazník pro organizace Domácí péče	65
8	SHRUTÍ ANALYTICKÉ ČÁSTI	66
9	PROJEKT ZŘÍZENÍ DOMOVA ASISTOVANÉHO BYDLENÍ S INTENZIVNÍ PÉČÍ.....	68
9.1	CHARAKTERISTIKA ZALOŽENÍ ORGANIZACE.....	68
9.2	PERSONÁLNÍ PLÁN.....	69
9.3	MARKETINGOVÝ PLÁN	71
9.3.1	Mise, vize, cíle a strategický směr	71
9.3.2	Marketingový mix	72
9.4	REALIZAČNÍ PLÁN	78
9.5	FINANČNÍ PLÁN	80
9.5.1	Náklady	81
9.5.2	Příjmy	85
9.5.3	Bod zvratu	86
9.5.4	Hospodářský výsledek	88
9.5.5	Cash flow	94
9.6	HODNOCENÍ VÝKONNOSTI.....	95
9.7	RIZIKA PROJEKTU	96
9.8	PŘÍNOSY PROJEKTU	98
10	ZHODNOCENÍ PROJEKTU	99
	ZÁVĚR	100
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	101
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	108
	SEZNAM OBRÁZKŮ	109
	SEZNAM TABULEK.....	110
	SEZNAM GRAFŮ	112
	SEZNAM PŘÍLOH.....	113

ÚVOD

Rozvoj zdravotnictví a sociálních služeb v České republice je bezpochyby v zájmu každého občana naší země. Výběr z vícero možností, jak uspokojovat specifické potřeby klientů, je jedním ze znaků vyspělé společnosti. Poskytování služeb zdravotní péče klientům s umělou plicní ventilací je primárně v kompetenci ústavních zařízení. V posledních letech se tyto služby rozšířily i do agentur domácí péče, které působí v rámci domácí umělé plicní ventilace. V České republice zatím neexistuje žádné zdravotně-sociální zařízení, které by nabízelo vhodné služby klientům s podporou dýchání. Z tohoto důvodu vznikly nové pracoviště Následné ventilační péče, které za určitých podmínek umožňují pobyt v ústavních zařízeních na dobu neurčitou. Snaha najít řešení pro tyto klienty je jedním z kroků k jejich lepšímu životu. Přesto v České republice stále chybí nabídka služeb, která by zajistila poskytování intenzivní péče ventilovaným pacientům v náhradním bydlení mimo nemocniční zařízení.

Cílem diplomové práce je vytvoření projektu na zřízení Domova asistovaného bydlení s intenzivní péčí jako alternativy ústavní péče, který bude nabízet služby klientům s potřebou intenzivní péče a bude podávat důležité informace potřebné k jeho realizaci.

Nejen počet ventilovaných pacientů, ale také komplexní péče o tyto pacienty s sebou přináší fakt, že je pro ně a pro ústavní zařízení prospěšné, aby byly zřízeny nové organizace typu domova s intenzivní péčí. K realizaci záměru založení nové organizace přispívá teoretická část práce, která vysvětluje všechny podstatné okolnosti poskytování zdravotní péče klientům s umělou plicní ventilací a důležité body k vytvoření podnikatelského plánu pro otevření domova.

Praktická část aplikuje všechny získané informace do praxe. Představení organizace, analýzy jejího prostředí, dotazníkové šetření, marketingový mix, finanční plán a další části podnikatelského plánu vedou k promyšlení nejvhodnější cesty k realizaci projektu. Rizika, přínosy a hodnocení výkonnosti organizace přináší s sebou výsledky, které mohou ovlivnit celkový pohled na danou věc.

Přestože nejsou přesně stanoveny podmínky pro úhradu zdravotní péče v této oblasti služeb nebo nejsou zdravotně-sociální služby poskytované v domově dostatečně právně vymezeny, může být tato diplomová práce součástí rozvoje zdravotně-sociální péče u nás.

CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE

Hlavním cílem diplomové práce je vytvořit projekt, který bude schopný nabídnout služby klientům s trvalou umělou plicní ventilací v Domově asistovaného bydlení s intenzivní péčí.

Dílčím cílem je zpracovat teoretická východiska k tematice diplomové práce, která vychází z poskytování zdravotní péče a sestavení podnikatelského plánu. Součástí zpracování je charakteristika ústavní lůžkové péče, poskytování intenzivní péče pacientům s umělou plicní ventilací a souhrn částí podnikatelského plánu, které přiblíží danou tematiku.

Dalším dílčím cílem je představení projektu podle podnikatelského plánu a jeho analýza. V analytické části diplomové práce jsou zpracovány údaje pomocí PEST analýzy, Porterovy a SWOT analýzy. Další sběr informací je proveden technikou dotazování.

Posledním dílčím cílem je vytvořit projekt navazující na analytickou část podle podnikatelského plánu pro zřízení organizace. Součástí projektu jsou personální, marketingový, realizační a finanční plán, bez kterých nelze dosáhnout maximální úspěšnosti realizace projektu. Interpretace rizik, přínosů a hodnocení výkonnosti zakončí tento dílčí cíl práce.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ÚSTAVNÍ PÉČE

Existuje mnoho ústavů, jako jsou například různé výzkumné ústavy, ústavy sociální péče, ústavy zdravotní péče aj. Představují synonymum odborné, specializované instituce nebo organizace. Náležitosti ústavní péče ve zdravotnických zařízeních a její vliv na nemocného jsou blíže popsány v následujících kapitolách.

1.1 Vymezení pojmu zdravotní ústavní péče

„Ústav je právnická osoba ustavená za účelem provozování činnosti užitečné společensky nebo hospodářsky s využitím své osobní a majetkové složky. Výsledky činnosti ústavu jsou každému rovnocenně dostupné za podmínek předem stanovených, jak uvádí nový občanský zákoník.“ (Krechovská et al., 2018, s. 34)

Lůžková zdravotnická zařízení (např. nemocnice) jsou poskytovatelem ústavní zdravotní péče. Je definováno mnoho forem zdravotní péče, například domácí péče, jednodenní péče, lázeňská péče, stacionární péče atd. Do nemocničních zařízení se mimo jiné primárně řadí ambulantní a lůžková zdravotní péče. Ambulantní zdravotní péče nevyžaduje hospitalizaci pacienta, zatímco lůžková zdravotní péče je charakteristická přijetím pacienta do některého ze zdravotnických ústavů k pobytu.

Některá zdravotnická zařízení mohou být zřizována jako neziskové organizace, které jsou vymezeny zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, který popisuje právní formy organizací: spolek, nadace, nadační fond a ústav (Česko, 2012).

Přestože tato diplomová práce ve svém názvu vytváří projekt organizace, která má být alternativou ústavní péče, což přesněji znamená alternativu péče ve veřejném zdravotnickém zařízení, jako je např. nemocnice, tak bude Domov asistovaného bydlení s intenzivní péčí založen z legislativního hlediska jako ústav. I přes toto právní označení je pro Domov asistovaného bydlení s intenzivní péčí charakteristické osobní sociální zázemí, které klienti mohou nazývat „svým domovem“.

1.2 Lůžková zdravotní péče

Charakter onemocnění a doporučení lékaře ambulantní péče nebo přímo poskytovatele lůžkové péče jsou dva základní kroky k přijetí nemocného do zdravotnického zařízení. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném

znění, definuje lůžkovou péči jako „zdravotní péči, kterou nelze poskytnout ambulantně a pro jejíž poskytnutí je nezbytná hospitalizace pacienta“ (Česko, 2011).

Dle Hamplové (2019) se lůžková péče ve zdravotnických zařízeních poskytuje v rámci nepřetržitého provozu a je poskytována jako:

- **akutní lůžková péče standardní**, která je poskytována pacientům s náhlým onemocněním nebo náhlým zhoršením chronického onemocnění, kteří nejsou ohroženi na životě, nebo je poskytována za účelem provedení zdravotnických výkonů, které nelze provést ambulantně;
- **akutní lůžková péče intenzivní** je poskytována pacientům, kteří jsou ohroženi na životě, nastává u nich náhlé selhání základních životních funkcí nebo také v případě rizika jejich selhání;
- **následná lůžková péče**, která je poskytována pacientům se stanovenou diagnózou jejich onemocnění, při kterém došlo ke stabilizaci zdravotního stavu a jeho následné potřebě doléčení nebo poskytnutí léčebně rehabilitační péče; dále pacientům, kteří vyžadují částečně nebo zcela **podporu** základních životních funkcí;
- **dlouhodobá lůžková péče** je poskytována pacientům, u kterých léčebná péče nevede podstatně ke zlepšení jejich stavu a bez ošetrovatelské péče může dojít zase k jeho zhoršení; dále pacientům, kteří mají **poruchu** základních životních funkcí.

1.3 Služby následné a dlouhodobé péče

Jak je již v předchozí kapitole popsána definice následné a dlouhodobé lůžkové péče dle Hamplové, podobně ji specifikuje i zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v § 9 Lůžková péče. V praxi to ale de facto vypadá odlišně, neboť tyto dva typy lůžkové péče nejsou dostatečně rozlišeny a mnoho zařízení poskytuje jak následnou, tak i dlouhodobou lůžkovou péči dohromady (Holmerová, 2014, s. 41).

Horecký (2021) poukazuje, že dlouhodobá péče jako taková představuje také komplexní soubor sociálně-zdravotní péče poskytující služby osobám s omezenou mírou funkční, fyzické nebo kognitivní kapacity, které jsou delší období závislé na pomoci při každodenních činnostech. Jinak řečeno, dlouhodobá péče je koncept ucelené podpory poskytované lidem s omezenou soběstačností. Klientem se může stát každý člověk na základě sociálně-zdravotní charakteristiky, nikoli na základě věku.

„Nepropustitelní pacienti“ mění role LDN a také následné péče, která by právě měla plnit hlavně roli doléčovací a rehabilitační. Bohužel tomu tak mnohdy z důvodu podfinancování systému a nedostatečnému personálnímu obsazení není (Horecký, 2021).

Dále Horecký (2021, s. 9) zmiňuje, jak *„naléhavá je potřeba provázat jednotlivé služby (především zdravotní a sociální, které jsou mnohdy zcela oddělené), koordinovat přístup a individualizovat jej (účelně a účinně) na míru danému člověku“*. Wija (2019) také popisoval provázanost služeb jako integraci složek bydlení v přirozené komunitě, individuální osobní péči a lékařskou péči.

Spojitosť jednotlivých služeb podle Horeckého a Wija směřuje k naplnění cíle dlouhodobé, ale i následné péče dle WHO (2002 cit. podle Wija, 2019, s. 7), která ho definuje jako *„zachování co nejvyšší možné kvality života v souladu s individuálními preferencemi a co nejvyšší míry nezávislosti, autonomie, participace, osobního naplnění a důstojnosti.“*

1.4 Vliv ústavní zdravotní péče na nemocného

Technické pokroky, rozvoj vědy a medicíny, nové diagnosticko-terapeutické postupy umožňují rychleji vyřešit problémy nemocných, které odpovídají jejich stavu a jejich možnosti je řešit (Zacharová, 2017). Podle stavu pacienta, složitosti diagnostických nebo léčebných postupů je pacient přijímán k hospitalizaci do nemocnice. Hospitalizace je bez ohledu na nemoc pacienta závažnou změnou v jeho dosavadním způsobu života (Bártlová, 2005). Vedle omezení životních potřeb dochází nepochybně během hospitalizace k narušení soukromí, ke změnám v prožívání nemoci, k pocitům méněcennosti při různých léčebných režimech, omezení kontaktu s rodinou, ale také přebytkem volného času apod. Hospitalizací je u některých pacientů výrazně narušena psychosociální sféra života nebo se může pacient i rychle adaptovat a využívat předností pobytu v nemocnici. Existují značné rozdíly, jak pacienti na hospitalizaci reagují. Z psychologického hlediska je nejvhodnější, aby pacient byl v prostředí, které zná. Dlouhodobá hospitalizace může zásadně ovlivnit duševní stav nemocného. Tento stav se nazývá hospitalismus (Zacharová, 2017).

Hospitalismus neboli silná citově negativní reakce na pobyt v lůžkovém zařízení je důsledek negativních faktorů. Pacient je nečinný, musí se podřítit režimu oddělení – ranní vstávání, čas jídla, nemocniční oblečení, omezené návštěvy, klidový režim, snížení jeho osobních zájmů apod. Reakcí na hospitalizaci bývá netečnost, deprese, apatie, nechutenství, nespavost, smutek či pláč (Rapčan, 2021). Předjít těmto reakcím lze nepochybně včasným propuštěním pacienta do prostředí, které je mu vlastní.

2 INTENZIVNÍ PÉČE

V případě poskytování zdravotní péče v ústavních zařízeních, existují různé druhy péče, které samotná organizace nabízí. Největší zastoupení intenzivní péče spadá do druhu léčebné a ošetrovatelské péče, které jsou ve zdravotnických zařízeních součástí nejen jednotky intenzivní péče, ale také odděleních následné intenzivní péče (NIP) nebo dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP).

2.1 Základní charakteristika

Intenzivní péče se zaměřuje na pacienty se život ohrožujícími poruchami, kteří jsou podrobněji, kontinuálněji sledováni a léčeni léčbou, která není dostupná na standardních odděleních (Zadák a Havel, 2017).

Lůžka intenzivní péče (ARO, JIP) poskytují nepřetržitou lékařskou, zdravotní nelékařskou a ošetrovatelskou péči pacientům, u kterých hrozí nebo již vzniklo selhání základních životních funkcí (Kapounová, 2020). Nalos (2016) dokládá, že jsou zde hospitalizováni pacienti s primárním akutním nebo chronickým onemocněním, popřípadě jsou jejich životní funkce ohroženy následkem úrazu nebo chirurgické či jiné lékařské intervence.

Dle Zadáka a Havla (2017) se rozeznávají tři úrovně intenzivní péče:

- **Intenzivní péče I. stupně (nižší)** – zabezpečuje kontinuální monitorování, možnost okamžité resuscitace, krátkodobé ventilace (do 24 hodin) a zvýšenou sesterskou péči.
- **Intenzivní péče II. stupně (vyšší)** – tento stupeň je poskytován ve všech regionálních všeobecných nemocnicích. K základnímu monitorování se přidává invazivní monitoring, měření srdečního výdeje a dlouhodobá plicní ventilace. Péči poskytuje stabilní lékařský tým se zvýšenou sesterskou a ošetrovatelskou péčí.
- **Intenzivní péče III. stupně (nejvyšší)** – resuscitační péče je poskytována ve velkých oblastních a fakultních nemocnicích, je zaměřena na celý rozsah intenzivní péče v oblasti kritických stavů různé etiologie. Jednotka je zajištěna specialisty medicíny, speciální sesterskou péčí, nutriční a rehabilitační péčí. Tyto jednotky mají komplexnější přístup ke všem diagnostickým a vyšetřovacím metodám. Pracují zde také lékaři, kteří jsou v přípravě na specializaci z intenzivní medicíny a mají mimo jiné své vědecké a výzkumné úkoly.

Efektivně a kvalitně fungující jednotka intenzivní péče v současné době musí poskytovat péči pro přiměřený počet přiměřeně těžce nemocných pacientů, provoz musí být zajištěn

každých 24 hodin 7 dní v týdnu plně kvalifikovaným lékařským i dalším zdravotnickým personálem a oddělení musí mít přiměřené technické a přístrojové vybavení. Evropská společnost pro intenzivní péči ESICM vydala doporučení a podmínky pro strukturu a organizační aspekty jednotky intenzivní péče (Nalos, 2016). Další požadavky na minimální technické a personální vybavení je uvedeno ve vyhlášce MZ ČR č. 92/2012 Sb. a 99/2012 Sb. (Zadák a Havel, 2017).

2.2 Poskytovatelé následné a dlouhodobé intenzivní péče

Zvyšující se počet pacientů s potřebou intenzivní péče měl za následek zhodnocení organizační struktury pracovišť a legislativní vytvoření dalších navazujících samostatných jednotek v rámci intenzivní péče. Toto rozhodnutí nebylo žádoucí jen z organizačního nebo kapacitního hlediska, ale i z hlediska etického, neboť se pacientům na jednotkách intenzivní péče nedostávalo patřičné péče holistickým přístupem (Malbrain, 2013 cit. podle Drábkové a Hájkové, 2018, s. 34).

2.2.1 NIP a DIOP

Vznik těchto typů pracovišť se datuje zhruba na začátek 21. století. Dříve se tato nemocniční oddělení nazývala Oddělení chronické intenzivní péče nebo Oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče. Jednotky byly ponechány ve správě pracovišť anesteziologie a resuscitace (Vacek, 2021, s. 14). V následujících letech vznikaly nová oddělení NIP a DIOP, které vytvořily pro chod samostatných oddělení zcela jiný typ následné terapeuticko-ošetrovatelské péče v rámci pracovního režimu (Malbrain, 2013 cit. podle Drábkové a Hájkové, 2018, s. 34).

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování definuje pracoviště NIP a DIOP takto:

- **následná intenzivní péče** se poskytuje pacientům, kteří jsou částečně nebo úplně závislí na **podpoře** vitálních funkcí (ve většině případů se jedná o umělou plicní ventilaci – UPV); NIP spadá do následné lůžkové péče, která je poskytovaná pacientům ve stabilním zdravotním stavu a vyžaduje ještě následné doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče;
- **dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče** je poskytována pacientům s **poruchou** vitálních funkcí; DIOP spadá do dlouhodobé lůžkové péče, při které je nezbytná

soustavná ošetrovatelská péče, bez které by se zdravotní stav pacientů zhoršoval, neboť léčebná péče podstatně nevykazuje žádná zlepšení (Česko, 2011).

Po stabilizaci stavu jsou pacienti s nutností podpory dýchání překládáni na oddělení NIP. V případě, že pacienti už nepotřebují UPV, ale vyžadují invazivní zajištění dýchacích cest a intenzivní ošetrovatelskou péči, tak jsou přeloženi na oddělení DIOP. Ne však všechna nemocniční zařízení disponují právě těmito následnými stanicemi intenzivní péče (Seidl, 2023). Překlad a příjem na lůžka intenzivní péče se děje vždy po dohodě mezi pracovištěm ARO nebo JIP a vedením oddělení NIP nebo DIOP. Tato dohoda není vždy jasná, pacient musí splňovat stanovené předpisy zdravotního stavu (Drábková a Hájková, 2018, s. 34).

Na odděleních NIP se většina pacientů potýká s dlouhodobým odvykáním od umělé plicní ventilace. Je to psychický problém s velkou závislostí a strachem. Demotivující je opakované selhání odpojení od přístroje. Právě potřeba UPV je základním rozdílem mezi péčí poskytovanou na oddělení NIP a DIOP (Suková a Knechtová, 2022). Mnohdy se NIP a DIOP řadí do paliativní péče, ale z pravidla tomu tak není. Většina nemocných je z hlediska základních životních funkcí stabilní a potřebují jen delší čas na doléčení, rehabilitaci nebo odpojení od podpůrných přístrojů. Stav pacientů nevyžaduje nadále hospitalizaci na akutním lůžku, někteří jsou mnohdy částečně či plně soběstační, a i přesto mohou vyžadovat některou z terapeutických intervencí, např. UPV (Suková a Knechtová, 2022). V případě, že pacient nemůže být z jakéhokoliv důvodu odpojen od dýchacího přístroje, musí uvažovat o dalších možnostech řešení jeho sociální situace. Existuje například řešení v podobě domácí umělé plicní ventilace – DUPV (Suková a Knechtová, 2022), kterou indikuje právě oddělení NIP (Drábková a Hájková, 2018, s. 35).

2.2.2 Další poskytovatelé intenzivní péče v ČR

Jak již bylo uvedeno v kapitole 2.2.1., existují v nemocnicích lůžka na odděleních NIP a DIOP, jejichž začátky se datují zhruba od počátku 21. století (Vacek, 2021, s. 14). V poslední době se začínají poskytovatelé a uživatelé zdravotní péče více zajímat o další „postupové stanice“ v rámci následné intenzivní péče. Již v roce 2003 vznikl program Domácí umělá plicní ventilace, kde jsou zařazeni pacienti s UPV a potřebou intenzivní péče ve vlastním sociálním prostředí. Další nová navazující oddělení, jako je Následná ventilační péče (NVP), lze organizovat od roku 2016. S touto možností také vzrůstá počet zdravotnických zařízení, které rozšiřují svá lůžková oddělení (Vacek, 2021, s. 16).

Nemocnice Ostrov v Karlovarském kraji otevřela v roce 2016 Oddělení ventilační péče, které spadá do pracovišť NVP. Toto zcela nové unikátní lůžkové oddělení pečuje o pacienty s UPV, kteří nemohou být z různých důvodů od přístroje odpojeni a zároveň nemohou být propuštěni do domácí péče v programu DUPV. Aby nemocní netrávili svůj celý život na jednotkách NIP mezi přísnými provozními režimy a sterilní clonou, poskytuje jim nemocnice Ostrov pokoje s domácím prostředím. Tyto pokoje jsou přizpůsobeny jejich osobnosti, přáním a individuálním potřebám. Pacientům je umožněno plno oblíbených denních aktivit, do kterých se aktivně zapojuje rodina. Oddělení ventilační péče poskytuje nejen stabilní sociální zázemí (vlastní pokoje) pro ventilované pacienty, ale také nabízí zatím zcela výjimečnou službu odlehčovací ventilační péče. Tuto službu využívají pečující osoby jako pomoc v péči o pacienty s DUPV (Penta Hospitals, 2024).

Mnohá zdravotnická zařízení vykazují péči poskytovanou v rámci NVP, ale nedisponují samotným chodem oddělení a ani soukromými pokoji v rámci ventilační péče. Tito pacienti jsou fyzicky hospitalizováni na pracovištích NIP, ale péče je vykazována jako NVP, protože poskytovatelé zdravotních služeb nemají adekvátní možnosti, kam tyto pacienty přeložit či propustit.

3 UMĚLÁ PLICNÍ VENTILACE

V současné době je umělá plicní ventilace (UPV) jedním ze základních postupů zajištění funkce dýchacích cest, bez které by se intenzivní péče neobešla (Dostál et al., 2023, s. 14).

V následujících kapitolách je charakterizována UPV a program DUPV.

3.1 Charakteristika UPV

Plicní ventilace je částečná nebo úplná podpora dýchacích cest pomocí ventilačního přístroje, který řídí samotné dýchání. Základním principem ventilovaného dýchání je proudění vzduchu/plynů do a z plic díky tlakovým gradientům (Kittnar, 2011).

UPV lze dělit podle:

- 1) délky nutné dýchací podpory,
- 2) způsobu průtoků plynů,
- 3) způsobu přístupu do dýchacích cest a
- 4) samotné dechové podpory pacienta.

Ad 1) Dle délky podpory dýchání se rozděluje UPV na krátkodobou a dlouhodobou.

- **Krátkodobá UPV** se používá při operativních výkonech nebo v rané fázi pooperačního období, zajišťuje hlavně dostatečnou plicní ventilaci.
- **Dlouhodobá UPV** se využívá při selhávání funkce dýchání. Hlavním úkolem je samotná náhrada základní životní funkce dýchání (Pucholtová et al., 2016).

Ad 2) Způsob průtoku plynů člení UPV do různých ventilačních režimů, kterých je nespočetně mnoho. Ventilační režim je způsob, jak nastavit a vést umělou plicní ventilaci. K pochopení těchto režimů by rozhodně nestačila ani velikost této celé kapitoly (Kittnar, 2011). Pucholtová et al. (2016, s. 228) dělí ventilační režimy z hlediska způsobu zajišťujícího průtok plynů dýchacími cestami na ventilaci pozitivním nebo negativním tlakem.

- **Ventilace pozitivním tlakem** tzv. konvenční UPV využívá především jiných hodnot nitrohruďního tlaku během nádechu než při fyziologickém dýchání, ale zároveň vytváří dechovou frekvenci, která je blízká fyziologickým hodnotám. Při spontánním nádechu se zvětšuje objem hrudníku a zároveň dochází k poklesu nitrohruďního tlaku. Při podpoře dýchání pomocí ventilace pozitivním přetlakem je naopak tlak v dýchacích cestách a hrudníku při nádechu pozitivní (Klimeš a Klimešová, 2011).

- **Ventilace negativním tlakem**, např. „železné plíce“, vytváří podtlak na břišní a hrudní stěnu. Dnes se již od tohoto způsobu průtoku plynu upustilo (Šálková, 2021).

Ad 3) Způsob přístupu do dýchacích cest rozděluje UPV na invazivní a neinvazivní plicní ventilaci.

- **Invazivní ventilace** se zajišťuje invazivním přístupem neboli vstupem do dýchacích cest. Invazivní vstup může být zajištěn endotracheální intubací nebo tracheostomií, na kterou se napojí samotný ventilační přístroj s vhodným příslušenstvím (Gajdoš, 2022).
- **Neinvazivní ventilace** může být prováděna za použití negativních tlaků nebo již běžněji za aplikace pozitivních tlaků (viz výše). Tento typ ventilace se používá u pacientů při vědomí, neboť je nutná jejich spolupráce a sladění jejich dechové činnosti s činnostmi ventilátoru. Těsný kontakt mezi pacientem a příslušenstvím ventilačního přístroje je základ pro správné fungování neinvazivní ventilace. K tomu slouží správně zvolené obličejové masky, nosní masky, náustky nebo helmy. Tato metoda snižuje práci dýchacích svalů, zvyšuje dechový objem, snižuje dechovou frekvenci, zlepšuje výměnu dýchacích plynů (Klimeš a Klimešová, 2011).

Ad 4) Z hlediska dechové aktivity pacienta se rozlišuje ventilace řízená, asistovaná a spontánní.

- **Řízená UPV** zcela nahrazuje dechovou aktivitu pacienta. Podstatou jsou řízené dechy, při kterých je přesně nastavena frekvence a objem dýchání, poměr inspiria/expiria a koncentrace kyslíku.
- **Asistovaná UPV** kombinuje řízenou ventilaci a spontánní dýchání pacienta. Tato asistovaná ventilace je vhodná pro pacienty, kteří jsou schopni plně nebo částečně ventilovat sami, ale přičemž spontánní ventilace je ještě nedostatečná pro potřeby jejich organismu.
- **Spontánní UPV** představuje režim UPV, kdy má pacient zachovalou nebo plně obnovenou dechovou činnost, ale jeho stav ještě vyžaduje zajištění dýchacích cest, např. s pomocí tracheostomie (Pucholtová et al., 2016).

3.2 Domácí umělá plicní ventilace

Pacienti, kteří musí být vzhledem ke svému onemocnění částečně (např. jen v noci), nebo trvale (celý den) napojeni na ventilační přístroj, avšak jejich zdravotní stav už nevyžaduje intenzivní péči poskytovanou na oddělení ARO, JIP nebo NIP, mohou využít možnosti DUPV již od roku 2003 (Vilímová, 2016). DUPV je jednoduše řečeno umělou plicní ventilací, která je prováděná nemocnému v domácím prostředí (Drábková a Hájková, 2018).

Zařazení pacienta do programu DUPV vyžaduje splnění požadavků zdravotního stavu a také vyžaduje značné zapojení rodiny a blízkých, neboť pacient potřebuje neustálou 24hodinovou péči (Kočová, 2017). Hlavním předpokladem pro uskutečnění DUPV je rozhodnutí rodiny nebo blízké osoby, že se budou o nemocného starat a intenzivně o něj pečovat. Samozřejmostí je i samotný souhlas pacienta (Vilímová, 2016). V neposlední řadě se při propuštění pacienta nesmí zapomínat na veškeré potřebné úpravy domácího prostředí a zajištění zásobování potřebnými zdravotnickými prostředky (Gajdoš, 2022). Hlavním iniciátorem a navrhovatelem DUPV je pracoviště NIP, které pacienty nadále dispenzárně vede a sleduje (Drábková a Hájková, 2018, s. 34–35).

Pobyt pacientů v domácím prostředí má nespočet výhod, ale pokud se jedná o pacienty s nutností UPV, tedy i intenzivní péče, tak nesou s sebou tyto možnosti léčby a péče větší rizika. Je nutné tato rizika brát předem v úvahu a tím jim předcházet nebo plně zamezit. Domácí prostředí je zcela odlišné než to prostředí nemocniční. Velká část péče, která je v nemocnici bezprostředně k dispozici, spadá v domácím prostředí do rukou rodinných příslušníků a dalších poskytovatelů péče, jako jsou např. organizace domácí péče (Chlouba, 2017, s. 18). Převzou rodinní příslušníci na sebe tuto velkou zodpovědnost? Nikodémová (Streitová et al., 2012, s. 5–6 cit. podle Nikodémová, 2016, s. 22) totiž k tomu dodává, že *„tracheostomie, afonie, závislost na ventilátoru, možné komplikace či progresse onemocnění představují určitý stupeň zátěže, který je nutno posoudit a stanovit, zda tuto zátěžovou situaci rodina úspěšně překoná“*. Náročnost poskytování DUPV je často podceňována a pro pečující je mnohdy složité si vůbec představit, co vše obnáší taková starostlivost o nemocného. Někteří pečující nemají vůbec žádné předešlé zkušenosti ani se základní péčí. Někdy je zase potřeba vzdát se svých koníčků, zálib, pracovního poměru, změnit životní styl a v neposlední řadě být připraven přijmout důsledky těchto změn (Dybwik et al., 2011, s. 6 cit. podle Nikodémová, 2016, s. 22–23).

Existuje řada výkonů, které nesprávným provedením přináší různá rizika pro nemocného. Právě mnoho i odborných výkonů je neustále v rukách pečující osoby, která za ně nese plnou zodpovědnost. Možnost převedení zodpovědnosti za péči a výkony s ní související je mnohdy vyžadující. Nejen psychická, ale i fyzická zátěž pečovatele stoupá s náročností péče o jedince a nemožností převést zodpovědnost za péči na jiného pečovatele (Fernández-Alvarez et al., 2009 cit. podle Nikodémová, 2016, s. 25).

Jak lze posoudit z předchozího textu, přesun pacienta do domácí péče a školení pečujících není lehká záležitost. Byly zřízeny různé organizace, které klientům pomáhají DUPV zprostředkovat. V České republice existuje více subjektů zabývajících se touto problematikou v praxi. Nejrozšířenější jsou neziskové organizace jako Dech života, Chronicare nebo Nemocnice Ostrov (Vacek, 2021, s. 29–30).

3.3 Asistovaný život

V kterékoliv životní situaci může člověk vyžadovat pomoc jiné osoby. Zdravotní omezení je jednou z příčin, kdy je stěžejní se postarat sám o sebe. UPV je jednou z terapeutických postupů, které snižují soběstačnost pacienta a vyžadují pomoc jiné osoby při každodenních činnostech. Tato pomoc bývá označována jako asistence. Důležitým znakem asistence je její zaměření se na jedince. Často se do jisté míry překrývá s individuální sociálně-terapeutickou prací, která cíleně usiluje o osvojení specifických dovedností a tím se zvyšuje míra samostatnosti, přičemž asistence kompenzuje chybějící dovednosti, ale také umožňuje osobní rozvoj klienta (Matoušek, 2015). Asistence či sociálně-terapeutická péče je nejen náplní sociálních pracovníků, ale i ostatních zdravotnických profesí, které jsou v každodenním kontaktu s klientem, byť si toho sami nejsou mnohdy vědomi. Všechny služby, které jsou poskytovány lidem, u nichž došlo ke snížení soběstačnosti postarat se sami o sebe, mohou být souhrnně označeny jako služby asistovaného života (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, ©2021 cit. podle Hýžová, 2022, s. 8). Zařízení pro asistované bydlení se mohou lišit názvem, velikostí nebo druhem poskytovaných služeb. Klienti obvykle bydlí ve vlastních bytech nebo pokojích a sdílejí společné prostory. Asistované bydlení nabízí služby, které mohou zahrnovat stravu, pomoc s péčí o vlastní osobu, prádelnu, hospodářství, společenské nebo rekreační aktivity, dopravu atd. (Asistovaný život, 2024).

4 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“ (Orlík, 2011 cit. podle Srpové, 2011, s. 14). Cílem podnikatelského plánu je obvykle zobrazit myšlenku nebo vizi společnosti v jejich různých aspektech a učinit ji hmatatelnou (Straub a Sperling, 2016, s. 159) nebo co nejreálněji ověřit realizovatelnost daného nápadu či myšlenky (Svobodová a Andera, 2017, s. 69).

To, co bude v plánu obsaženo, není zákonem a ani nijak jinak závazně stanoveno (Srpová, 2011). Obsah plánu je dělen na textovou a číselnou část. V textové části se projekt popisuje cílové skupině, pro kterou je určen k nastudování – další projektant, investor, klient, vlastní potřeby apod. (Straub a Sperling, 2016, s. 167–168). Číselná část transformuje předchozí textovou část do číselné podoby (Srpová 2011, s. 28). Pro získání potřebného kapitálu k realizaci projektu výrazně přispívá dle Srpové a Řehoře (2010, s. 60–61) kvalitně zpracovaný podnikatelský plán, který je formulován přiměřeně stručně, logicky, inovativně, pravdivě a reálně.

Obsah podnikatelského plánu, jak již bylo uvedeno, není pro všechny organizace či firmy jednotný. Každý si dle vlastních potřeb určí, které body podnikatelského plánu jsou pro daný projekt důležité nebo potřebné. Mnoho autorů podnikatelských plánů se v jeho obsahu rozchází, a proto je pro jeho vytvoření v diplomové práci použit vzor rozdělení obsahu, který uvádí Svobodová a Andera (2017) jako strukturu podnikatelského plánu. Tato struktura je doplněna dalšími důležitými částmi dokumentu, které přiřazuje Srpová (2011) k základním bodům podnikatelského plánu a jsou právě pro tuto diplomovou práci užitečné.

4.1 Titulní strana, obsah, účel dokumentu

Na titulní straně se nejčastěji uvádějí základní informace, jako jsou název podnikatelského plánu či již existující firmy, jméno autora a dalších klíčových osob, kontakty, datum založení apod. Dále je doporučeno vytvořit dokument pro ochranu autorského práva projektu, aby nebyly informace dál šířeny a zneužity například pro jiný projekt (Srpová, 2011).

Za titulní stranou následuje obsah vypracovaného dokumentu. Autoři často zapomínají na jeho tvorbu, která může značně ovlivnit orientaci a rychlé vyhledání důležitých informací pro čtenáře, což ho může negativně rozladit (Srpová et al., 2020).

Do úvodu se především píše účel dokumentu, aby nedošlo hned na začátku k nejasnostem mezi autorem a čtenářem. Může se uvést také verze dokumentu, stav jeho rozpracování nebo rozsah plánu (Klanicová, 2015, s. 24).

4.2 Exekutivní souhrn

Shrnutí neboli exekutivní souhrn je mnohdy chápán jako úvod, ale zdaleka tomu tak není. Je to souhrnný popis toho, co je na následujících stranách popsáno podrobněji. Jeho rozsah se doporučuje na jednu až dvě strany. Zde může autor vzbudit ve čtenáři právě onu zvědavost přečíst si podnikatelský plán podrobněji a chuť dozvědět se více. Přestože se o něm uvažuje už v začátku plánu a řadí se také na jeho začátek, zpravidla se píše až na konci celého podnikatelského plánu. Teprve když je celý plán hotový, můžeme nejlépe napsat a zdůraznit ty nejlepší a nejdůležitější body plánu, které určitě zaujmou (Srpková et al., 2020). Mnoho investorů v podstatě žádá jen o shrnutí podnikatelského plánu a na jeho základě si vyžádají kompletní plán nebo detailní prezentaci plánu autorem (Parsons, 2023).

Parsons (2023) vypsal stručné body, které by měly být obsaženy v exekutivním souhrnu:

- shrnutí řešeného problému,
- popis produktu nebo služby a konkurenční výhoda,
- informace o cílovém trhu,
- stručný popis týmu, který realizuje projekt,
- souhrn vlastních a poptávaných financí.

Svobodová a Andera (2017) ještě k výše uvedeným bodům dodávají:

- způsob, jakým se bude vydělávat (byznys model),
- finanční zdroje a odhad jejich návratnosti.

4.3 Charakteristika produktu a popis podniku

Zde je místo pro podnikatelskou příležitost, tím se rozumí něco, v čem se může podnikatelský plán lišit od ostatních. Například se může jednat o nalezení služby, produktu či technického pokroku, který vyplní mezeru na trhu (Srpková et al., 2020).

V charakteristice produktu je užitečné uvést, pro koho je produkt určen, jaký problém zákazníka řešíme (jeho užitek z produktu) a jeho konkurenční výhodu (Srpková et al., 2020).

Popis podniku by měl zahrnovat misi, vizi a cíle podniku, dále legislativní požadavky a právní formu podnikání (Svobodová a Andera, 2017). Mnoho autorů plánů se domnívá, že

stanovení mise a vize není u počáteční organizace nutné. Vhodně stanovené cíle organizace jsou základním kamenem její úspěšnosti.

- **Mise** se uvádí jako poslání firmy, vyjadřuje její přání, jak chce být vnímána, je cílená na široké okolí organizace a může obsahovat například etické nebo společenské hodnoty (Srpková et al., 2022, s. 200).
- **Vize** společnosti ztělesňuje její (ambiciózní) dlouhodobé cíle. Díky vizi by měli být čtenáři a budoucí zákazníci informováni o tom, kam cesta organizace směřuje. Vize by měla trvale měnit současnou situaci, tzn. že cíl, kterého lze dosáhnout do jednoho roku, není vizí (Bienert a Brase, 2014, s. 239).

V České republice lze dohledat asi přes 6 000 platných zákonů a k tomuto počtu ještě přičíst ostatní vyhlášky, nařízení, předpisy atd. Ne každý začínající nebo dlouholetý podnikatel se výborně orientuje v takovém množství zákonů a právních norem. Na začátku podnikání se vyplatí investovat peníze do odborné pomoci, která má právě nezbytné znalosti a zkušenosti vztahující se k podnikání. Základní právní předpoklady k podnikání lze nalézt v zákoně č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání, v zákoně č. 89/2012 Sb., občanský zákoník a v zákoně č. 33/2020 Sb., kterým se mění zákon č. 90/2012 Sb., o obchodních společnostech a družstvech (zákon o obchodních korporacích), ve znění zákona č. 458/2016 Sb. a dalších souvisejících zákonech (Zlámal a Bellová, 2021).

V případě právní formy podnikání je dobré si dát pozor na její „nejpohodlnější“ výběr, neboť při nesprávném zvolení může omezit finanční zdroje a celkový rozvoj organizace. Je podstatné při výběru právní formy vycházet ze skutečné plánované činnosti organizace. V případě neziskových služeb pro veřejnost nebude nejvhodnější volba právní formy nadace ani spolek, ale nýbrž ústav (Medlíková a Šedivý, 2017).

4.4 Analýza trhu

Analýza trhu je odvětví marketingu a obvykle se používá jako synonymum pro průzkum trhu/analýzu konkurence (v nejširším slova smyslu) a získávání informací o trhu. Analýza trhu je základním stavebním kamenem pro následné definování strategických a operativních cílů marketingových kampaní (Straub a Sperling, 2018, s. 177).

Vypořádat se s konkurenční situací je kritickou součástí úspěchu. Pokud projekt nemá žádné konkurenty, je to obvykle způsobeno jedním ze dvou důvodů:

- 1) Pro tento produkt/službu zatím neexistuje žádný trh. Jeho vývoj je obvykle zdoluhavý, drahý a obtížný.
- 2) Konkurenti jsou při analýze trhu přehlíženi. Nedostatečné zapojení se do konkurenčního prostředí zdvojnásobuje pravděpodobnost, že projekt selže (Straub a Sperling, 2018, s. 176).

Za úspěšnější realizací projektu stojí tedy fakt, že existuje trh, který bude mít zájem o nabízené produkty či služby (Srpková et al., 2020).

Aby bylo dosaženo co možná největšího potenciálu projektu, je také důležité se zabývat analýzou vnějšího i vnitřního prostředí podniku. Řada autorů se v členění prostředí rozchází. Například Staňková (2013, s. 143) dělí prostředí na makroprostředí, vnější mikroprostředí a vnitřní prostředí. Zato Slouka (2017, s. 52) rozeznává tři prostředí: makroprostředí, mezoprostředí a mikroprostředí. Toto dělení, jak je znázorněno v obrázku níže, je z obecného a praktického hlediska nejpoužívanější.



Obrázek 1 Makro-, mezo- a mikroprostředí (Slouka, 2017, převzato)

V případě analýzy makrookolí se využívá např. PEST analýza, jejíž název je odvozen od počátečních písmen působících vnějších faktorů na organizace – politicko-právní faktory, ekonomické faktory, sociální faktory, technické a technologické faktory. Tyto faktory nemůže žádná organizace či firma vlastními silami ovlivnit (Srpková, 2010). Existují ještě rozšířené verze analýzy makroprostředí (např. PESTLE, SLEPT), ale pro diplomovou práci postačí PEST analýza.

Mezoprostředí je oblast, kterou je organizace schopna částečně ovlivňovat. Toto prostředí patří k vnější analýze, jde především o přítomnost konkurence. Mělo by se analyzovat odvětví, ve kterém daný projekt bude působit. Pomocí analýzy se zkoumají hlediska v rámci Porterova modelu pěti konkurenčních sil (stávající konkurence, potenciální konkurence, substituty, dodavatelé a odběratelé). Tyto síly mohou na projekt působit souběžně nebo jen jedna z nich, a proto představují možné hrozby nebo příležitosti pro samotnou organizaci (Slouka, 2017, s. 63).

SWOT analýza se používá uvnitř podniku, tedy v mikroprostředí, které je možno samotnou organizací ovlivnit a kontrolovat. Zkratka SWOT znázorňuje silné (Strengths) a slabé (Weaknesses) stránky, příležitosti (Opportunities) a hrozby (Threats) organizace. Do vnitřních faktorů ovlivnitelných podnikem se řadí silné a slabé stránky. Externí faktory představují příležitosti a hrozby, které podnik nedokáže výrazně ovlivnit, ale může se na ně rovněž připravit a adekvátně reagovat (Koráb, 2007 cit. podle Klanicová, 2015). Monitorování mikroprostředí se provádí na rozdíl od makroprostředí častěji, minimálně jednou ročně. Právě ona SWOT analýza může ukázat, že je mikroprostředí kromě zevních faktorů výrazně ovlivněno lidským faktorem, který podléhá neustálým změnám, a proto je žádoucí provádět analýzu například v půlročních intervalech (Slouka, 2017). Nejdůležitější na SWOT analýze podle Šafrové Drášilové (2019) je její vyhodnocení, jinak má analyzátor v ruce jen seznam čtyř částí toho, co se dozvěděl. Vyhodnocení sjednocuje navzájem silné a slabé stránky s příležitostmi a hrozbami. Z možných vazeb všech čtyř částí vyplývají výsledky, ze kterých vznikají návody, jak má podnik dál se svými silnými i slabými stránkami pracovat (viz tab. č. 3).

Tabulka 1 SWOT matice (Šafrová Drášilová, 2019; vlastní zpracování)

	Silné stránky	Slabé stránky
Příležitosti	SO strategie – <i>VYUŽITÍ</i> Díky silným stránkám se využije příležitost.	WO strategie – <i>HLEDÁNÍ</i> Odstraněním slabé stránky bude možnost využít příležitost.
Hrozby	ST strategie – <i>KONFRONTACE</i> Pro snížení rizika nebo dopadu hrozby se využije silná stránka.	WT strategie – <i>VYHÝBÁNÍ</i> Odstraněním slabé stránky se sníží riziko nebo dopad hrozby.

Celkovou analýzu je možno doplnit i dalšími výzkumnými technikami, jako jsou např. rozhovor, anketa, dotazník, experiment. Analytický dotazník je použit v praktické části diplomové práce k doplnění užitečných dat.

4.5 Personální zabezpečení

Personální plánování by mělo hledět do blízké, střední i vzdálené budoucnosti a zohledňovat všechna opatření, která jsou nezbytná k tomu, aby měl projekt k dispozici potřebné zaměstnance pro dosažení svých cílů. V úvahu je třeba vzít kvantitu i kvalitu zaměstnanců, jejich nasazení ve správný čas na správném místě, dodržování nákladů, nových trendů i individuální očekávání a provozní požadavky (Straub a Sperling, 2018, s. 175).

Tato část podnikatelského plánu by měla zabezpečit poskytnutí produktů/služeb patřičnými pracovníky. V některých případech podnikání je žádoucí, aby personál byl kvalifikovaný v oboru jeho činnosti práce. Vhodné je poskytnout jasný přehled o potřebném počtu personálu a jejich kvalifikace (Srpková et al., 2020, s. 218). Svobodová a Andera (2017, s. 71) ještě k přehledu personálního zabezpečení dodávají nejen popis jednotlivých pracovních pozic (včetně kvalifikace), ale také formy jejich pracovních smluv a popřípadě organizační strukturu. Doplnění informací pomocí tabulky s počty personálu různých kvalifikací může obohatit celkový výklad personálního zabezpečení.

Důležitou roli může hrát i personální rozvoj a plán personálního nasazení (Straub a Sperling, 2018, s. 175). Podle Kaemer a Link (2022, s. 63) by plánování personálu mělo být takové, aby:

- byla zajištěna kvalitní péče o klienty,
- zaměstnanci byli spokojeni,
- byly splněny zákonné a jiné požadavky,
- nasazení personálu bylo ekonomicky rozumné a
- existovala rovnováha mezi flexibilitou služeb a spolehlivostí plánování.

Personální zabezpečení ve zdravotnictví vychází z vyhlášky č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, a v sociálních službách se řídí zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

4.6 Marketingový plán

Na základě analýzy prostředí je vhodné následně sestavit marketingový plán k dosažení cílů. Čím kvalitnější je analýza prostředí, tím úspěšněji se může organizace prosadit vůči konkurenci a uspokojit potřeby svých zákazníků. Marketingový plán ukazuje směr, kterým se chce organizace ubírat. Lze říci, že „Key point“ všech podnikových marketingů je vždy cílový spokojený zákazník a kvalitní jméno podniku (Slouka, 2017, s. 40).

Strategie produktu/služby je o vytváření výhod neboli vytváření výhod pro zákazníky s ohledem na budoucí nabídku služeb, pokud možno s jedinečnými prodejními body. Je důležité dbát na jasné rozlišení mezi výhodami oproti konkurenčním produktům/službám, zákonnými požadavky a ochranou myšlenky (Straub a Sperling, 2018, s. 178).

Pro vytvoření marketingového plánu se používá marketingový mix, což je soubor marketingových nástrojů, pomocí kterých se organizace přiblíží ke svým cílům. Nejčastěji používaný je marketingový mix 4P (product – produkt, price – cena, place – distribuce, promotion – propagace). Pomocí těchto čtyř nástrojů může organizace aktivně ovlivnit poptávku po svém produktu či službě (Krechovská et al., 2018). Produkt (služba) představuje něco, co je možné nabídnout na trhu a uspokojuje to potřeby cílových zákazníků. Cena je suma, která je za daný produkt či službu požadována. Distribuce je veškerá činnost organizace, která uskutečňuje produkt dostupný pro cílové zákazníky. Propagace představuje komunikaci se zákazníky, pomocí které jsou sdělovány vlastnosti produktu/služby a přesvědčují o jejich výhodnosti k spotřebě (Kotler, 2007 cit. podle Kratochvílová, 2015, s. 20).

Jelikož diplomová práce zpracovává projekt zdravotnické organizace, je dobré si uvědomit, že cílem marketingu není jen skloubit podnikatelský záměr s potřebami klienta, ale také propojit potřeby samotné organizace s její prioritním zdravotnicko-sociálním posláním a snažit se, aby organizace nebyla brzdou v ekonomické sféře a také se mohla nadále rozvíjet (Slouka, 2017, s. 40). Domov asistovaného bydlení s intenzivní péčí zahrnuje marketing služeb ve zdravotnictví, kdy specifickou oblastí je poskytování sociálních, ošetrovatelských a zdravotních služeb. Tyto služby jsou definovány podle Slouky (2017, s. 23) jako nehmotné, nedělitelné, neskladovatelné neboli pomíjivé a rozmanité činnosti, které jsou poskytovány zákazníkům a ti z nich získávají určitou výhodu nebo užitek.

4.7 Realizační projektový plán

Nejen samotný popis projektu, jeho analýzy, marketingový plán, ale i časový harmonogram patří do podnikatelského plánu, protože v některých oblastech, jako jsou školství, zemědělství či cestovní ruch hraje důležitou roli (Svobodová a Andera, 2017). V první řadě je nutné si určit všechny kroky a aktivity související s realizací podnikatelského plánu. Dále jsou na řadě milníky s jasně danými termíny jejich dosažení. Přehled všech činností s jejich časovou realizací se nejčastěji znázorňuje pomocí Ganttova diagramu. Aktivity se v diagramu znázorňují pomocí úsečky, kdy je hned jasné, jak dlouho která činnost trvá a kdy má být dokončena. Ganttův diagram také ulehčuje orientaci při finančním plánování, protože od něj lze odvodit výši a termíny výdajů na projekt (Srpková et al., 2020, s. 218).

4.8 Finanční plán

Přestože v praxi lidé často začínají finančním plánem, tedy číselnou částí projektu, podnikatelský plán by měl vždy začínat vysvětlující textovou částí, na kterou finanční plán teprve navazuje (Straub a Sperling, 2016, s. 168). Všechny činnosti organizace by měly být promítnuty do finanční podoby. Obecně se využívá dlouhodobý nebo krátkodobý finanční plán, jehož nástrojem je rozpočet (Krechovská et al., 2018).

Obsah finančního plánu může být různorodý, ale obecně se skládá z výsledovky, výkazu cash flow, rozvahy a bodu zvratu. Existují různé varianty plánů, jako jsou realistická, pesimistická nebo optimistická varianta (Svobodová a Andera, 2017). Struktura se liší také podle toho, zda je plán sestaven pro začínající nebo rostoucí organizaci. Jelikož je projekt diplomové práce začínající, je důležité popsat finanční prostředky potřebné k zahájení činnosti provozu organizace, které jsou podstatně vyšší než počínající výnosy. Výdeje, které se zařazují do zahájení činnosti organizace, jsou:

- Zřizovací výdaje, tzv. administrativní výdaje, které představují např. získání oprávnění k podnikání, notářské poplatky apod.
- Investiční výdaje zahrnují nákup či počáteční pronájem nemovitosti, rekonstrukce, nákup strojů, vybavení, auta apod.
- Provozní výdaje, které vznikají z pořízení provozních zásob, výdaje za energie, vodu, otop, výdaje na mzdy a odvody sociálního a zdravotního pojištění, další výdaje na reklamu, pojištění, provoz mobilních telefonů, internetu, ostrahu majetku a další (Srpková et al., 2020, s. 219).

Výkaz cash flow neboli rozpočet peněžních toků podává informace o skutečných pohybech peněžních prostředků organizace za určité období v podobě předpokládaných příjmů a výdajů. Peněžní prostředky představují peníze v hotovosti a ceniny, peníze na bankovních účtech, peníze „na cestě“ a další rychle likvidní aktiva. Díky výkazu cash flow lze zjistit, zda skutečně bude mít organizace dostatek finančních prostředků na krytí plánovaných výdajů (Krechovská et al., 2018).

Pro sestavení výkazu zisku a ztráty je potřebné nejprve rozlišit hlavní a vedlejší činnost organizace, protože některé položky výkazu jsou uvedeny za obě tyto činnosti. Ve výkazu zisku a ztráty jsou uvedeny náklady, výnosy a výsledky hospodaření organizace k rozvahovému dni (Krechovská et al., 2018). Informace získané z výsledovky informují o hospodářském výsledku i do dalších let, zda bude organizace schopna platit si své úroky a zda výše zisku umožní hradit výši splátky úvěru apod. (Srpková, 2011).

Plánovaná rozvaha je dalším důležitým výkazem finančního plánu, který ukazuje hodnoty majetku organizace (aktiva) a zdroje jejich financování (pasiva). V rozvaze musí být bilanční rovnice, tzn. aktiva se rovnají pasivům. Podává informace o struktuře majetku, plánování jeho obnovy, zdrojích financování, průběhu splácení cizích zdrojů a informace o nerozděleném zisku (Srpková, 2011).

K finančnímu plánu organizace je doporučeno také vypočítat bod zvratu, který ukazuje množství produkce, která zajistí, aby organizace nebyla ve ztrátě. Je to přesně takové množství produkce, kdy se celkové náklady rovnají celkovým tržbám (Srpková et al., 2020, s. 219).

Je důležité přesvědčit čtenáře podnikatelského plánu o jeho efektivnosti, kterou prokážeme pomocí poměrových ukazatelů finanční analýzy. Pro průkaz příznivého vývoje finanční situace se využívají ukazatele jako je autarkie, rentabilita, likvidita, aktivita nebo produktivita (Sedláček, 2011, s. 56–72).

Samotné financování podnikatelského záměru může negativně ovlivnit sebelepší podnikatelský plán. Pokud nejsou finanční prostředky na jeho realizaci zabezpečeny, nebude plán nikdy realizován. V případě, že nemá podnikatel vlastní zdroje, existuje několik možností, kde získat další finanční prostředky: rodina a přátelé, banky, soukromý investor, obchodní partneři, leasingové společnosti, dotace a úřady práce (Kratochvílová, 2015, s. 22–24).

4.9 Rizika projektu

Každý projekt s sebou přináší určitá rizika neúspěchu, a proto je důležité se na tuto oblast zaměřit a předcházet jí. Pojem riziko má mnoho definic, ze kterých lze podle Škrly a Škrlové (2008, s.16) citovat:

- „*Pravděpodobnost či možnost vzniku ztráty, obecně nezdaru.*“
- „*Odchýlení skutečných od očekávaných výsledků.*“
- „*Očekávaná hodnota škody.*“
- „*Událost, která může negativně ovlivnit zdravotnické zařízení – má určitou pravděpodobnost a důsledky.*“

Rizika je možno dělit na ovlivnitelná a neovlivnitelná, na vnitřní a vnější, dále dle zaměření na rizika technická, zdravotnická, finanční, výrobní, ekonomická, tržní, politická aj. Je vhodné si udělat přehled možných rizik, roztrdit je a přidělit jim jejich váhu. V každém případě by ale měla analýza rizik být součástí podnikatelského plánu, jejíž cílem je předcházet negativním důsledkům možného vývoje rizikových faktorů (Srpková et al., 2020).

5 SHRUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Teoretická část obsahuje důležité pojmy ve vztahu k poskytování intenzivní péče a vytvoření podnikatelského plánu.

Intenzivní péče je poskytována v ústavních zařízeních zdravotní péče. Na nemocničních lůžkách leží pacienti, kteří jsou v různém stupni ohrožení nebo selhání základních životních funkcí. V mnoha případech jsou to pacienti s nutností ventilační podpory dýchacích cest, kteří jsou po stabilizaci stavu překládáni na oddělení NIP. Trvalá indikace UPV ovlivňuje zásadně celý život nemocného. Pacienti s touto indikací mohou být přeloženi z oddělení NIP jen na oddělení NVP nebo mohou být propuštěni do domácího prostředí v programu DUPV. NVP představuje v mnohých případech jen lůžko, které je součástí NIP a ve výjimečných případech samostatný pokoj nebo celé oddělení. Nemocniční prostředí jako náhradní bydlení není z psychologického hlediska nejvhodnější, protože dlouhodobá hospitalizace může zásadně ovlivnit duševní stav nemocného. Propuštění pacientů do domácí péče v programu DUPV je nejvhodnějším řešením situace, kdy nemocný může být v prostředí, které je mu blízké. Bohužel tato možnost poskytování péče nemůže být u každého pacienta realizována. Tímto faktem se nabízí otázka, zda lze rozšířit služby intenzivní péče i do oblasti sociálních služeb.

Vytvoření projektu na zřízení Domova asistovaného bydlení s intenzivní péčí je prvním krokem k odpovědi na předešlou otázku. Teoretická východiska podnikatelského plánu a jeho obsahu slouží jako návod pro vytvoření projektu v praktické části diplomové práce. Podnikatelský plán obsahuje náležitosti analýzy, marketingu, finančního a personálního plánování, bez kterých nelze vytvořit projekt, tak aby zabezpečil zdravotně-sociální služby pro ventilované pacienty.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 PŘEDSTAVENÍ PROJEKTU

Následující kapitola je věnována představení projektu v podnikatelském plánu, který v této části zahrnuje titulní stranu, účel dokumentu, exekutivní souhrn, popis organizace a charakteristiku služeb. Jelikož obsah podnikatelského plánu je uveden v obsahu diplomové práce, Praktická část, zde již uveden není. Popis organizace a charakteristika služeb je rozsáhlejší, protože v ČR neexistuje obdobný typ mimonemocniční organizace.

6.1 Titulní strana, účel dokumentu



Obrázek 2 Podnikatelský plán – titulní strana (vlastní zpracování)

Dokument je určen pro klienty s trvalou UPV, zainteresované osoby a pro osoby, které pracují nebo jsou v jiném kontaktu s lidmi s potřebou UPV. Tato první verze dokumentu vysvětluje podstatu vzniku domova, slouží k ujasnění dané problematiky a uvědomění si následujících potřebných kroků k naplnění tohoto záměru.

6.2 Exekutivní souhrn

Předmětem tohoto podnikatelského plánu je založení Domova asistovaného bydlení s intenzivní péčí, který bude poskytovat zdravotně-sociální služby klientům s trvalou UPV. Pacienti s touto podpůrnou terapií jsou dlouhodobě umístěni v ústavních zařízeních nemocniční péče, protože jejich stav nebo jakákoliv jiná příčina neumožňuje zapojit tyto pacienty do programu DUPV. Tito klienti se zdravotním omezením nemají v ČR žádnou jinou možnost výběru osobního bydlení s adekvátní péčí.

Zdravotní péče je v domově poskytována na úrovni intenzivní péče, neboť pacienti s UPV mají specifickou potřebu této péče, která k tomu vyžaduje kvalifikovaný zdravotnický personál. Sociální služby zahrnují řadu činností, které poskytují podporu a pomoc klientům v každodenních činnostech tak, aby se mohli začlenit do běžného života. Tato kombinace zdravotně-sociální péče poskytovaná v sociálním bydlení má bezkonkurenční výhodu, protože je u nás jediná svého druhu na trhu.

Pro zahájení činnosti je nutné získat 53 596 960 Kč. Pro financování podnikatelského záměru bude zažádáno o dotaci ve výši 54 000 000 Kč, která je určena na modernizaci a rozvoj pobytových služeb sociální péče (součástí jsou i domovy pro osoby se zdravotním postižením). Vložený kapitál zakladatele domova bude v hodnotě 50 000 Kč. Tyto finanční prostředky potřebné k zahájení provozu mají se všemi předpoklady návratnost v horizontu 20 let.

Příjmy organizace zahrnují:

- 1) příjmy od zdravotních pojišťoven za poskytnutou zdravotní péči,
- 2) příjmy od klientů (ubytování, strava, ostatní služby) a
- 3) příspěvek na péči.

Organizace je schopna s těmito příjmy dosahovat kladného výsledku hospodaření.

6.3 Popis organizace a charakteristika služeb

Co nabízí Domov asistovaného bydlení s intenzivní péčí, z. ú.?

Domov poskytuje mimonemocniční intenzivní péči, která zahrnuje především UPV. Služba intenzivní péče umožní lidem s touto specifickou potřebou žít život podle sebe v přátelském a rodinném prostředí nového domova. Rozsah intenzivní péče je v závislosti na indikaci lékaře a náročnosti ošetrovatelské péče o dýchací cesty. Do této péče spadá odsávání z dýchacích cest, inhalace, péče o tracheostomickou kanylu a její okolí, ovládání ventilačního přístroje, kontrola stavu pacienta apod.

Sociální péče poskytována v domově bude plnit všechny základní činnosti, podle zákona o sociálních službách, uvedené v §44 – jedná se o pomoc při zvládnání běžných úkonů denního života, dále zprostředkování kontaktu se společností, pomoc v oblasti osobních záležitostí nebo poskytování některých terapií (arteterapie, muzikoterapie, bazální stimulace aj.).

Asistovaným bydlením je nabízená pomoc klientovi dle jeho individuálních potřeb a úrovně soběstačnosti, tak aby jeho život v domově byl plnohodnotný a mohl se začlenit do komunity domova či širší společnosti pomocí asistence nebo sociálně-terapeutické péče. Asistenční činnosti budou v kompetenci externích poskytovatelů služeb.

Kdo poskytuje péči?

Lékařská zdravotní péče bude vázána na externího lékaře (praktický lékař, lékař se specializací) a přesnou ordinaci výkonů u každého klienta jednotlivě. Výkony zabezpečí kvalifikovaný nelékařský zdravotnický personál, tak jako samotnou ošetrovatelskou péči, která může být poskytnuta i dalšími pracovníky domova pod odborným dohledem nebo přímým vedením zdravotnického pracovníka. Další spolupracovníci, kteří se zapojí do péče o klienta, jsou sociální pracovníci a jiní externí odborníci (fyzioterapeut, logoped, psycholog atd.).

Kdo je příjemcem péče?

Péči poskytovanou v domově přijímají klienti, kteří jsou s nejrůznějšími zdravotními indikacemi a klinickým obrazem. V zásadě může být poskytnuta péče v každém případě onemocnění nebo invalidity, pokud je zdravotní stav stabilizovaný, současně je indikována trvalá nebo trvale částečná UPV a klienta není možné zařadit do programu DUPV.

Kde je péče poskytována?

Péče bude poskytována v nemovitých prostorech, které budou tomu přizpůsobeny. Nedílnou součástí domova bude zajištění 10 jednolůžkových pokojů, které lze pro klienty zařídit individuálně a podle jejich osobních potřeb. Kromě soukromých pokojů bude mít obytná skupina klientů možnost využívat společný obývací prostor a kuchyň. Obyvatelé, příbuzní a hosté zde mohou trávit čas společně. Také zahrada bude patřit ke sdílenému prostoru a zvat ke společnému trávení času venku.

Na základě nejnovějších informací poskytnutých zdravotními pojišťovnami (VZP ČR a ZPŠ) je nejvíce vykazovaná péče Ošetřovacího dne NVP (OD 00015) v hlavním městě Praha a ve Středočeském kraji. Jelikož je zde největší zastoupení potencionálních klientů, je vhodné vybudování nemovitých prostor domova právě v tomto regionu. Místo pro umístění domova byla zvolena obec Mořinka u Dobřichovic ve Středočeském kraji.

Proč je intenzivní péče v domově poskytována?

Domov chce odlehčit kapacitně vytíženým ústavním zařízením intenzivní péče a nabídnout pomoc indikovaným klientům a jejich rodinám zvládnout novou životní situaci, kterou nemůžou zabezpečit v primárním domácím prostředí nemocného. Z etického hlediska je žádoucí, aby se pro tyto pacienty vytvářela nová vhodná zařízení, neboť se jim na jednotkách intenzivní péče podle Malbrain (2013, cit. podle Drábkové a Hájkové, 2018, s. 34) nedostávalo příčinné péče holistickým přístupem.

7 ANALÝZA PROJEKTU

K analýze projektu byl využit rozbor makroprostředí pomocí PEST analýzy, mezoprostředí Porterovým modelem pěti konkurenčních sil a mikroprostředí vytvořením SWOT matice. Výstupy PEST analýzy a Porterova modelu poslouží jako podklad pro doplnění SWOT analýzy. K ucelení analýz organizace byla využita kvantitativní metoda výzkumu technikou dotazníku pro sběr dat a podstatných informací.

7.1 PEST analýza

PEST analýza je použita k vyhodnocení makroprostředí a jejího vlivu na samotnou organizaci. Do PEST analýzy spadají politicko-právní faktory, ekonomické faktory, sociální a technické faktory.

1) Politicko-právní faktory

Zřízení nové organizace není zcela lehkou záležitostí, je nutno si prostudovat všechny legislativní požadavky k jejímu založení i následnému provozu. Konzultace s odborným právním poradcem je v určitých případech prospěšné až klíčové. Nově vzniklé organizace, které nemají obdobný typ poskytování péče na trhu, mohou narazit na různé nedostatky v právních předpisech, které nespecifikují či nevymezují jejich přesnou činnost či požadavky na provoz, a proto vznik takové organizace bývá zdlouhavým procesem.

Legislativa ovlivňující a regulující neziskové organizace je projevem státní politiky. Všeobecné legislativní požadavky pro založení nové neziskové organizace jsou uvedeny v zákoně 89/2012 Sb., občanský zákoník, který definuje požadavky pro vznik nových právních forem podnikání. Domov asistovaného bydlení s intenzivní péčí bude zřízen jako právní forma ústav a ponese ve svém názvu zkratku „z. ú.“ (zapsaný ústav).

Zákony, vyhlášky, standardy a nařízení vlády vztahující se k provozu Domova asistovaného bydlení s intenzivní péčí, z. ú. :

- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování;
- Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních;
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách;
- Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů;
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů;

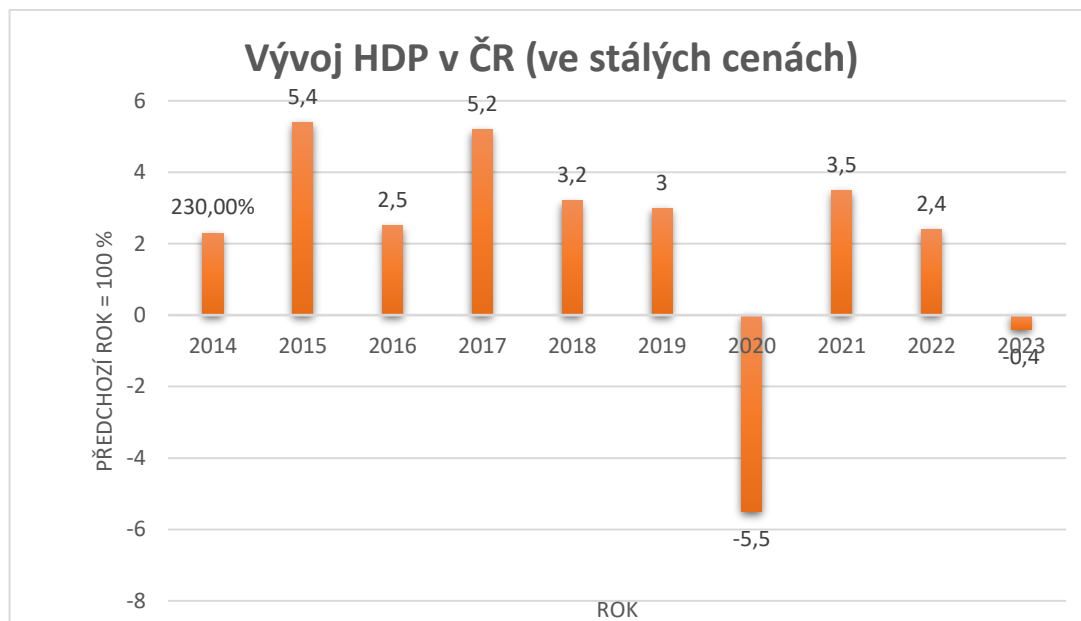
- Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění;
- Zákon č. 541/2020 Sb., o odpadech;
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví;
- Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví;
- Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů; a další související platné právní předpisy upravující jednotlivé daně v ČR;
- Zákon č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech, a zákon č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů;
- Zákon č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím;
- Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče;
- Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb;
- Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků;
- Vyhláška č. 331/2007 Sb., kterou se mění vyhláška MZ 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami, ve znění s pozdějšími předpisy;
- Vyhláška č. 269/2019 Sb., kterou se mění vyhláška MZ 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami, ve znění s pozdějšími předpisy;
- Vyhláška č. 319/2023 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2024;
- Vyhláška č. 119/2023 Sb., o způsobu oceňování nákladů na zdravotní služby pro účely přerozdělování pojistného na veřejné zdravotní pojištění;
- Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách;

- Vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a vybraných zařízení sociálních služeb;
- Vyhláška č. 504/2002 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů, pro účetní jednotky, u kterých hlavním předmětem činnosti není podnikání;
- Vyhláška č. 325/2015 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů, pro účetní jednotky, které vedou jednoduché účetnictví;
- České účetní standardy pro nepodnikatelské subjekty;
- Nařízení vlády č. 336/2016 Sb., kterým se mění nařízení vlády č. 567/2006 Sb., o minimální mzdě, o nejnižších úrovních zaručené mzdy, o vymezení ztíženého pracovního prostředí a o výši příplatku ke mzdě za práci ve ztíženém pracovním prostředí, ve znění pozdějších předpisů;
- A další zákony, vyhlášky či jiné legislativní požadavky, které ovlivňují chod organizace.

Nedílnou součástí politických faktorů, které také mohou ovlivňovat organizaci je krajská a komunální politika. Tato politika v případě zvolení nového zastupitelstva či rad měst, by mohla změnit přístup a tím i rozhodnutí o schválení založení organizace nebo změnit přístup v přerozdělování příspěvků na hospodaření zdravotně-sociálních služeb, které organizace poskytuje (Krechovská et al., 2018, s. 186).

2) Ekonomické faktory

Do ekonomických faktorů makroprostředí patří celková ekonomická situace a hospodářská politika České republiky, které bezpochyby ovlivňují hospodaření neziskových organizací. Celková ekonomická situace země má vliv nejen na poskytování finančních prostředků z jednotlivých rozpočtů, ale také od soukromých subjektů podnikání. Klíčovým ukazatelem národního hospodářství je **hrubý domácí produkt** – HDP (Krechovská et al., 2018, s 186).



Graf 1 Vývoj HDP v ČR (ČSÚ, 2022a; ČSÚ, 2024a; vlastní zpracování)

Od roku 2014 HDP roste. Růst HDP byl podpořen rostoucími výdaji domácností na konečnou spotřebu a kladným přebytkem bilance zahraničního obchodu. České republice se dařilo mít kladné ekonomické výsledky až do roku 2020, kdy nastal prudký pokles HDP o 5,6 procent než v roce 2019. Tento pokles byl ovlivněn především sníženou spotřebou domácností, nižšími investičními výdaji, snížením zahraniční poptávky, růstem výdajů vládních institucí atd. (ČSÚ, 2021). Roku 2023 nastal pokles HDP k předešlému roku o 0,4 procenta. Dle ČSÚ (2024) vývoj ovlivnil pokles výdajů na konečnou spotřebu a změna stavu zásob, přičemž pozitivně působila na národní hospodářství především zahraniční poptávka.

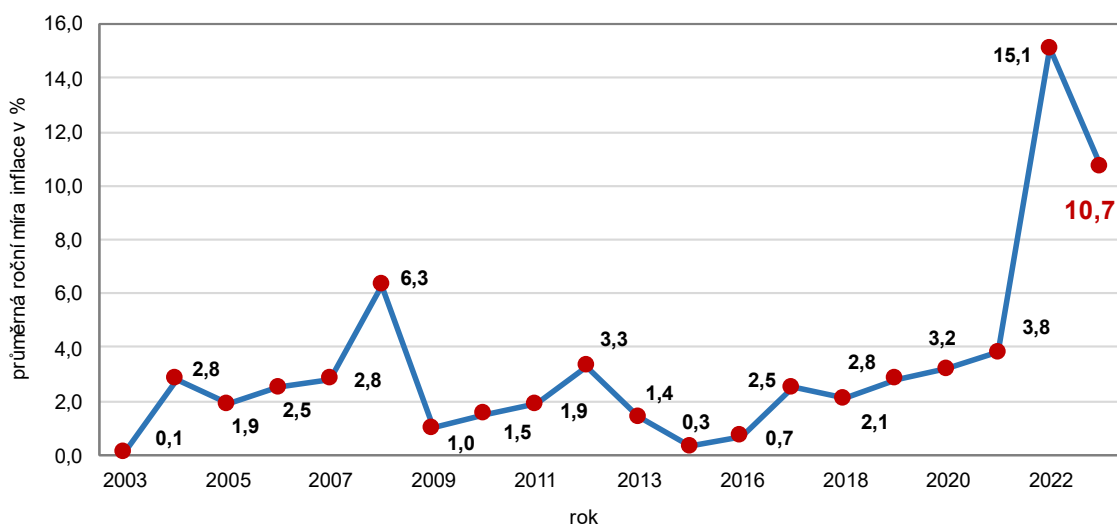
Dalším ekonomickým faktorem, který ovlivňuje chod organizace z vnějšího prostředí je **míra nezaměstnanosti**. Čím vyšší je míra nezaměstnanosti, tím větší jsou výdaje státu na zdravotní pojištění, protože aktivně pracující lidé odvádí ze své hrubé mzdy 13,5 % na zdravotní pojištění. Stát hradí zdravotní pojištění za neaktivní občany, jako jsou osoby registrované na úřadu práce, důchodci, ženy na mateřské dovolené a děti. Pokud výdaje státu rostou, snižuje se množství dostupných finančních prostředků, o které může organizace požádat. V tabulce č. 2 lze vidět, že celková míra nezaměstnanosti v ČR od roku 2013 do roku 2020 klesala. V roce 2020 stoupl podíl nezaměstnaných osob až na 4,02 %. V dalších letech je procentuální podíl nezaměstnaných osob stále nižší, než tomu bylo v roce 2020.

Tabulka 2 Podíl nezaměstnaných osob v ČR (Ministerstvo pro místní rozvoj ČR, 2024; vlastní zpracování)

Podíl nezaměstnaných osob v ČR											
Rok	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
%	8,17	7,46	6,24	5,19	3,77	3,07	2,87	4,02	3,49	3,72	3,73

Jedním z ekonomických faktorů, který má např. vliv na hospodaření organizace, je **cena provozních nákladů**. Inflace a její současný stav ovlivňuje spotřebitelské ceny, které působí na celý chod organizace. Zvýšení cen (materiálu, energií, vybavení, potravin atd.) má zásadní význam na konečný hospodářský výsledek organizace. Zvyšující se inflace má negativní dopady nejen na hospodaření organizací, ale i celého státu. Roku 2022 inflace stoupla až na 15,1 %. V minulém roce se inflace snížila o 4,4 procentního bodu oproti roku 2020, dosahovala tedy 10,7 %. Začátkem letošního roku 2024 lze pozorovat klesání průměrné míry inflace až na 9,4 %.

Míra inflace v České republice



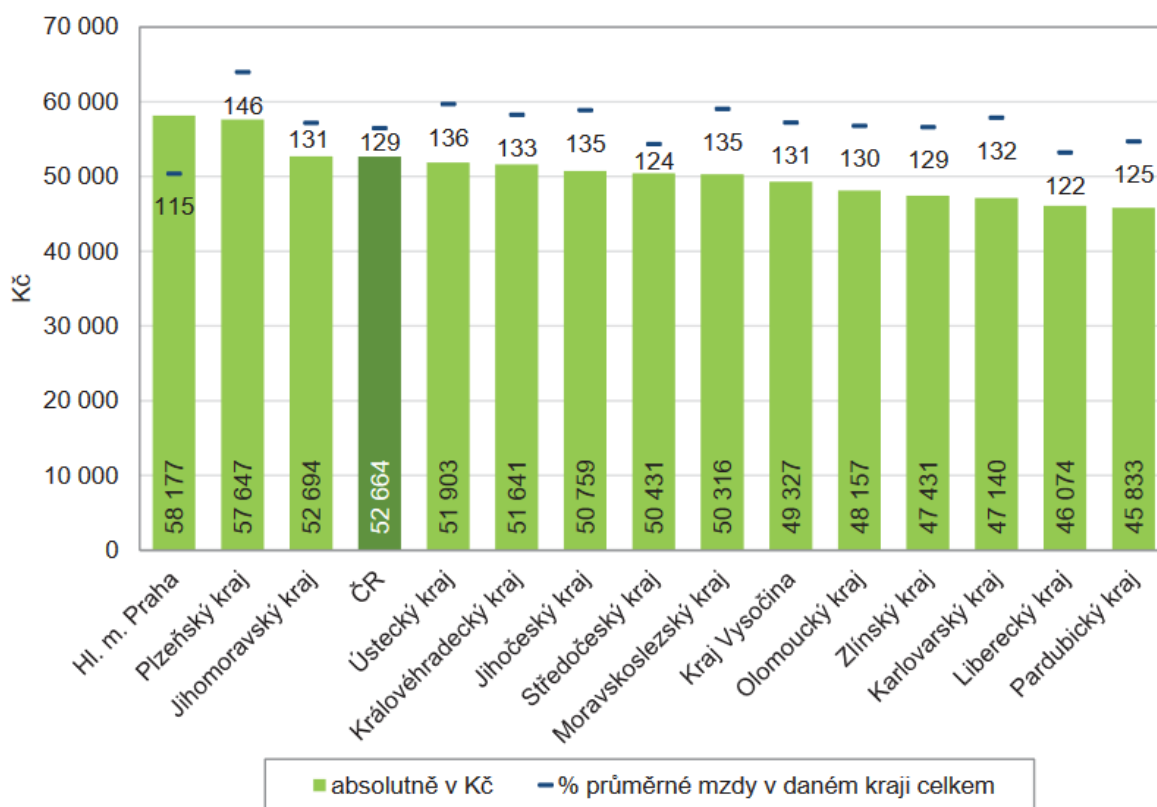
Graf 2 Míra inflace v ČR v letech 2014–2024 (ČSÚ, 2024b; vlastní zpracování)

Mnozí spotřebitelé, ale i firmy či organizace se domnívají, že zvýšením **průměrné hrubé mzdy** lze těmto zvyšujícím se cenám čelit, mohou tím ušetřit a nějakou část svého většího výdělku také darovat. Tento růst mezd ale pro provozovatele organizací přináší další úskalí, které je nutí zajistit prostředky na vyplácení nových objemů mezd a tím také současně čelí zvyšování provozních nákladů. V roce 2024 se průměrná měsíční mzda zvyšuje na 43 967 Kč, jak uvádí Accace České republiky.

Tabulka 3 Průměrná měsíční hrubá mzda v ČR v letech 2023 a 2024 (Accace, © 2024; vlastní zpracování)

Průměrná měsíční hrubá mzda v letech 2023, 2024		
Rok	2023	2024
Průměrná mzda (Kč)	40 324,00	43 967,00

Dále lze analyzovat mzdy všeobecných sester v krajích ČR, které se dle ČSÚ nijak zásadně strukturálně meziročně nemění. V grafu č. 3 je znázorněno, že v roce 2021 v hlavním městě Praze byla vyplacena nejvyšší absolutní mzda. Středočeský kraj se nachází na 7. místě ze 14 krajů ČR v žebříčku nejvyšších vyplacených mezd. Jelikož bude domov umístěn ve Středočeském kraji, je důležité si připomenout, že mnoho zdravotnických pracovníků se z důvodu výše mzdy stěhuje právě do tohoto regionu, především do Prahy. Tento fakt se týká nejen zdravotnických pracovníků, ale i pracovníků v oblasti sociální péče.



Graf 3 Mzdy všeobecných sester v krajích ČR v roce 2021 (ČSÚ, 2022b; převzato)

Nejen finanční příjem zaměstnanců organizace ovlivňuje její samotný provoz, ale také finanční příjem klientů. Hlavním zdrojem příjmu je buďto **starobní, nebo invalidní důchod**. V roce 2024 se průměrný starobní důchod navýšil na 20 694 Kč měsíčně (MPSV, 2023a). Výše invalidního důchodu se odvíjí od hlavní diagnózy, výše předešlého výdělku, zbylé doby do starobního důchodu a jiných podmínek (Hovorka, 2024). V případě

důchodového příjmu nižšího než 30 tis. Kč měsíčně není klient schopen sám hradit služby za ubytování, stravu a ostatní služby tak, aby mu zůstalo min. 15 % z důchodu jako „kapesné“ podle zákona o sociálních službách (Česko, 2006). To znamená, že výše důchodu ovlivňuje obložnost a hospodaření organizace. V některých případech se může rodina podílet na úhradě poskytovaných služeb.

Domov bude poskytovat také zdravotní služby, které jsou závislé na úrovni financování českého zdravotnictví. K vyjádření stavu financování zdravotní péče jsou zvoleny informace o celkových **výdajích na zdravotnictví v ČR**. Do celkových nákladů na zdravotní péči nejsou zahrnuty položky, které jsou financovány ze státního rozpočtu, jako jsou výdaje na výstavbu a rekonstrukci zdravotnických zařízení, investice do nákupu a modernizace přístrojového vybavení, výdaje na vzdělávání zdravotnického personálu, výdaje na výzkum a vývoj ve zdravotnictví (ČSÚ, 2023b).

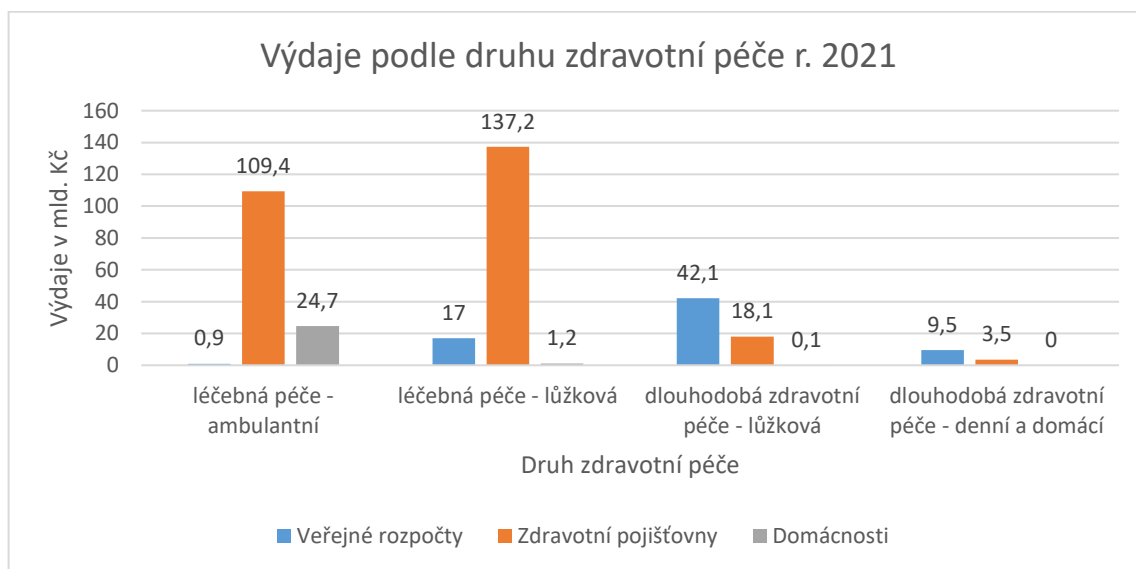
Celkové výdaje na zdravotní péči v roce 2021 dosáhly 579,6 mld. Kč. Meziročně to byl vzrůst až o 53,6 mld. Kč. Od roku 2010 byly výdaje na zdravotní péči téměř 4,6 bilionu korun, z toho 1,1 bilionu za roky 2020 a 2021. Nárůst výdajů mezi roky 2020 a 2021 byl způsoben vyššími výdaji na preventivní péči spojenou s pandemií covid-19. V přepočtu na jednoho obyvatele tvořily výdaje na zdravotní péči v roce 2021 až 55 200 Kč, kdy tato částka meziročně stoupla o 6 000 korun a od roku 2010 vzrostla téměř dvojnásobně (ČSÚ, 2023b).

Tabulka 4 Celkové výdaje na zdravotní péči v Česku v letech 2010–2021 (ČSÚ, 2023a; Zdravotnické účty ČR 2010–2021; převzato)

Rok	Absolutně – v běžných cenách			Základní poměrové ukazatele	
	Celkem v mld. Kč	meziroční změny		poměr k HDP (v %)	na 1 obyvatele (v Kč)
		v mld. Kč	v %		
2010	302,9	-	-	7,6	28 802
2011	307,0	4,1	1,4	7,6	29 250
2012	311,8	4,7	1,5	7,6	29 665
2013	311,6	-0,2	-0,1	7,5	29 645
2014	330,8	19,2	6,2	7,6	31 433
2015	340,8	10,0	3,0	7,4	32 329
2016	357,2	16,3	4,8	7,4	33 804
2017	377,2	20,1	5,6	7,4	35 621
2018	404,2	27,0	7,2	7,5	38 038
2019	440,3	36,1	8,9	7,6	41 272
2020	526,0	85,7	19,5	9,2	49 160
2021	579,6	53,6	10,2	9,5	55 200

Vedle absolutních výdajů se celkové výdaje na zdravotní péči poměřují nejčastěji k HDP. Tento poměrový ukazatel slouží především pro mezinárodní srovnání financování zdravotní péče. V letech 2010 až 2019 se tento poměr nijak výrazně neměnil, zůstával v průměru 7,5 %. Nárůst výdajů na zdravotní péči skokově nastal v roce 2020 až na 9,2 % HDP a pokračoval v roce 2021 růstem na 9,5 % HDP.

Největší část výdajů na zdravotní péči už dlouhodobě financují zdravotní pojišťovny. V roce 2021 vydaly za péči celkem 411,4 mld. Kč, což je 71 % z celkových výdajů na zdravotnictví u nás. Z veřejných rozpočtů to bylo 15,4 % výdajů na zdravotní péči z celkového veřejného rozpočtu ČR, přesně to činilo celkem 89,5 mld. Kč (ze státního rozpočtu 78 mld. Kč a 11,5 mld. Kč z obecních a krajských rozpočtů). Z vlastní kapsy uhradily české domácnosti za přijaté zdravotní služby 73,8 mld. Kč, tedy 12,7 % z celkových výdajů na zdravotní péči. Z jiných soukromých zdrojů šlo na tyto zdravotní výdaje, které zahrnují například dobrovolné platby na zdravotní péči neziskových organizací, téměř 5 mld. Kč (ČSÚ, 2023b).



Graf 4 Výdaje na léčebnou péči a dlouhodobě zdravotní péči v ČR roku 2021 (ČSÚ, 2023b; vlastní zpracování)

Nepřekvapivě podle předešlých informací největší podíl na financování léčebné péče ambulantní i lůžkové v roce 2021 měly zdravotní pojišťovny. Oproti výdajům na financování dlouhodobé lůžkové zdravotní péče, kde podle statistických informací zveřejněných ČSÚ nejvíce v roce 2021 zaplatily 42,1 mld. Kč za péči veřejné rozpočty. Zdravotní pojišťovny u tohoto druhu péče neuhradily ani polovinu z toho, co veřejné rozpočty. Tak je tomu i v případě celkových výdajů za dlouhodobou denní a domácí zdravotní péči. Domácnosti v roce 2021 nejvíce vydaly za léčebnou péči ambulantní a s nulovými výdaji se podílely na dlouhodobé denní a domácí zdravotní péči. Výdaje roku

2020 schodkově vzrostly z důvodu pandemie covid-19, ale výdaje v letech 2010–2019 se udržovaly v poměru výdajů za tyto druhy péče v obdobném zastoupení jako to bylo v roce 2021. Zdravotní pojišťovny vydaly nejvíce finančních prostředků na léčebnou péči, veřejné rozpočty na dlouhodobou zdravotní péči a domácnosti byly na druhém místě ve financování ambulantní léčebné péče (ČSÚ, 2023b).

Pokud se jedná o další mezinárodní srovnání výdajů na zdravotní péči, tak byla Česká republika roku 2020 s celkovými výdaji 19,9 mld. EUR na 14. místě v pomyslném žebříčku zemí Evropské unie. První místo zastupovalo Německo s výdaji bezmála 432 mld. EUR, dále následovala Francie s 281 mld. EUR. Výdaje na jednoho obyvatele v Česku po přepočtu činily 1 858 EUR. Vzhledem k průměru výdajů na jednoho obyvatele v zemích EU je to o 1 400 EUR méně. Při srovnání výdajů s našimi sousedními státy byly naše výdaje oproti Rakousku a Německu třikrát menší, ale naopak oproti Slovensku o 638 EUR vyšší a oproti Polsku až o 956 EUR vyšší (ČSÚ, 2023b).

3) Sociální faktory

Do demografických faktorů, které působí v makroprostředí a zároveň ovlivňují vznik, řízení i další budoucnost organizace, patří **věková struktura obyvatelstva a struktura pohlaví v ČR**. Jak uvádí ČSÚ (2018) nárůst počtu obyvatel ČR bude pokračovat do roku 2029, kdy dosáhne 10,784 milionu (k 1. 1.) a měl by to být nejvyšší počet populace celého 21. století u nás. Po roku 2029 se očekává mírné klesání trendu počtu obyvatel, který bude způsoben převahou počtu zemřelých nad živě narozenými. Tento počet ale dorovná předpoklad kladných hodnot od roku 2019 s migračním přírůstkem 26 tisíc osob ročně (ČSÚ, 2018). Vývoj počtu obyvatel je vlivem migrace v neustálé změně. ČR měla podle ČSÚ (2024c) ke konci roku 2022 přírůstek na 10 827 529 obyvatel, což bylo nejvíce od konce druhé světové války. Populace během roku 2022 vzrostla o 310,8 tisíce osob, tj. o 3,0 % absolutně i relativně nejvíce meziročního nárůstu v historii. Tento nárůst byl zapříčiněn masivními vlnami migrace, které byly způsobeny konflikty na Ukrajině.

Do roku 2050 se podle odhadovaných výpočtů ČSÚ počet žen v produktivním věku poměrně přibližuje počtu mužů. Detailnější a novější datové informace zpracované ČSÚ v roce 2022 ale poukazují, že celkový počet mužů i počet mužů ve věku 15–64 let v ČR k počtu žen lehce stoupá (viz tab. č. 5). Tento nepatrný nárůst počtu mužů ve věkové skupině 15–64 let nijak zásadně neovlivňuje poměr zastoupení pracujících žen k poměru pracujících mužů ve zdravotnictví a v sociálních službách (tab. č. 6 a 7), přestože pohlaví hraje značnou roli v množství pracujících sil ve zdravotnictví i v sociálních službách. Pokud bude počet žen ve

věku 15–64 let klesat, bude také klesat množství žen, které se mohou rozhodnout pro vzdělání ve zdravotní a sociální péči.

Tabulka 5 Počet mužů a žen celkově a ve věku 15–64 let v ČR 2018–2021 k 31. 12. (ČSÚ, 2022c; vlastní zpracování)

Rok	Celkem		Struktura v %		Ve věku 15-64 let		Struktura v %	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy
2018	5 244 194	5 405 606	49,2	50,8	3 499 621	3 370 502	50,9	49,1
2019	5 271 996	5 421 943	49,3	50,7	3 497 717	3 354 390	51,0	49,0
2020	5 275 103	5 426 674	49,3	50,7	3 484 715	3 338 999	51,1	48,9
2021	5 183 775	5 332 932	49,3	50,7	3 404 123	3 250 058	51,2	48,8

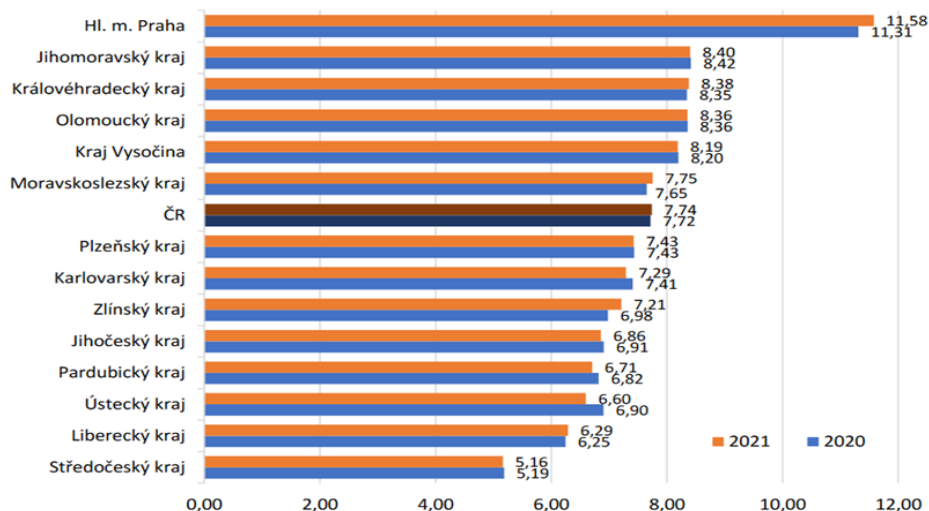
Tabulka 6 Celkový počet pracujících mužů a žen (v tis. osob) ve zdravotní a sociální péči v letech 1993, 200, 2010, 2015 a 2021 (ČSÚ, 2022c; vlastní zpracování)

Rok	1993	2000	2010	2015	2021
Muži	58,2	57,4	68,7	70,4	79,6
Ženy	218,3	227,7	271,2	281,3	323,8

Tabulka 7 Počet pracujících mužů a žen (v tis. osob) ve zdravotní a sociální péči podle věkových skupin v roce 2021 (ČSÚ, 2022c; vlastní zpracování)

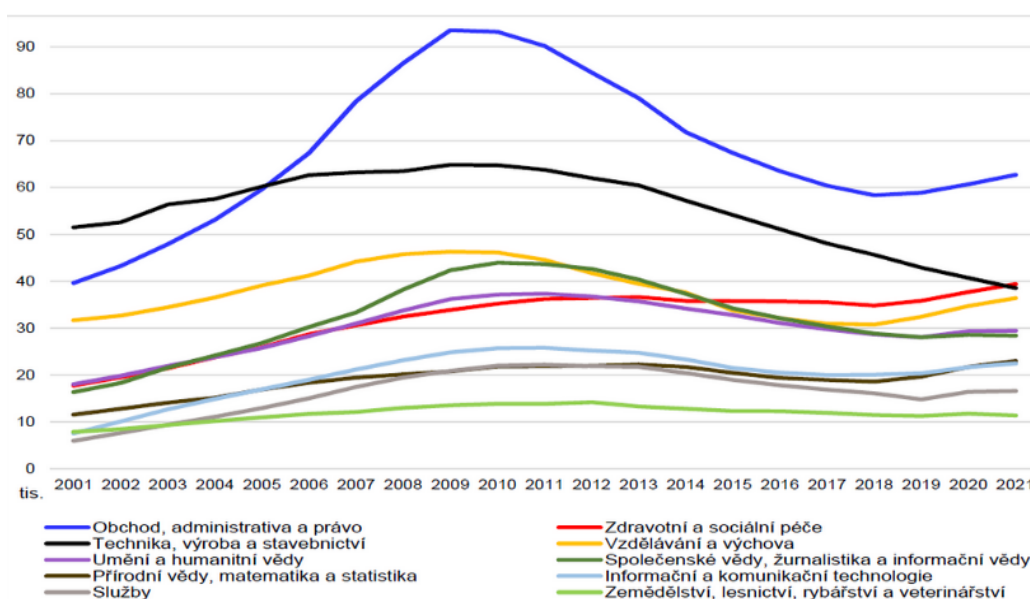
Pohlaví	Celkem	Věková skupina					
		15–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60 +
Muži	79,6	-	8,6	18,2	21,9	17,6	12,9
Ženy	323,8	1,1	38,6	57,6	104,5	86,4	35,6

Dalším důležitým aspektem analýzy je přehled o počtu úvazků všeobecných sester podle jednotlivých krajů. ÚZIS ČR poskytuje data, které se týkají úvazku VS a porodních asistentek na 1 000 obyvatel podle krajů ČR ve všech segmentech péče, a to v letech 2020 a 2021. Následující graf č. 5 znázorňuje, že nejvyšší počet úvazků je v hlavním městě Praze a nejnižší ve Středočeském kraji. Tento výsledek může být zapříčiněn odlivem pracovních sil ze Středočeského kraje do Prahy z důvodu vyšších mezd (graf č. 3), výhodnou vzdáleností do zaměstnání a ochotou cestovat za práci nebo větším počtem obyvatel v hlavním městě Praze a tím zvýšené poptávky po práci.



Graf 5 Počet úvazků všeobecných sester a porodních asistentek na 1 000 obyvatel v rámci krajů ČR v letech 2020 a 2021 (ÚZIS, 2021; převzato)

Vzdělání je dalším sociálním faktorem, který nemůže organizace v makroprostředí ovlivnit. Přestože dle předešlých informací a dostupných dat počet mužů ku počtu žen ve věku 15–64 let roste, zatím to nijak nepříznivě neovlivnilo data ohledně vzdělání ve zdravotní a sociální péči (obr. č. 3). Křivky na obrázku znázorňují počty studentů vysokých škol v ČR v letech 2001–2021 a jejich vývoj podle skupin oborů vzdělání. Pro vysokoškolské vzdělání v oboru zdravotní a sociální péči v roce 2001 se rozhodlo méně než 20 tis. studentů. V následujících 20 letech studentů přibývalo a v roce 2021 se jejich počet téměř zdvojnásobil. Důvodu tohoto nárůstu počtu studentů je určitě několik. Např. sjednocení vzdělání dle požadavků EU, rozvoj školství a vznik nových oborů, rozvoj zdravotnictví a sociální péče, zvýšení prestiže těchto oborů atd.



Obrázek 3 Studenti vysokých škol v ČR – počet studentů vysokých škol dle skupin oborů vzdělání (Zdravotnický deník, 2022; převzato)

Pro zřízení domova je tento fakt zvyšujícího se počtu studentů oboru zdravotní a sociální péče žádoucí, protože počet potenciálních klientů domova se také každoročně zvyšuje, jak je uvedeno v tab. č. 8. Data z let 2021, 2022 a 2023 byla poskytnuta zdravotními pojišťovnami ZPŠ (Kvapil, 2024) a VZP ČR (Pelcová, 2024). Ostatní pojišťovny údaje neposkytly. Pro přesnější přehled byla tabulka doplněna o údaje VZP ČR z roku 2018, 2019 a prvních 9 měsíců roku 2020, které uvádí Vacek ve své diplomové práci (2021, s. 16). Tento počet klientů zdravotních pojišťoven byl poskytovatelem zdravotních služeb vykázán pod Ošetřovacím dnem 00015 pro Následnou ventilační péči.

Tabulka 8 Počet pacientů všech věkových skupin, na které byl v letech 2018–2023 vykázán OD 00015, NVP (Kvapil, 2024; Pelcová, 2024; Vacek, 2021; vlastní zpracování)

	2018	2019	do 9/2020	2021	2022	2023
VZP ČR	430	476	371	485	688	697
ZPŠ	x	x	x	22	33	30
Celkem	x	x	x	507	721	727

V příloze P I je uveden seznam pracovišť, která vykázala OD 00015 v rámci poskytované následné ventilační péče. Díky tomuto seznamu lze stanovit umístění zdravotnických zařízení v celé ČR a určit, kde bude nejvhodnější umístění domova. Jak ukazuje obrázek níže, nejvíce je vykazován OD 00015 NVP ve Středočeském kraji. Domov bude strategicky umístěn v tomto regionu, kde může snížit obloženost lůžek NVP a může být v blízkosti rodin klientů domova. Celkový počet ZZ je 43, včetně pracovišť NVP pro dětské pacienty.



Obrázek 4 Počet zdravotnických zařízení v jednotlivých krajích ČR, které vykazovali OD 00015 NVP v letech 2021–2023 (Mapa České republiky, 2024; vlastní zpracování)

Pracovní mobilita je dalším aspektem sociálních faktorů makroprostředí. Lze ji definovat pohybem jednotlivých pracovníků nebo celých profesí buďto uvnitř organizace, v rámci určitého státu, mimostátního sdružení nebo v rámci celého světa. Pohyb pracovních sil je spojen s délkou přesunu – hodiny, dny, měsíce, roky, celý život a dalšími možnostmi každodenních potřeb – doprava, nákupy, kultura, lékař atd. (Veselá a Kanioková, 2011). Ve většině případů se v ČR přesouvají pracovníci zdravotní a sociální péče do oblastí větších měst z důvodu vyšší nabídky mzdy, lepšího technického vybavení pracovišť, lepších pracovních podmínek nebo z důvodu zlepšení kvalifikace. Stejně důvody jsou zaznamenány při pracovní mobilitě do zahraničí, která je způsobena do značné míry i volným pohybem pracovních sil v EU (Jindrová a Boháčová, 2021). Negativním dopadem odlivu pracovních sil daného státu u kvalifikovaných migrantů je nejen chybějící počet těchto pracovníků v zemi, ale také především „brain-drain“. Takzvaným odlivem mozků se už zabývali a nadále zbrojí někteří zahraniční politici jako např. Jens Spahn, bývalý německý ministr zdravotnictví, který oficiálně vystoupil s návrhem vytvoření legislativy na zákaz migrace lékařů. Členské státy EU by si neměly vzájemně „přetahovat“ lékaře a ani jiné odborné pracovníky, měly by raději zvážit regulaci tohoto stavu. I v České republice dochází k imigraci odborných pracovníků, kteří dorovnávají chybějící pracovní síly. Česká zdravotnická zařízení lákají, resp. musejí lákat nové zaměstnance i ze zahraničí, aby lépe zabezpečila zdravotní i sociální služby u nás. Nárůst zahraničních zdravotnických odborných pracovníků v ČR stoupl z roku 2000 z celkového počtu 579 na 2 799 v roce 2016. Zvyšující se počet těchto zaměstnanců ve zdravotní i sociální péči se předpokládá i v následujících letech (Petrikovič, 2019).

Regionální rozdíly, změny životního stylu, postoje obyvatelstva k práci, volnému času a jiné postoje jsou součástí faktorů působících na chod domova (Blažková, 2007). V případě nutnosti rozšíření analýzy se lze těmito faktory hlouběji zabývat.

4) Technické a technologické faktory

Technické a technologické faktory jsou pod vlivem vládních výdajů na výzkum a vývoj. Podle ČSÚ (2023c) výdaje na výzkum a vývoj ze státního rozpočtu stagnují. V roce 2022 stát vynaložil celkem 38,5 mld. Kč, tedy podíl dosáhl 0,57 % státních rozpočtových výdajů na hrubém domácím produktu. Tato částka byla nejnižší od roku 2010. Přesto je na tom ČR v rámci EU lépe než všechny státy bývalého východního bloku, ale stejně zaostává za unijním průměrem, který v roce 2022 dosáhl 0,74 %.

S rozvojem technologií nejen ve zdravotnictví, ale i v jiných oborech, se mění charakter poskytovaných služeb. Nové přístroje, zařízení, stroje a procesní činnosti mají pomoci zlepšit pracovní procesy od vedení organizace až po poskytování samotné péče. Mnoho analytiků si myslí, že tyto faktory nejsou důležité, i když techniku užíváme v každodenním životě. Při zřízení domova se musí zajistit technické vybavení pracoviště, jako jsou počítače, telefony, různé měřicí přístroje, přístroje k ulehčení manipulace s imobilními klienty a další technické vybavení.

Technologiemi, které může organizace při své činnosti využívat, jsou např. informační technologie, elektrická dokumentace, e-recepty, telekomunikace, telemetrie, internetové připojení aj.

Negativními vlivy technických a technologických faktorů mohou být vysoké vstupní náklady na jejich pořízení. Finance hrají důležitou roli při zakoupení inovativních technik či technologií, které mohou zkvalitnit poskytování péče v organizaci.

7.2 Porterova analýza

Porterova analýza zahrnuje údaje nacházející se v oblasti mezoprostředí, vnějšího prostředí, které přibližuje oborové okolí organizace. Samotná organizace je schopna tuto oblast částečně ovlivnit. Pomocí Porterovy analýzy jsou zkoumána hlediska konkurence. Stávající konkurence, potenciální konkurence, substituty, dodavatelé a odběratelé jsou součástí zkoumání. Po jejich analýze je provedena analýza konkurenčních sil.

Základní charakteristika odvětví domova spočívá v poli působnosti na trhu poskytování zdravotní péče a sociálních služeb, ubytování, stravování a další péče klientům dle zdravotního stavu a stavu jejich soběstačnosti. Zdravotní péče bude poskytována klientům s UPV, sociální služby budou poskytovat sociální péči pro osoby zdravotně znevýhodněné nebo s potřebou asistence v denních činnostech. Ubytování a stravování bude celodenní. Další služby se budou odvíjet od individuálních potřeb klientů domova. Klienti budou přijímáni z kteréhokoliv kraje České republiky. Umístění nemovitých prostor se plánuje ve Středočeském kraji, kde bude domov působit, poskytovat a odebírat služby potřebné k provozu.

1) Stávající konkurence poskytující služby v oblasti intenzivní péče, tedy přesněji pacientům s UPV, kteří nemohou být odpojeni od ventilačního přístroje a nemohou být umístěni do domácí péče v programu DUPV, existuje v ČR jen několik. Tito poskytovatelé

péče spadají do skupiny pracovišť s názvem Následná ventilační péče. Každé z pracovišť může nést další nebo jiný název. Ve Středočeském kraji vykazuje péči v rámci NVP v posledních třech letech devět poskytovatelů zdravotní péče. Jelikož tito konkurenti spadají pod ústavní zařízení, velká hrozba ze stran konkurence nyní nehrozí. Alternativou ústavního poskytování NVP bude právě zřízení Domova asistovaného bydlení s intenzivní péčí, z. ú., který dle svého specifického charakteru zdravotně-sociální péče a bydlení nemá v ČR žádné shodné konkurenty.

V následující tabulce jsou zhodnoceny podmínky na určení vyjednávací síly konkurence. Domov nemá žádné přímé konkurenty v odvětví, přesto byla vypracována následující tabulka rivality konkurence na trhu. Tyto podmínky nastiňují, v případě vzniku nové konkurence, zda se rivalita organizací na tomto trhu ve Středočeském regionu bude zvyšovat nebo ne.

Tabulka 9 Podmínky působící na zvyšování rivality konkurence na trhu (Keřkovský a Vykypěl, 2006; vlastní zpracování)

Podmínky	Splněno
Jedná se o velmi málo rostoucí trh.	Ano
Jedná se o velmi nové a lukrativní odvětví.	Ano
Na trhu působí velké množství konkurence.	Ne
Ziskovost v odvětví je nízká, a proto konkurence sleduje strategii přežití.	Ano
Služby konkurence jsou málo rozdílné – odběratelé nevnímají velké rozdíly.	Ano
Bariéry pro odchod z odvětví jsou vysoké.	Ne

Na základě výsledků z tabulky lze předběžně konstatovat, že rivalita mezi firmami na trhu bude velká a bude se zvyšovat. Jedním z hlavních důvodů, které povedou k této velké rivalitě, je malé množství konkurence v odvětví a malá diferencovanost služeb.

2) Potenciální konkurence neboli vznik obdobných organizací je zdlouhavý proces, který je jednou z bariér vstupu do odvětví, neboť nejsou ještě přesně definovány legislativní, právní či smluvní požadavky k uskutečnění provozu takového typu organizace. Bariérami vstupu do odvětví mohou být nedostatek klientů nebo nejnížší počet úvazků zdravotních sester (včetně porodních asistentek) na 1 000 obyvatel ve Středočeském kraji v roce 2020 a 2021.

V tabulce vypracované níže jsou uvedeny podmínky, které působí na snižování hrozby vstupů potenciální konkurence na trh, který je v působnosti Středočeského kraje. Jejich

splnění snižuje hrozbu vstupu do odvětví poskytování zdravotně-sociální péče a ubytování pro osoby s UPV.

Tabulka 10 Podmínky působící na snižování hrozby potenciální konkurence při vstupu na trh (Keřkovský a Vykypěl, 2006; vlastní zpracování)

Podmínky	Splněno
Vysoké fixní vstupní náklady do odvětví.	Ano
Odvětví má strukturu přirozených monopolů.	Ne
Existující organizace mají nákladové výhody díky jejich předešlých zkušenostech na trhu.	Ne
Služby jsou vysoce diferencované.	Ne
Náklady spojené s přestupem dodavatelů nebo odběratelů jsou vysoké.	Ne
Existující organizace budou na vstup nové konkurence reagovat agresivně.	Ano
Tento druh odvětví je vysoce regulován.	Ano

Podmínky v tab. č. 10 ukazují, že hrozba vstupů konkurence na trh je téměř na střední úrovni, tzn. hrozba je vyšší než průměr. Do podmínek snižujících tuto hrozbu se řadí vysoký stupeň regulace v odvětví, agresivní reakce na vstup nové konkurence a vysoké fixní náklady vstupu do odvětví. Pokud se přidají i další splněné podmínky, hrozba vstupu nové konkurence bude klesat.

3) Substituty shodné s poskytováním péče ventilovaným pacientům v organizaci s domácím prostředím nelze v kterémkoliv kraji ČR dohledat. Buď jsou to klienti v ústavních zařízeních, nebo jsou v programu DUPV. Totožná zdravotně-sociální služba poskytovaná v domovech sociálních služeb v ČR neexistuje. Tak jako totožná zdravotně-sociální služba poskytovaná ve zdravotnických zařízeních v ČR také neexistuje. Tímto faktem momentálně nevzniká žádná cenová konkurence a nejsou splněny podmínky, které by zvýšily hrozbu substitutů pro organizaci (viz tab. č. 11). Neexistuje nyní žádná hrozba substitutů.

Tabulka 11 Podmínky působící na zvyšování hrozby substitutů (Keřkovský a Vykypěl, 2006; vlastní zpracování)

Podmínky	Splněno
Existují v poskytování daných služeb substituty.	Ne
Výrobní náklady substitutů jsou nízké.	Ne
Organizace nabízející substituty zvyšují nabídku.	Ne
Nízké přestupové náklady na spotřebu substitutu.	Ne
Cenová hladina substitutů je příznivá a lákavá.	Ne

4) **Dodavatelé** hrají významnou roli jak při založení, tak i při samotném chodu organizace. Jelikož domov v současnosti není fungující organizace, nelze provést analýzu reálných dodavatelů, ale jen těch potenciálních. Dodavatelé v oblasti zdravotní techniky, vybavení zdravotnických zařízení včetně nábytku, materiálu apod., jsou uvedeni v tabulce níže. Jelikož se jedná o produkty nižšího počtu substitutů v kraji, mohou dodavatelé flexibilněji hýbat s prodejní cenou na úkor prodávané kvality.

Tabulka 12 Dodavatelé zdravotnického vybavení pro domov v rámci Středočeského kraje (vlastní zpracování)

Dodavatel	Obchodní název dodavatele
Zdravotnický nábytek	LINET spol. s r.o.
	M.F. – ZDRAVOTNICKÝ NÁBYTEK, s.r.o.
Zdravotnické potřeby a materiál	Zdravotnické potřeby – Hana Kalfířtová
	DVORT – ZDRAVOTNICKÉ POTŘEBY
	MEYRA ČR, s.r.o.
Zdravotní technika	INLAB s.r.o.
	Dartin, spol. s r.o.

Dalšími dodavateli pro organizaci jsou dodavatelé služeb, jako jsou praktický lékař, odborný lékař, fyzioterapeut atd. Neméně důležitými jsou dodavatelé stravy, která bude zajištěna celodenně. Hlavní jídlo (oběd) bude zajištěn externím dodavatelem, u kterého lze dle potřeby a přání klientů zajistit i jiné teplé jídlo na večeři. Snídaně, svačiny a večeře budou zajišťovány a připravovány přímo zaměstnanci domova. Dodavateli surovin mohou být pekárny nebo velkoobchody s potravinami. Mnoho z těchto dodavatelů nabízí možnost smluvně výhodné ceny, pokud se jedná o pravidelný odběr jídel a potravin ve Středočeském kraji.

Dodavatelé mají možnost vyjednávat si vhodné podmínky, cenu i kvalitu prodejních produktů či služeb. To, jak silnou pozici zastávají ve smluvním vztahu s organizací, zda mají vysokou vyjednávací sílu nebo ne, určují podmínky v tabulce níže.

Tabulka 13 Podmínky působící na zvyšování vyjednávací síly dodavatelů (Keřkovský a Vykypěl, 2006; vlastní zpracování)

Podmínky	Splněno
Dodavatelé jsou velcí a významní na trhu (převážně z hlediska nabídky).	Ne
Dodavatelé jsou vzdáleni volné konkurenci (blíží se více monopolu).	Ne
Organizace není pro dodavatele důležitým zákazníkem.	Ano
Zboží nebo služby, které jsou poptávány, jsou vysoce diverzifikované.	Ne
Zákazník nemá dostatek podrobných tržních informací.	Ne
Zákazník si nemůže při výpadku dodavatele poskytovat zboží/službu sám.	Ano
Při výpadku dodavatele neexistují snadno dostupné substituty.	Ano
Zboží nebo služby mají nízkou cenovou pružnost poptávky.	Ne
Zákazník není významný při ovlivňování dalších zákazníků.	Ano

Podmínka, která zvyšuje vyjednávací sílu dodavatelů, je splněna v případě důležitosti domova, přičemž tato malá organizace pro dodavatele není důležitá. Při výpadku dodavatele si organizace nemůže sama dodávat služby nebo zboží a také nemůže najít snadno dostupné substituty u většiny dodavatelů. Organizace také nemá významný vliv na postoj a vztah jiných zákazníků s odběrateli. Tyto podmínky zvyšují vyjednávací sílu dodavatelů, která je těsně pod průměrným výsledkem a představuje pro organizaci středně velkou hrozbu.

5) Odběratelé neboli klienti či zákazníci jsou dospělé osoby, jak muži, tak i ženy od 18 let, kteří jsou závislí na UPV a zdravotní péči s tím spojenou. Dále tito odběratelé služeb nemohou být propuštěni do domácího prostředí, potřebují jiné sociální zázemí a péči dle potřeby. Ne každý klient s UPV musí být nesoběstačný. Někteří klienti mohou vyžadovat např. jen asistenci při různých každodenních činnostech nebo si potřebují jen znovu tyto činnosti osvojit. Počet těchto klientů se každoročně zvyšuje, jak již bylo uvedeno v tab. č. 8, kap. 7.1.

Přestože neexistuje v ČR žádný obdobný domov s intenzivní péčí, lze mezi zákazníky zařadit také rodiny pacientů, které chtějí svého příbuzného do domova umístit. Rozhodnutí o využití služeb domova je mnohdy souhlasem celé rodiny, která si je vědoma, že se o příbuzného nemohou starat, a proto mohou být také ochotny účastnit se financování pobytu.

Dalšími odběrateli služeb mohou být rodiny, které se o své příbuzné s UPV starají v domácím prostředí. Domov jim může nabídnout své krátkodobé služby formou odlehčovacích pobytů, kdy se rodina např. z důvodu nemoci, dovolené, pracovní cesty nebo jiných důvodů nemůže starat.

V tabulce jsou uvedeny podmínky, které napomáhají zjistit, jakou vyjednávací sílu mají odběratelé domova.

Tabulka 14 Podmínky působící na vyjednávací sílu odběratelů (Keřkovský a Vykypěl, 2006; vlastní zpracování)

Podmínky	Splněno
Odběratel je velkým či významným zákazníkem.	Ne
Odběratel může lehce přejít ke konkurenci.	Ne
Odběratel má dostatek potřebných tržních informací.	Ano
Odběratel má možnost zpětné integrace.	Ne
Existují snadno dostupné substituty.	Ne
Odběratelé jsou citliví vůči cenovým změnám.	Ne
Kvalita poskytovaných služeb nehraje pro odběratele zásadní velkou roli.	Ne

Podle splnění podmínek lze konstatovat, že odběratelé služeb nemají dosti velkou vyjednávací sílu. Hlavním důvodem snížené vyjednávací síly odběratelů je neexistence přímé konkurence a substitutů. Vyjednávací síla je zvyšována pouze dostatkem informací o trhu. Neméně důležitá je pro organizaci kvalita poskytovaných služeb, neboť ta zvyšuje spokojenost odběratelů a šíří kladné reference na trhu.

7.3 SWOT analýza

Pomocí SWOT analýzy bude v následující kapitole zkoumáno mikroprostředí. Faktory působící ve vnitřním prostředí organizace je možno samotnou organizací ovlivnit a kontrolovat. Analýza znázorňuje silné a slabé stránky, příležitosti a hrozby organizace. Díky vytvořené SWOT analýze lze posilovat silné stránky a eliminovat zase ty slabé. Organizace může využít příležitosti a připravit se na hrozby z vnějšího mikrookolí.

K dosažení lepších výsledků bylo provedeno párové porovnání nejdůležitějších faktorů SWOT analýzy. Na základě rozdílu vah SWOT faktorů byla vytvořena matice, která nastiňuje možný výběr strategie organizace.

Tabulka 15 SWOT analýza (vlastní zpracování)

Silné stránky	Slabé stránky
<ul style="list-style-type: none"> - Kvalifikovaný zdravotnický personál v oboru intenzivní péče 24h/7dní - Domácí osobní prostředí v organizaci - Nové zrekonstruované zázemí - Moderní a kvalitní přístroje a další vybavení - Holistický přístup ke klientovi - Individuální aktivizační činnosti - Poskytování odlehčovací služby - Zkušenosti provozovatele s poskytováním zdravotní péče 	<ul style="list-style-type: none"> - Nedostatek finančních prostředků na zahájení činnosti - Nutnost uzavření úvěrové smlouvy - Vysoké náklady na zahájení činnosti - Žádné zkušenosti provozovatelů s vedením podniku
Příležitosti	Hrozby
<ul style="list-style-type: none"> - Žádná konkurence v odvětví - Žádné substituty poskytovaných služeb - Rostoucí počet osob s trvalou UPV - 75–100 % obloženosti lůžek NIP - Zvyšující se počet potenciálních klientů každoročně (pacientů NVP) - Minimálně 20 % hospitalizovaných pacientů s trvalou UPV na NIP déle než 90 dní - Státní příspěvek na péči - Růst průměrných hrubých mezd - Zvyšování důchodů - Nízká vyjednávací síla odběratelů 	<ul style="list-style-type: none"> - Vysoká regulace v poskytování zdravotně-sociální péče - Legislativně stanovené ceny za sociální služby - Zdoluhavý a náročný proces schvalování a zřízení - Nedostatečná výše důchodu k úhradě služeb v organizaci - Nízké finanční příjmy rodiny ve spoluúčasti financování služeb - Nízká ochota zdravotních pojišťoven hradit zdravotní péči - Střední vyjednávací síla dodavatelů - Vzdálené umístění domova z hlediska kontaktu s rodinami - Vstup nové konkurence a vznik nových substitutů - Nedostatek personálu - Poskytování kvalitní a kvalifikované intenzivní péče v programu DUPV

Z výše uvedených faktorů působících na organizaci byly vybrány ty nejdůležitější, kterým bylo v tab. č. 17 přiřazeno označení. K určení vah každého z nich byly následně tyto faktory mezi sebou porovnávány metodou Fullerova trojúhelníku. Fullerova metoda, jak vysvětluje Nenadál (2018, s. 146–147), spočívá v sestavení všech možných párových porovnání faktorů

Tabulka 17 Váhy faktorů SWOT analýzy (vlastní zpracování)

	Označení faktoru	Faktor	Váha faktoru (%)
Silné stránky	A	Kvalifikovaný zdravotnický personál v oboru intenzivní péče 24h/7dní	16,67
	B	Domácí osobní prostředí v organizaci	6,06
	C	Holistický přístup ke klientovi	15,15
Slabé stránky	D	Nedostatek finančních prostředků na zahájení činnosti	12,12
	E	Nutnost uzavření úvěrové smlouvy	7,58
	F	Vysoké náklady na zahájení činnosti	6,06
Příležitosti	G	Žádná konkurence v odvětví	1,52
	H	Žádné substituty poskytovaných služeb	3,03
	CH	Zvyšující se počet potenciálních klientů každoročně	12,12
Hrozby	I	Vysoká regulace v poskytování zdravotně-sociální péče	3,03
	J	Nízká ochota zdravotních pojišťoven hradit zdravotní péči	12,12
	K	Vzdálené umístění domova z hlediska kontaktu s rodinami	4,54
Celkem	x	x	100 %

Na základě výsledných vah faktorů lze určit umístění SWOT strategie. Z výše uvedené tabulky byly odečteny procentuální hodnoty slabých stránek od silných a hodnoty hrozeb od příležitostí. Ze silných a slabých stránek převažují ty silné o 12,12 %. Rozdíl vah příležitostí a hrozeb činí 3,02 %., to znamená, že ohrožení organizace převažuje nad její příležitostí. Pomocí těchto rozdílných hodnot je v tab. č. 18 na SWOT matici znázorněno, ve které výsledné strategii se organizace nachází.

Tabulka 18 SWOT matice – vyhodnocení (vlastní zpracování)

	Silné stránky	Slabé stránky
Příležitosti	SO strategie <i>VYUŽITÍ</i>	WO strategie <i>HLEDÁNÍ</i>
Hrozby	ST strategie <i>KONFRONTACE</i>	WT strategie <i>VYHÝBÁNÍ</i>

Diagram showing a red circle at the intersection of the 'Hrozby' (Threats) row and the 'ST strategie KONFRONTACE' (Strength-Threat strategy) column. A vertical line connects this circle to a box containing '12,12 %' located in the 'Příležitosti' (Opportunities) row under the 'Silné stránky' (Strengths) column. A horizontal line connects the circle to a box containing '3,02 %' located in the 'Hrozby' row under the 'Silné stránky' column.

Organizace se dle SWOT matice nachází ve strategii ST – KONFRONTACE. Jak již název napovídá, organizace se snaží pomocí silných stránek bránit možným hrozbám, které vznikly nebo mohou vzniknout. Tato strategie může být použita, pokud má organizace dostatek síly na přímý střet s ohrožením. Má k tomu organizace dostatek síly? Při konfrontaci nejsilnější stránky s nejsilnější hrozbou může organizace ochotu zdravotních pojišťoven hradit za péči snížit nebo úplně odstranit, protože nabídka zdravotně-sociálních služeb s kvalifikovaným personálem je i pro zdravotní pojišťovny výhodná.

Vyhodnocení SWOT matice je uvedeno jen s faktory, které mají největší váhu. Je možné kombinovat a vyhodnocovat i jiné uvedené části analýzy mikroprostředí. Různé kombinace vyhodnocení připraví organizaci i na další možné situace a okolnosti na trhu.

- 1) SO strategie: Za silnou stránku domov považuje kvalifikovaný zdravotnický personál v oboru intenzivní péče 24 h/7dní. Díky ní může poskytovat péči klientům s UPV v sociálním zařízení a tím poskytnout nový domov s péčí, kterou klient nezbytně potřebuje pro svůj život.
- 2) WO strategie: Za svou nejslabší stránku považuje domov skutečnost, že bude mít nedostatek finančních prostředků na zahájení činnosti. V odvětví zdravotní a sociální péče nemá domov žádné shodné konkurenty ani substituty. Organizace by mohla být úspěšnější při získání dotací, darů a jiných finančních prostředků pro rozvoj tohoto odvětví.

- 3) ST strategie: Jak již bylo uvedeno výše, organizace se v této pozici snaží pomocí silných stránek bránit možným hrozbám. Při využití silné stránky, kvalifikovaný zdravotnický personál v oboru intenzivní péče 24 h/7dní, je možno snížit až odstranit ochotu zdravotních pojišťoven hradit za péči. Je nutné ale zdůraznit, že se jedná o zdravotní intenzivní péči v sociálním zařízení.
- 4) WT strategie: Odstraněním slabé stránky, nedostatek finančních prostředků na zahájení činnosti, lze snížit riziko nebo dopad hrozby. Ovlivnit ochotu pojišťoven platit za péči lze např. v případě, pokud organizace bude mít dostatek finančních prostředků na zahájení činnosti, pozitivní výsledky hospodaření a důkaz o snížení nákladů na péči o jejich klienty.

7.4 Dotazníkové šetření

Byly vytvořeny dva druhy dotazníků pro získání analytických dat potřebných k objasnění dané problematiky. Dotazníky pro oddělení NIP a organizace DP v programu DUPV byly vytvořeny pomocí internetových stránek survio.com a byly cíleně elektronicky rozeslány e-mailem. Dostupnost dotazníků pro jejich vyhotovení byla jeden měsíc, tj. 15. února 2024 do 15. března 2024. Před spuštěním sběru dat byla provedena pilotáž, ve které byly dotazníky odeslány šesti lidem. Během pilotáže byla provedena zkouška elektronické verze dotazníků a byly poupraveny některé otázky tak, aby byly lépe srozumitelné. VZP ČR (2024) uvádí na svých internetových stránkách seznam pracovišť NIP a seznam certifikovaných poskytovatelů DP pro DUPV, kteří jsou se zdravotní pojišťovnou ve smluvním vztahu. Za pomocí tohoto seznamu byli kontaktováni vhodní respondenti k vyplnění dotazníků.

7.4.1 Dotazník pro pracoviště Následné intenzivní péče

Na základě uvedeného seznamu NIP, celkem 43 pracovišť, bylo s dotazníkem osloveno pouze 24 pracovišť, neboť ne všechna zdravotnická zařízení mají na webových stránkách dostupné informace k zaslání elektronické pošty přímo na oddělení NIP. Dotazník vyplnilo celkem 58,38 % oslovených respondentů. Pro vyhodnocení dat bylo použito 14 vyplněných dotazníků. Žádný z použitých dotazníků nemusel být vyřazen nebo poupraven. Samotný dotazník i stručný souhrn nejhodnotnějších výsledků všech otázek dotazníku je k dispozici v příloze P II a P III.

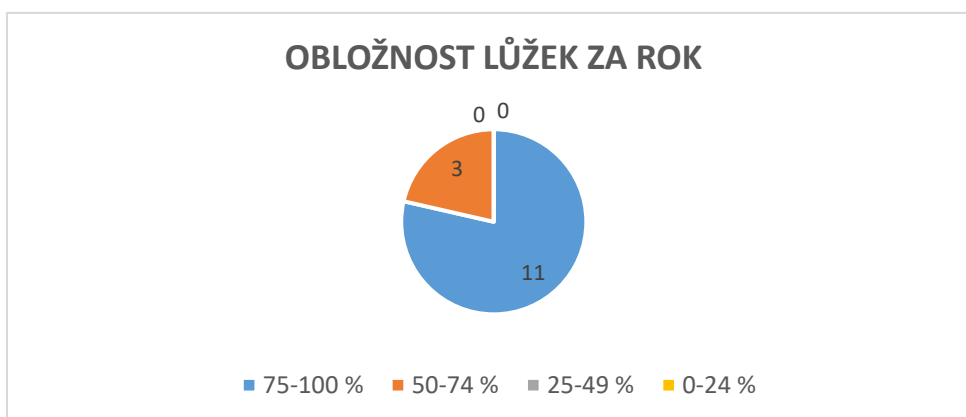
Stručný souhrn nejpodstatnějších analyzovaných dat

V následující tabulce je zobrazen přehled počtů lůžek dotazovaných pracovišť NIP. Celkový počet disponujících lůžek dle odpovědí respondentů činí celkem 221 lůžek (100 %).

Tabulka 19 Vyhodnocení dotazníku – Otázka č. 4, Počet lůžek NIP (vlastní zpracování)

Počet lůžek Následné intenzivní péče											
Počet	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	celkem
Odpověď	17	9	5	43	21	20	18	14	13	10	221

Obloženost těchto lůžek NIP je znázorněn v grafu č. 6. Graf vyjadřuje obsazenost lůžek za jeden rok v procentech. Jedenáct respondentů odpovědělo, že kapacita jejich pracovišť je v rozmezí 75–100 % naplněna.



Graf 6 Vyhodnocení dotazníku – Otázka č. 5, Obloženost lůžek v % za rok (vlastní zpracování)

Do celkové obloženosti lůžek spadají pacienti s indikací umělé plicní ventilace. Dle výsledků šetření je jich převažující většina. Odpovědí 13 respondentů na otázku č. 6 (U kolika procent pacientů z celkového počtu pacientů za rok je indikována umělá plicní ventilace?) bylo 75–100 % pacientů. Další otázka se týkala počtu pacientů, zda se tento počet pacientů meziročně zvyšuje. Více než 50 % respondentů odpovědělo, že ANO. Ne všichni pacienti s UPV mají trvalou indikaci UPV. Někteří pacienti jsou připojeni na ventilační přístroj jen dočasně. Odvykání se od podpory dýchání není jednoduchý proces, a proto existují také pacienti, kteří byli neúspěšně od ventilačního přístroje odpojeni a byla u nich indikována trvalá UPV. Dle největšího zastoupení shodných výsledků dotazníku nastává tato situace u 0–24 % ventilovaných pacientů ročně. Tito pacienti spadají také do celkové relativní

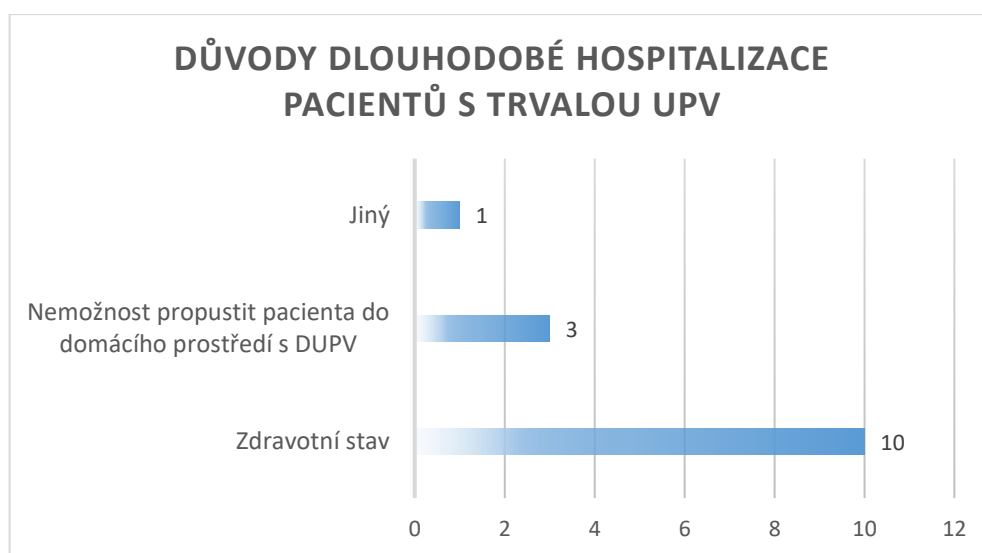
hodnoty všech pacientů s indikací trvalé UPV, která podle 11 respondentů dosahuje 0–24 % pacientů za rok.

V následující tabulce odpovídali respondenti na otázku, která souvisí s dobou trvání hospitalizace pacientů s trvalou UPV. Na základě výsledků lze konstatovat, že celkem 63 pacientů s trvalou UPV leží na odděleních NIP déle než 90 dní. Přičemž doba 90 dní je smluvně zdravotní pojišťovnou VZP ČR povolena jako maximální doba hospitalizace na lůžkách NIP.

Tabulka 20 Vyhodnocení dotazníku – Otázka č. 14, Počet pacientů s trvalou UPV hospitalizováno déle než 90 dní na NIP (vlastní zpracování)

Počet pacientů s trvalou UPV hospitalizováno déle než 90 dní (oddělení NIP)										
Počet	4	2	2	1	1	1	1	1	1	Celkem
Odpověď	0	10	1	8	7	6	3	2	15	63

Jako nejčastější důvod delší hospitalizace pacientů byl uveden zdravotní stav (graf č. 7). Stabilizovaný zdravotní stav je jednou z podmínek propuštění pacienta domů. Další možnost propuštění pacienta do jiného zařízení je jen v rámci pracovišť Následné ventilační péče.



Graf 7 Vyhodnocení dotazníku – Otázka č. 15, Nejčastější důvody dlouhodobé hospitalizace pacientů s trvalou UPV (vlastní zpracování)

Z dotazníkového šetření doposud vyplynulo, že je na lůžkách pracovišť NIP poskytována péče déle než 90 dní minimálně 20 % pacientů s indikací trvalé UPV. Při kapacitě 221 lůžek NIP a celkového počtu 63 pacientů s trvalou UPV, kteří jsou hospitalizováni déle než 90 dní, je výsledné procentuální zastoupení těchto pacientů na hodnotě 28,51 %. Tito pacienti jsou

pro zdravotní pojišťovny vykazováni jako pacienti NVP, přestože leží na odděleních NIP. Zajímavý fakt je, že devět respondentů ze 14 ještě neslyšelo o odděleních Následné ventilační péče.

Pozitivní výsledek měla také otázka, zda by respondenti přivítali nějaké zdravotně-sociální zařízení pro pacienty s trvalou UPV, kteří nemohou být propuštěni do domácí péče. Dvanáct respondentů (85,7 %) uvedlo kladnou odpověď – *Spiše Ano, Určitě Ano*.

7.4.2 Dotazník pro organizace Domácí péče

Pomocí uvedeného seznamu certifikovaných poskytovatelů DP pro DUPV, celkem 99 pracovišť, bylo s dotazníkem osloveno pouze 35 pracovišť, protože tak jako v předešlém dotazníku, ne všechny organizace mají na internetových stránkách dostupné kontakty k zaslání elektronické pošty. Dotazník vyplnilo celkem 22,86 % oslovených respondentů. Pro vyhodnocení dat bylo použito celkem osm vyplněných dotazníků. Žádný z dotazníků nemusel být vyřazen nebo poupraven. Dotazník a jeho stručný souhrn nejhodnotnějších výsledků všech otázek je k dispozici v příloze P IV a P V.

Stručný souhrn analyzovaných dat

Padesát procent respondentů odpovědělo, že domácí péči poskytuje klientům s UPV už více než 10 let. Z celkových osmi odpovědí poskytují respondenti zdravotní služby celkem 89 klientům v programu DUPV. V průměru to činí 11 klientů na jednu organizaci. Tento počet klientů se každoročně zvyšuje o méně než 50 %.

Klienti v programu DUPV se jen zřídka vracejí zpět do nemocničního zařízení, jak uvádí 100% shoda odpovědí z dotazníku. Pokud už musejí být klienti opětovně hospitalizováni, tak jako nejčastější příčina hospitalizace byl uveden zdravotní stav pacienta (100 %).

Poskytovatelé domácí péče mají pozitivní názor na DUPV. Dále jsou přesvědčeni, že péče poskytovaná ze strany pečující osoby i ze strany organizací domácí péče je dostačující, kdy 87,5 % respondentů ji hodnotí pozitivně.

Dále bylo zjištěno, že 62,5 % respondentů už slyšelo o službách Následné ventilační péče a 100 % respondentů s kladným hodnocením by přivítalo nějaké zdravotně-sociální zařízení pro klienty, kteří nemohou být zařazeni do programu DUPV.

Díky provedenému dotazníkovému šetření bylo získáno několik zajímavých poznatků, které pozitivně hodnotily poskytování péče pacientům v programu DUPV.

8 SHRUTÍ ANALYTICKÉ ČÁSTI

Výsledky provedené PEST analýzy ukazují, že faktory z vnějšího prostředí mají velký vliv při založení i samotném provozu organizace. Sledování politicko-právních faktorů a jejich změn napomáhá legálně a správně zajistit chod domova. Výdaje na zdravotní péči v Česku v posledních letech stouply vlivem pandemie covid-19. V předcovidových letech se výdaje většinou zvyšovaly, maximální nárůst byl ale 8,9 %, což není takový velký rozdíl jako po pandemii v roce 2021 (10,2 %). Vývoj HDP od roku 2021 příznivě ovlivňuje celkové ekonomické výsledky ČR. V případě snížení výdajů na zdravotní péči a kladných ekonomických výsledků země, může organizace dosáhnout lepšího financování své činnosti. Dalším faktorem, který působí na chod organizace jsou pracující lidé. Přestože bylo zaznamenáno lehké zbrzdění stárnutí populace, výsledné odhady počtu středního produktivního věku obyvatelstva se výrazně nemění. Největší počet zaměstnaných všeobecných sester (včetně porodních asistentek) na 1 000 obyvatel je v hl. m. Praha, kde mají sestry za svoji práci nejvyšší mzdu v ČR (Středočeský kraj je na 7. místě ve výši vyplácených mezd v rámci krajů ČR). Umístění domova se podle analýzy bude koncentrovat do Středočeského kraje, protože je zde mimo jiné největší zastoupení poskytovatelů zdravotních služeb, kteří v letech 2021–2023 vykazovali OD 00015 u svých pacientů. Výše příjmu starobního nebo invalidního důchodu má také značný vliv na obložnost a hospodaření domova, neboť nedostatečná výše důchodu ovlivňuje klienta při rozhodování, zda užívat služby domova, nebo ne. Pokud klient nemá dostatek finančních prostředků, může se rodina podílet na spolufinancování služeb. Podle výsledků analýzy ve zdravotní a sociální péči pracují převážně ženy. To znamená, že pohlaví hraje značnou roli v množství pracujících sil ve zdravotnictví a sociálních službách. Pokud bude celkový počet žen klesat, bude také klesat množství žen, které se mohou rozhodnout pro zdravotní nebo sociální vzdělání. Neposledním vnějším faktorem, který negativně ovlivňuje zajištění poskytovaných služeb nejen v organizaci, ale i v jiných službách, je pracovní mobilita. V České republice dochází pomocí imigrace odborných pracovníků k dorovnání chybějících pracovních sil. Tyto pracovní síly mohou chybějící počty odborníků zastoupit jen v případě, pokud mají shodné kvalifikační vzdělání podle zákona a určitou jazykovou úroveň.

Z provedené analýzy konkurenčních sil Porterova modelu se hrozba vstupu nové konkurence na trh zdravotně-sociální péče nachází na střední úrovni. V případě nově vzniklé konkurence na trhu lze předběžně konstatovat, že rivalita mezi budoucími firmami bude velká a bude se ještě zvyšovat. Dále z analýzy vyplývá, že v současnosti neexistuje žádná

hrozba substitutů, vyjednávací síla dodavatelů představuje pro organizaci středně velkou hrozbu a odběratelé mají malou vyjednávací sílu z důvodu neexistence přímé konkurence a substitutů.

Organizace se dle SWOT matice nachází ve strategii ST. Tato strategie Konfrontace pracuje s hrozbami a silnými stránkami. Při využití silné stránky, kvalifikovaný zdravotnický personál v oboru intenzivní péče 24 h/7dní, je možno redukovat hrozbou domova, snížené ochoty zdravotních pojišťoven hradit za péči. Je nutné ale zdůraznit, že se jedná o zdravotnickou intenzivní péči v sociálním zařízení zatím jedinou svého druhu u nás.

Dotazníkové šetření doposud potvrdilo, že je na lůžkách NIP poskytována péče déle než 90 dní až 28,51 % pacientů s indikací trvalé UPV. Tito pacienti jsou pro zdravotní pojišťovny vykazováni jako pacienti NVP, přestože leží na odděleních NIP.

9 PROJEKT ZŘÍZENÍ DOMOVA ASISTOVANÉHO BYDLENÍ S INTENZIVNÍ PÉČÍ

V této projektové kapitole jsou uvedeny další části obsahu podnikatelského plánu. V úvodu je popsána stručná charakteristika založení organizace. Dále projekt navazuje na analytickou část personálním, marketingovým, realizačním a finančním plánem. Podnikatelský plán je dokončen interpretací rizik a přínosů vytvořeného projektu.

9.1 Charakteristika založení organizace

Domov asistovaného bydlení s intenzivní péčí poskytuje mimonemocniční intenzivní péči, která zahrnuje především umělou plicní ventilaci a umožňuje lidem s potřebou specifické péče žít život v rodinném prostředí domova. Asistovaným bydlením je nabízena pomoc klientovi dle jeho individuálních potřeb a úrovně soběstačnosti, tak aby jeho život v domově byl plnohodnotný a mohl se začlenit do komunity domova či širší společnosti.

Forma zdravotní péče bude vázána na ošetřujícího lékaře a přesnou ordinaci výkonů. Tyto výkony mohou být formou vyúčtování dávek předány zdravotní pojišťovně, která hradí smluvní odbornost 7D8 – Následná intenzivní péče a ošetřovací den Následné ventilační péče 00015. V případě nové odbornosti, nového ošetřovacího dne nebo jiných smluvních podmínek se organizace bude snažit tyto náležitosti respektovat a naplnit.

Sociální péče bude poskytována v domově podle zákona o sociálních službách a vyhlášky č. 505/2006 Sb., § 14, který definuje základní činnosti při poskytování sociálních služeb v domovech pro osoby se zdravotním postižením.

Organizace Domov asistovaného bydlení s intenzivní péčí bude zřízena zakládací listinou jako nezisková organizace, právní forma ústav, podle zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. Název organizace musí obsahovat slovo „ústav“ nebo „z. ú.“.

Zakladatel ústavu: Bc. Ana-Iuliana Hejdová

Název ústavu a jeho sídlo: Domov asistovaného bydlení s intenzivní péčí, z. ú., obec Mořinka u Dobřichovic ve Středočeském kraji

Účel ústavu a předmět činnosti: Poskytování zdravotní intenzivní péče a sociální péče v přirozeném prostředí klienta

Výše vkladu: 50 000 Kč

Orgány ústavu: Ředitel a správní rada

Při zakládání domova je nutné žádat o udělení licence k poskytování péče ve zdravotních a sociálních službách na příslušném krajském úřadu. Rozhodnutí o poskytnutí licence je vydáno nejpozději do 30 dnů ode dne podání žádosti. K žádosti se dokládají dokumenty, které souvisejí s poskytováním služeb:

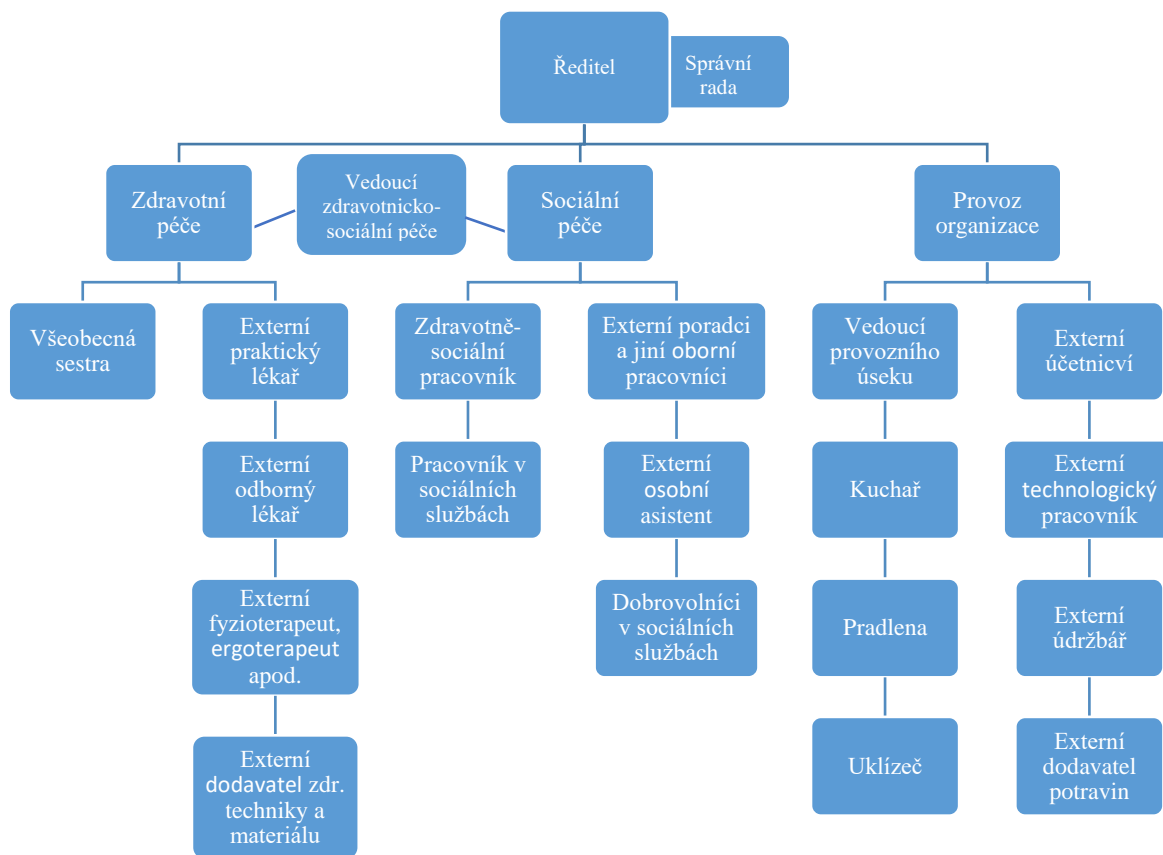
- Doklad o založení právnické osoby,
- Doklady o bezúhonnosti, zdravotní způsobilosti,
- Doklad o způsobilosti k samostatnému výkonu zdravotnického povolání dle zákona č. 96/2004 Sb.,
- Prohlášení odborného zástupce,
- Seznam zaměstnanců,
- Rozhodnutí o schválení provozního řádu,
- Doklad k oprávnění žadatele užívat prostory k poskytování služeb.

Krajský úřad vyhlásí následně výběrové řízení, kterého se musí organizace zúčastnit. Organizace dokládá přihlášku, návrh a přílohu k výběrovému řízení. K výsledkům výběrového řízení přihlížejí mimo jiné i zdravotní pojišťovny. Jelikož budou zdravotní pojišťovny hlavním zdrojem příjmu, je nyní vhodné podat žádost o sepsání smluv k úhradě poskytované péče. Bohužel ne každá pojišťovna musí s poskytovatelem péče smlouvy uzavřít, přesto se doporučuje žádat u všech zdravotních pojišťoven v ČR.

9.2 Personální plán

Sestavení personálního plánu podléhá vyhlášce č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb a zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Pro plnou obsazenost domova – 11 klientů, je zapotřebí zajistit personál a jiné dodavatele služeb pro samotný provoz organizace. Na obrázku č. 5 je vypracováno organizační schéma, ve kterém jsou uvedeni zaměstnanci organizace a externí dodavatelé nezbytně důležitých služeb.



Obrázek 5 Organizační schéma personálního zabezpečení (vlastní zpracování)

Podle organizačního schématu je v tabulce níže uveden přesný počet pracovních pozic, jejich kvalifikace a druhy pracovních smluv vždy v písemné formě (HPP – hlavní pracovní poměr, ČÚ – částečný úvazek, DPP – dohoda o provedení práce). Externí dodavatelé služeb musí být s organizací ve smluvním vztahu a v některých případech musí být jejich počet upraven dle individuálních potřeb klientů domova nebo dle nezbytně nutného provozu.

Tabulka 21 Personální zabezpečení – pozice, kvalifikace, počet, pracovní smlouva (vlastní zpracování)

Pozice	Kvalifikace	Počet	Pracovní smlouva
Ředitel	Vysokoškolské vzdělání v oboru managementu a ekonomie	1	HPP
Vedoucí zdravotnicko-sociální pracovník	Všeobecná sestra po specializačním studiu oboru zdravotně-sociální péče	1	HPP
Všeobecná sestra	VS se specializací pro intenzivní péči bez dohledu	5	HPP, ČÚ
Zdravotně-sociální pracovník	Vzdělání v oboru sociálního zaměření s odbornou způsobilostí k výkonu tohoto povolání	7	HPP, ČÚ
Pracovník v sociálních službách	Vzdělání v oboru sociální péče s odbornou způsobilostí pracovníka v sociálních službách	3	HPP, ČÚ
Vedoucí provozního úseku	Vzdělání v oboru ekonomie	1	HPP
Kuchař	Vzdělání v oboru gastronomie	2,5	HPP, ČÚ, DPP
Pradlena	Základní vzdělání	1	HPP, ČÚ, DPP
Uklízeč	Základní vzdělání	2	HPP, ČÚ, DPP

Externí dodavatelé služeb musí být s organizací ve smluvním vztahu a v některých případech musí být jejich počet upraven dle individuálních potřeb klientů domova nebo dle nezbytně nutného provozu. Dodavatelé externí zdravotní a sociální péče pro klienty mají ve většině případech smluvní vztah se zdravotními pojišťovnami, které jim budou následně hradit poskytnutou péči v domově. Účetnictví si organizace zajistí pomocí outsourcingu externího dodavatele.

9.3 Marketingový plán

Vypracovaný marketingový plán slouží pro dosažení cíle organizace pomocí klíčového bodu, a to je spokojený klient. K dosažení cíle je zapotřebí si ujednotit strategické plánování organizace, které zahrnuje misi, vizi, cíle organizace a strategický směr.

9.3.1 Mise, vize, cíle a strategický směr

Posláním domova je poskytnout pacientům z ústavních zařízeních zdravotní péče nový domov, který pečuje o klienty s UPV a ve kterém se klienti současně mohou realizovat, cítit spokojeně a bezpečně prostřednictvím:

- holistického přístupu ke každému klientovi,

- příjemného, přátelského a rodinného prostředí,
- spokojeného a motivovaného personálu,
- soustavného zvyšování kvalifikace personálu a tím i kvality poskytovaných služeb.

Vizi organizace je rozšířit služby domova pro klienty všech věkových skupin v každém kraji České republiky a tím jim poskytnout nový domov v blízkosti jejich rodin.

Hlavním cílem organizace je proniknout na trh a vytvořit podmínky vhodného bydlení s kvalifikovanou a dostupnou péčí pro klienty s UPV v horizontu tří let. Kvalitou služeb a holistickým přístupem chce domov zaplnit své kapacity a udržet si je i po dobu dalších let.

Dalším cílem domova je nejpozději do deseti let od svého vzniku mít kladný výsledek hospodaření.

Strategický směr organizace byl stanoven na základě výsledků SWOT analýzy. Jak už je známo z analýzy, jedná se o strategii ST – KONFRONTACE. Silné stránky domova se použijí k snížení rizika hrozeb a k využití příležitostí. Organizace může zvolit i jiné strategické směry.

9.3.2 Marketingový mix

V následujících čtyřech hlavních bodech je vypracován marketingový mix – 4P. Tento soubor nástrojů popisuje produkt, cenu, propagaci a distribuci. Díky této fázi si organizace ujasní, jak bude marketingový plán vypadat a jak se chce organizace dále prosadit na trhu.

Produkty

Služby nabízené organizací jsou:

- **Zdravotní služby 24/7**, které jsou poskytovány klientům s trvalou UPV kvalifikovanými zdravotnickými pracovníky v oboru intenzivní péče;
- **Ubytovací služby**, které nabízí příjemné, přátelské a rodinné prostředí;
- **Sociální služby**, které jsou poskytovány znevýhodněným klientům (osoby s hendikepem, se sníženou soběstačností atd.) formou podpory a pomoci v každodenních činnostech jejich života;
- **Odlehčovací pobytová služba**, která je poskytována klientům v programu DUPV a umožňuje podporovat a nabídnout pomoc pečujícím osobám o tyto klienty;
- **Vedlejší služby**: zajištění speciální zdravotní, ošetrovatelské a terapeutické péče, duchovních služeb apod.

Cena

Zdravotní služby 24/7 mohou být finančně ohodnoceny na základě smluvních výkonů, které budou vyúčtovány zdravotní pojišťovně v odbornosti 7D8 Následné intenzivní péče a ošetrovacího dne Následné ventilační péče (OD 00015). Ošetrovací den pro NVP se hodnotí podle registračního listu MZČR z roku 2016 vydaný vyhláškou č. 421/2016 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. Bodové hodnoty pro OD 00015 jsou ohodnoceny na 5772,26 bodů. Vyhláška č. 319/2023 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2024, určuje úhradu pro NVP podle seznamu výkonů s hodnotou jednoho bodu ve výši 1,58 Kč. Dle úhradové vyhlášky pro rok 2024 to činí 9120,17 Kč.

Jelikož se bude jednat o nové zdravotně-sociální služby, bude nezbytně nutné vytvořit nové podklady pro hodnocení poskytování této péče. V domově nebude nutné zajištění takového množství personálu a zdravotní techniky či materiálu, jak je uvedeno v Registračních listech MZČR pro OD 00015 NVP. Momentálně nelze určit přesné body OD a hodnotu bodu pro poskytované služby, protože obsah Registračních listů ošetrovacího dne by byl více než z 50 % poupraven či úplně zrušen. Padesátiprocentní hodnota by činila 4 560,08 Kč za jeden den.

Je možné se ještě inspirovat úhradou za služby prováděné v rámci odbornosti 925 Domácí péče pro DUPV. Vyhláška č. 319/2023 Sb. stanovuje hodnoty bodu a výši úhrad za zdravotní služby poskytované v této odbornosti. Hodnota jednoho bodu pro rok 2024 činí 1,07 Kč. V tab. č. 22 jsou uvedeny nejčastější výkony ze seznamu výkonů v odbornosti 925, které budou poskytovány pacientům v domově. Maximální předpokládaná celková cena výkonů pro jednoho klienta by činila 3 146,87 Kč za jeden den.

Tabulka 22 Předpokládané příjmy za zdravotní výkony pro odbornost 925 v Kč/1 os. (Vyhláška č. 319/2023 Sb.; vlastní zpracování)

Název výkonu	Počet bodů za výkon	Cena za výkon	Maximální cena/den	Maximální cena/měsíc
Aplikace inhalační a léčebné terapie s.c, i.m., i.v. apod., max. 3x denně	5	5,35	16,05	488,24
Aplikace léčebné terapie p.o., GTT apod., max. 3x denně	1	1,07	3,21	97,65
Aplikace ordinované parenterální terapie pro zajištění hydratace, energetických zdrojů a léčby bolesti – centrální vstupy, max. 3x denně	46	49,22	147,66	4 491,82
Cévkování, laváže a ošetření permanentních katetrů, max. 3x denně	51	54,57	163,71	4 980,06
Fyzická asistence při poskytování péče, max. 3x denně	178	190,46	571,38	17 381,38
Lokální ošetření do 10 cm ² , max. 3x denně	54	57,78	173,34	5 273,00
Ošetření stomií typu PEG, nefrostomie, epicystostomie a tracheostomie, max. 3x denně	25	26,75	80,25	2 441,21
Ošetrovací návštěva – typ III., max. 3x denně	459	491,13	1 473,39	44 820,52
Převaz PICC, max. 3x za měsíc	476	509,32	509,32	1 527,96
Vyšetření stavu pacienta sestrou, max. 1x za týden	8	8,56	8,56	34,24
CELKEM			3 147	81 536

Cena zdravotní péče se bude odvíjet od individuálních potřeb klientů a výkonu zdravotnických pracovníků s tím souvisejících.

Ubytovací služby a další sociální služby se budou poskytovat a účtovat na základě vyhlášky č. 505/2006 Sb., která udává maximální výši úhrady za:

- 1) Ubytování, a to ve výši 305 Kč denně včetně DPH a dalších nákladů souvisejících s poskytnutím ubytování, jako jsou energie, úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla, žehlení apod.;
- 2) celodenní stravu ve výši 255 Kč denně (max. 115 Kč za oběd) včetně DPH a provozních nákladů souvisejících s přípravou stravy.

Dále se klientům budou účtovat ostatní služby, u kterých vyhláška nestanovuje maximální výši úhrad. Jedná se o služby poskytující klientům určitý komfort. Například vybavení

pokojů televizi, vybavení kuchyňských koutků spotřebiči, Wi-Fi připojení k internetu, nákupy pro klienty atd. Cena těchto ostatních služeb bude ve výši 300 Kč za den včetně DPH.

Cena za **odlehčovací pobytovou službu** je také vymezena vyhláškou č. 505/2006 Sb., která určuje maximální výši úhrad za ubytování a celodenní stravu, jako je tomu v případě nabízených služeb ubytování a dalších sociálních služeb (305 Kč a 255 Kč včetně DPH). Ostatní služby v rámci poskytování odlehčovacích služeb budou činit 300 Kč za jeden den včetně DPH.

V tab. č. 23 je shrnuta cenová kalkulace nabízených služeb. Zdravotní péče není v tabulce uvedena, neboť bude hrazena z veřejného zdravotního pojištění podle potřeb zdravotní péče klienta. Dále také sociální služby nejsou v cenové kalkulaci uvedeny, protože jsou hrazeny z příspěvku na péči, který klient pobírá a který v plné výši náleží poskytovateli sociálních služeb. Výše příspěvku pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc podle čtyř stupňů závislosti 880 Kč, 4 400 Kč, 12 800 Kč a 19 200 Kč. V případě, že klient nepobírá příspěvek na péči, musí mu být organizací účtovány činnosti/úkony spadající do poskytování sociálních služeb (viz tab. č. 24).

Domov bude klientům účtovat i další služby, které budou na přání klienta. Sazba za služby bude stanovena předem. Jedná se např. o telefonování z pevné linky, kopírování osobních dokumentů, nadstandardní opravy a jiné údržby (vrtání poliček, stěhování nábytku apod.).

Tabulka 23 Cenová kalkulace nabízených služeb (vlastní zpracování)

	Cena/den	Cena/měsíc
Ubytování	305 Kč	9 278 Kč
Stravování	255 Kč	7 757 Kč
Ostatní služby	300 Kč	9 126 Kč
Celkem	860 Kč	26 161 Kč

Tabulka 24 Ceník poskytovaných sociálních služeb pro klienty bez příspěvku na péči (vlastní zpracování)

Sociální služba	Měrná jednotka	Cena v Kč	Popis činnosti
Pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče	úkon	50	Oblékání, přesun z lůžka, uléhání, podávání stravy aj.
	den	400	
Pomoc při osobní hygieně	úkon	50	Úkony osobní hygieny, péče o vlasy a nehty, použití WC aj.
	den	400	
Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti	hodina	150	Nácvik schopností a dovedností, zajištění vzdělání, zájmových aktivit apod.
Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím	hodina	100	Pomoc při využívání běžně dostupných služeb, kontaktu s rodinou, dalších sociálních skupin aj.
Sociálně terapeutické činnosti	hodina	130	Rozvoj osobních a sociálních schopností a dovedností vedoucí k soc. začleňování osob
Pomoc při uplatňování práv a obstarávání osobních záležitostí	hodina	150	Pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů

Propagace

Propagace představuje komunikaci se zákazníky, pomocí které jsou sdělovány vlastnosti služby a přesvědčují o jejich výhodnosti ke spotřebě. Co se týče oblasti propagace služeb, je vhodné zvolit tyto komunikační prostředky (výdaje na propagaci jsou uvedeny v tab. č. 25):

- **Osobní oslovení** všech poskytovatelů NIP, NVP a poskytovatelů domácí péče v programu DUPV formou osobního setkání, telefonního nebo e-mailového kontaktu. Tímto druhem komunikace lze docílit dobré informovanosti o nově vznikající kombinaci zdravotně-sociálních služeb, které jsou součástí oboru intenzivní péče;
- **Letáky** se vytvoří v tištěné a v elektronické podobě. Elektronická podoba letáku bude pro informovanost kolegů poskytovaných služeb (NIP, NVP a DP pro DUPV) a tištěná podoba bude pro uživatele služeb, jejich rodiny a ostatní zainteresované osoby;
- **Webové stránky** organizace budou uvedeny v letáku a budou informovat zájemce o detailních podmínkách poskytování služeb. Pro rychlejší přístup se využije prostředek pro automatizovaný sběr dat – QR kód;

- **Reklama** nově poskytovaných služeb v domově se vytvoří jako informativní reklama pro médium regionálního rádia, tištěných novin a popřípadě interních časopisů/novin zdravotnických zařízení v regionu;
- **Sociální sítě** poskytují vytvoření vlastního profilu organizace a tím rozšiřují komunikační kanál se zákazníky a dalšími zainteresovanými. Vytvořený profil bude uveden do provozu v sítích Facebook, Instagram a LinkedIn.
- **Public relations**, kterou organizace může ovlivnit formou dnů otevřených dveří nebo přednáškou nově otevřeného domova pro pacienty s UPV na Kongresu následně intenzivní péče nebo jiných kongresů vztahujících se k této problematice.

Jelikož organizace nemůže napřímo oslovit její potenciální klienty, z důvodu ochrany osobních údajů, využije k tomu již popsané komunikační prostředky. Příznivý vliv na osoby v přímém kontaktu s pacienty zvyšuje šance, že se potřebné informace dostanou až ke konečnému klientovi, který je následně využije. **Spokojený klient** bude další formou propagace organizace, a proto je důležité dbát na kvalitu péče a kvalitu jednání s klienty a jeho rodinou.

Tabulka 25 Výdaje marketingové propagace (vlastní zpracování)

Marketingová propagace	Výdaje v Kč	Obsah výdajů
Osobní oslovení telefonní nebo e-mailovou formou	1 200 Kč	Telefonní služby a internet
Letáky	8 000 Kč	Tvorba, tisk (2 000 ks) a rozeslání letáků poštou (120 dopisů)
Webové stránky	5 500 Kč	Tvorba webových stránek a jejich správa
Reklama	10 000 Kč	Regionální rádio, noviny, interní časopis ZZ
Sociální sítě	2 000 Kč	Vytvoření sociálních profilů organizace a jejich správa
Public relations – Den otevřených dveří	10 000 Kč	Občerstvení, letáky (200 ks)
Public relations – Přednáška na kongresu	1 500 Kč	Letáky (200 ks), poplatek za přednášku
Celkem	38 200 Kč	Včetně DPH a bez poplatků za energie a osobní dopravu

Distribuce

Distribuce je veškerá činnost organizace, která uskutečňuje služby dostupné pro cílové klienty. Většina nabízených služeb je poskytována přímo v prostorách budovy. Tyto služby budou poskytovány přímo zaměstnanci domova s využitím všech potřebných materiálů a technických zařízení, kterými organizace bude disponovat.

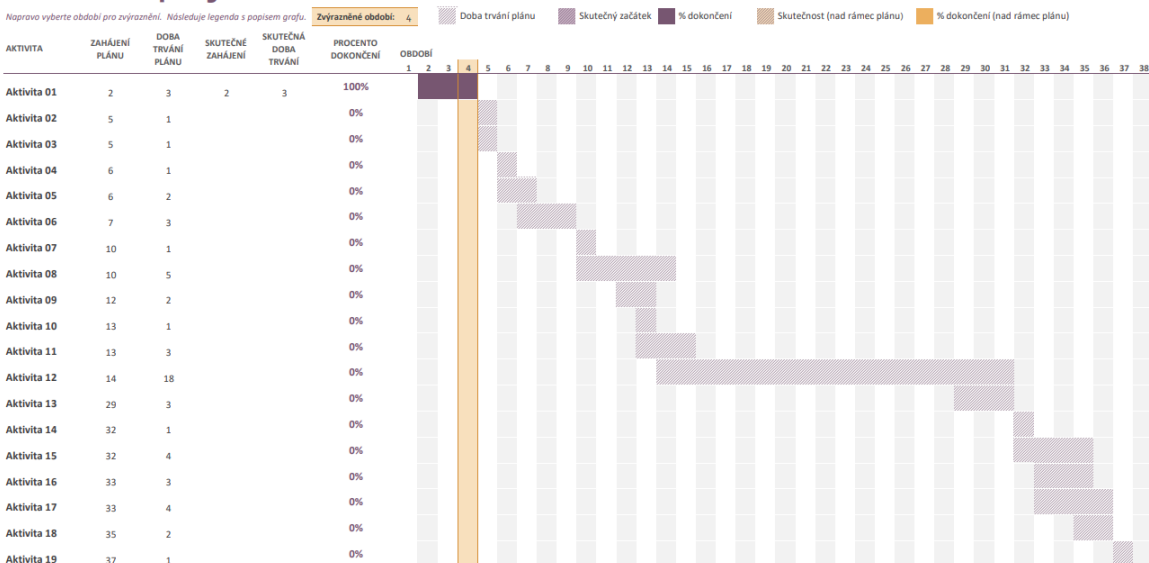
9.4 Realizační plán

Pro tvorbu realizačního plánu je nejdůležitější si vymezit všechny potřebné aktivity, které povedou ke zřízení domova (tab. 26). Po vytyčení důležitých činností jsou vymezeny logicky termíny pro dokončení jednotlivých aktivit. S těmito informacemi realizačního plánu lze vytvořit tzv. Ganttův diagram, který ulehčuje orientaci v plánovaném projektu v čase. Diagram byl vytvořen pomocí tabulkového procesoru Microsoft Excel a šablony pro plánování projektu na základě modelu Ganttova diagramu (graf č. 8). Realizace podnikatelského plánu započala v únoru roku 2024 zadáním diplomové práce pro vytvoření projektu založení Domova asistovaného bydlení s intenzivní péčí jako alternativa ústavní péče a končí zahájením provozu v lednu roku 2027. Nejdéle trvající aktivitou bude aktivita č. 12 – Realizace stavby domu, a to celých 18 měsíců. Celková předpokládaná doba realizace projektu do zahájení provozu je 36 měsíců.

Tabulka 26 Aktivity projektu s dobou jejich realizace (vlastní zpracování)

Číslo	Název aktivity	Doba realizace aktivity
1	Vytvoření projektu	Únor – Duben 2024
2	Zajištění potřebných dokumentů k zapsání ústavu do obchodního rejstříku	Květen 2024
3	Žádost o udělení povolení poskytovat zdravotní a sociální služby na Krajském úřadě Středočeského kraje v Praze 5	Květen 2024
4	Výběrové řízení poskytovatele péče	Červen 2024
5	Podání žádosti o dotační výzvu Národního plánu obnovy Modernizace a rozvoj pobytových služeb sociální péče	Červen – Červenec 2024
6	Vytvoření smluvního vztahu se zdravotními pojišťovnami	Červenec – Září 2024
7	Koupe pozemku pro podnikání	Září 2024
8	Vytvoření stavebního projektu domova	Září 2024 – Leden 2025
9	Výběrové řízení stavební firmy	Prosinec 2024 – Leden 2024
10	Zajištění stavebního povolení	Leden 2025
11	Poptávka veškerého vybavení domova	Leden 2025 – Březen 2026
12	Realizace stavby domu	Únor 2025 – Červenec 2026
13	Uzavření smluv nutných k provozu	Květen – Červenec 2026
14	Dokončení stavby a kolaudace domu	Červenec 2026
15	Uzavření pracovně-právních vztahů se zaměstnanci	Červenec – Říjen 2026
16	Nákup a instalace veškerého vybavení	Srpen – Říjen 2026
17	Marketingová propagace	Srpen – Prosinec 2026
18	Nábor klientů	Listopad – Prosinec 2026
19	Zahájení provozu	Leden 2027

Plánovač projektu



Graf 8 Plánovač projektu na základě modelu Ganttova diagramu (vlastní zpracování)

9.5 Finanční plán

Sestavení finančního plánu vychází ze všech informací a poznatků, které byly získány v předchozích kapitolách. Zakladatelem ústavu bude poskytnut vlastní kapitál v hodnotě 50 000 Kč. Tato částka nedosahuje ani 0,1 % z celkových potřebných finančních prostředků k provozu organizace, které celkem činí 53 596 960 Kč. Velikost finančního obnosu vyplývá z kalkulace vstupních nákladů potřebných k zahájení podnikání.

Financování podnikatelského záměru je v první řadě plánováno se 100% využitím dotačních prostředků. Žádost o dotaci na Modernizaci a rozvoj pobytových služeb sociální péče přijímá MPSV do 22. července 2024. Je možné získat až 80 mil. Kč na nákup, rekonstrukci či výstavbu budov, zařízení apod. Žadatel o dotaci musí splňovat podmínky, které jsou v souladu se zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách:

- 1) domov asistovaného bydlení s intenzivní péčí bude zřízen jako domov pro osoby se zdravotním postižením;
- 2) a žadatel získá oprávnění k poskytování sociálních služeb nejpozději 6 měsíců od ukončení realizace projektu (MPSV, 2023b).

Druhou možností financování podnikatelského záměru je dlouhodobý podnikatelský úvěr ve výši 54 000 000 Kč. Nejrelevantnější finanční výpomoc poskytuje společnost ACEMA, která nabízí výši úvěru až 50 000 000 Kč s dobou splatnosti 20 let, roční úrokovou mírou od

9,69 % a měsíční splátkou od 472 836 Kč. Zbylé 4 mil. Kč by musely být zajištěny jinou cestou financování, jako je např. spotřebitelský úvěr, dary, dotace apod.

V tomto finančním plánu je počítáno s poskytnutím dotací k realizaci podnikatelského záměru.

9.5.1 Náklady

V následujících tabulkách jsou uvedeny kalkulace, které se vztahují ke vstupním zřizovacím, investičním a provozním nákladům včetně mzdových nákladů. U položek, jejichž velikost byla odhadnuta, je nutno počítat s možnou změnou jejich velikosti. Kalkulace pracuje s průměrným počtem dní v měsíci (30,42 dní) a se 100% obsazeností domova (tj. 10 klientů + 1 klient odlehčovací služby). Celkové počáteční náklady pro otevření domova činí 53 596 960 Kč. Nejnižší částku tvoří vstupní zřizovací náklady v hodnotě 22 000 Kč, zato ta největší finanční hodnota spadá do nákladů investičních, a to v celkové výši 52 303 500 Kč. Největší podíl investičních nákladů tvoří stavba budovy na klíč v hodnotě 40 mil. Kč. Stavba nové budovy je pro provoz domova vhodnější než rozsáhlé rekonstrukce starých budov s bezbariérovým přístupem pro klienty. Rovinatý pozemek o rozloze 1 800 m² bude pro výstavbu domova zakoupen ve Středočeském kraji v obci Mořinka u Dobřichovic za 8 800 000 Kč. Další uvedené ceny byly stanoveny na základě získaných informací na internetu, odhadu a konzultací s odborníky.

Tabulka 27 Vstupní zřizovací náklady organizace (vlastní zpracování)

Vstupní zřizovací náklady	Cena v Kč
Vytvoření projektu	3 000
Právní poradenství	10 000
Zápis do obchodního rejstříku	6 000
Registrace zdravotní a sociální služby	3 000
CELKEM	22 000

Tabulka 28 Vstupní investiční náklady organizace (vlastní zpracování)

Vstupní investiční náklady		Cena v Kč
1x Nákup pozemku		8 800 000
1x Stavební projekt		500 000
1x Stavební práce na klíč	Včetně sanity 12 koupelen s WC, 4x WC, zahradních úprav a 10 parkovacích stání	40 000 000
3x Kancelář	Nábytek – skříně, stoly, židle	60 000
	Počítače, tiskárny	90 000
1x Pracovna zdravotní péče	Nábytek, počítače, tiskárna, lednice	115 000
	Zdravotnická technika – tonometr, glukometr, pulsní oxymetr, fonendoskop, ambuvak, kyslíková láhev, infuzní a nutriční dávkovač	18 500
1x Pracovna sociální péče	Nábytek, počítač, tiskárna	45 000
2x Pokoj společných prostor	Nábytek – komody, knihovny, stůl a židle, sedací souprava; kuchyňský kout, televize	300 000
1x Hlavní kuchyně s jídelnou	Nábytek, spotřebiče a nádobí	250 000
11x Pokoj pro klienty	Nábytek – skříně, stůl a 2 židle, polohovací postel s antidekubitální matrací, noční stolek	600 000
	11 x Televize, 1x Systém pro přivolání pomoci	200 000
1x Velká koupelna pro ležící klienty	Speciální koupací vana, Elektrický zvedák	45 000
2x Provozní místnost	Nábytek, 2x pračka, sušička	50 000
3x Sklad	Regály	10 000
1x Denní místnost pro zaměstnance	Nábytek, kuchyňský kout, spotřebiče a nádobí	70 000
2x Šatna pro zaměstnance	Skříně	50 000
1x Technická místnost	Technika – elektrické vytápění	1 000 000
Prostory exteriéru	Venkovní nábytek	100 000
CELKEM		52 303 500

Tabulka se vstupními provozními náklady zahrnuje jak náklady variabilní, tak i fixní. Do variabilních nákladů, které se mění v závislosti s množstvím klientů, patří materiál pro zdravotnické a sociální služby, kancelářské potřeby, potraviny, hygienické potřeby. Variabilní náklady činí 8 951 Kč/klient. Fixní náklady zahrnují poplatky za energie, vodu, telefon, internet, mzdy, svoz odpadu, pojištění a outsourcing. Měsíční fixní náklady dosahují 1 134 798 Kč.

Tabulka 29 Vstupní provozní náklady (vlastní zpracování)

Vstupní provozní náklady	Cena v Kč/měsíc
Vodné, stočné a energie	60 000
Telefon, internet, TV a rozhlasový poplatek	2 200
Mzdy	1 031 598
Zdravotnický materiál	20 000
Materiál pro sociální služby	10 000
Kancelářské potřeby	20 000
Potraviny	33 462
Hygienický materiál (dezinfekční, prací, úklidový)	15 000
Marketingová propagace	38 200
Svoz komunálního a biologického odpadu	1 000
Pojištění majetku aj.	10 000
Outsourcing – účetnictví	30 000
CELKEM	1 271 460

Celkové mzdové náklady zaměstnavatele jsou uvedeny již s odvody sociálního a zdravotního pojištění a tvoří největší část provozních nákladů, které bude muset organizace i v dalších měsících pravidelně hradit. V tabulce č. 30 jsou uvedeny pracovní pozice podle vypracovaného personálního plánu. Hrubé mzdy byly stanoveny na základě uváděných průměrných mezd k těmto pozicím.

Tabulka 30 Mzdové náklady zaměstnavatele v Kč (vlastní zpracování)

Pozice	Počet	Hrubá mzda v Kč/os.	Čistá mzda v Kč/os.	Celkové náklady zaměstnavatele v Kč/měsíc
Ředitel	1	50 000	39 270	66 900
Vedoucí zdravotnicko-sociální pracovník	1	45 000	35 600	60 210
Všeobecná sestra	5	40 000	31 930	267 600
Zdravotně-sociální pracovník	7	34 000	27 526	318 444
Pracovník v sociálních službách	3	30 000	24 590	120 420
Vedoucí provozního úseku	1	38 000	30 462	50 844
Kuchař	2,5	20 000	17 250	66 900
Pradlena	1	20 000	17 250	26 760
Uklízeč	2	20 000	17 250	53 520
CELKEM				1 031 598

Tabulka 31 Celkové vstupní náklady organizace v Kč (vlastní zpracování)

Celkové vstupní náklady v Kč	
Zřizovací náklady	22 000
Investiční náklady	52 303 500
Provozní náklady	1 271 460
CELKEM	53 596 960

Celkové vstupní náklady organizace podle předešlých kalkulací dosahují 53 596 960 Kč. Pro pokrytí těchto nákladů, jak již bylo zmíněno, bude využita možnost získání dotací ve výši 54 mil. Kč. Do dlouhodobého hmotného majetku je zařazena budova, nábytek, technika pro vytápění a další techniky (počítače, televize, lednice, pračky apod.). Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmu, stanovuje podmínky pro odepisování DHM, kterému je přidělena odpisová skupina a tím i roční procentuální odpisová sazba. Odpisy veškerého DHM, které jsou zapotřebí k vytvoření dalších výkazů, jsou uvedeny pouze jen prvních 5 let od zahájení provozu (příloha P VI).

Tabulka 32 Zjednodušená počáteční rozvaha (vlastní zpracování)

Zjednodušená počáteční rozvaha	
AKTIVA	
Aktiva celkem	54 050 000 Kč
Stálá aktiva	52 303 500 Kč
Dlouhodobý nehmotný majetek	0 Kč
Dlouhodobý hmotný majetek	52 303 500 Kč
Dlouhodobý finanční majetek	0 Kč
Oběžná aktiva	1 746 500 Kč
Zásoby	0 Kč
Dlouhodobé pohledávky	0 Kč
Krátkodobé pohledávky	0 Kč
Krátkodobý finanční majetek	1 746 500 Kč
PASIVA	
Pasiva celkem	54 050 000 Kč
Vlastní kapitál	50 000 Kč
Základní kapitál	50 000 Kč
Rezervní fondy, nedělitelný zisk a ostatní fondy ze zisku	0 Kč
Výsledek hospodaření minulých let	0 Kč
Výsledek hospodaření běžného účetního období	0 Kč
Cizí zdroje	54 000 000 Kč
Rezervy	0 Kč
Dlouhodobé závazky	0 Kč
Krátkodobé závazky	0 Kč
Bankovní úvěry a výpomoci	54 000 000 Kč

9.5.2 Příjmy

Očekávané příjmy organizace se skládají z:

- 1) měsíčních úhrad od klientů za ubytování, stravu a služby ve výši 26 161 Kč/klient,
- 2) průměrného příspěvku na péči v hodnotě 9 100 Kč/klient,

- 3) příjmy za služby zdravotní péče podle OD 00015 (9 120,17 Kč/den) v hodnotě 50 %, která činí 4 560,09 Kč/den.

V tabulce níže jsou uvedeny všechny tři očekávané příjmy organizace podle počtů ubytovaných klientů. V příloze P VII lze dohledat celkové příjmy všech možností úhrad zdravotních služeb (OD 00015, OD 00015 v hodnotě 50 % a odbornost 925).

Tabulka 33 Očekávané příjmy Organizace v Kč (vlastní zpracování)

Počet klientů	Příjem od klientů/měsíc	Průměrný příspěvek na péči/měsíc	Příjem za zdravotní služby/měsíc	Celkové příjmy/měsíc	Celkové příjmy/rok
1	26 161	9 100	138 718	173 979	2 087 748
2	52 322	18 200	277 436	347 958	4 175 496
3	78 483	27 300	416 154	521 937	6 263 244
4	104 644	36 400	554 872	695 916	8 350 992
5	130 805	45 500	693 590	869 895	10 438 740
6	156 966	54 600	832 308	1 043 874	12 526 488
7	183 127	63 700	971 026	1 217 853	14 614 236
8	209 288	72 800	1 109 744	1 391 832	16 701 984
9	235 449	81 900	1 248 462	1 565 811	18 789 732
10	261 610	91 000	1 387 180	1 739 790	20 877 480
11	287 771	100 100	1 525 898	1 913 769	22 965 228

Při plné obsazenosti 11 lůžek v organizaci budou celkové příjmy dosahovat až **1 913 769 Kč měsíčně**. Za celý rok by to bylo necelých 23 mil. Kč.

9.5.3 Bod zvratu

K analýze bodu zvratu byly použity údaje o měsíčních příjmech za poskytnuté služby pro klienty ve výši 35 261 Kč/klient (ubytování, strava, ostatní služby, průměrný příspěvek na péči a úhrada zdravotních služeb), variabilních nákladech v hodnotě 8 951 Kč/klient (materiál pro zdravotnické a sociální služby, kancelářské potřeby, potraviny, hygienické potřeby) a fixních nákladech, které dosahují 1 134 798 Kč měsíčně (energie, voda, telefon, internet, mzdy, svoz odpadu, pojištění, outsourcing). Porovnání celkových příjmů a celkových nákladů zobrazí optimální počet klientů, při kterých organizace začne vykazovat zisk. V tomto případě výpočtu se neuvažuje o návratnosti investice a bod zvratu se získá pouze z provozní činnosti, neboť investiční náklady budou financovány z dotačního programu, a ne z podnikatelského úvěru (normálně se dále investiční náklady pokrývají ze

zisku dosaženého po jeho překročení nebo se investiční náklady rovnou započítávají do měsíčních fixních nákladů). V příloze P VIII je uvedena analýza bodu zvratu ve všech třech variantách úhrad zdravotních služeb (OD 00015, OD 00015 v hodnotě 50 % a odbornost 925) a výpočet bodu zvratu v případě financování podnikatelského záměru úvěrem.

Tabulka 34 Analýza bodu zvratu (vlastní zpracování)

Počet klientů	Měsíční příjmy v Kč	Variabilní náklady v Kč	Fixní náklady v Kč	Celkové měsíční náklady v Kč
1	173 979	8 951	1 134 798	1 143 749
2	347 958	17 902	1 134 798	1 152 700
3	521 937	26 853	1 134 798	1 161 651
4	695 916	35 804	1 134 798	1 170 602
5	869 895	44 755	1 134 798	1 179 553
6	1 043 874	53 706	1 134 798	1 188 504
7	1 217 853	62 657	1 134 798	1 197 455
8	1 391 832	71 608	1 134 798	1 206 406
9	1 565 811	80 559	1 134 798	1 215 357
10	1 739 790	89 510	1 134 798	1 224 308
11	1 913 769	98 461	1 134 798	1 233 259

Srovnání celkových měsíčních příjmů a nákladů v tabulce č. 34 znázorňuje, že organizace bude pokrývat své náklady a dosahovat zisků v případě, když bude mít sedm a více klientů. Tento fakt si lze ověřit také vzorcem pro výpočet bodu zvratu (Šafrová Drášilová, 2019):

$$Q_E = FC / (P - VC) = 1\,134\,798 / (173\,979 - 8\,951) = 6,9$$

Q_E bod zvratu

FC fixní náklady

P příjmy

VC variabilní náklady

Za podmínek získaných v analytické části je možné, aby organizace dosáhla alespoň pokrytí celkových nákladů. Kapacita organizace je dostatečná pro dosažení bodu zvratu.

9.5.4 Hospodářský výsledek

Výsledek hospodaření organizace je zpracován na dobu 5 let od zahájení provozu a je uveden ve třech variantách vývojových scénářů – optimistická, realistická a pesimistická varianta. V každé variantě je uveden jiný počet klientů, ale počítá se stejnou výší mzdových nákladů. Tab. č. 35 uvádí počet klientů v průběhu 5 let v různých variantách vývojového scénáře. Optimistická varianta počítá s dlouhodobou maximální obsazeností lůžek po delší dobu. Realistická a pesimistická varianta předpokládají pozvolný příjem nových klientů, kteří v dalších letech budou zaplňovat veškerou kapacitu domova.

Tabulka 35 Hospodářský výsledek – Počty klientů podle variant v letech 2027–2031 (vlastní zpracování)

Rok	Optimistická	Realistická	Pesimistická
2027	10	6	4
2028	10	7	5
2029	11	7	6
2030	11	8	6
2031	11	8	7

V roce 2027 (tab. č. 36) může organizace dosáhnout zisku pouze v optimistické variantě. V ostatních dvou variantách musí organizace hledat další zdroje financování, aby došlo alespoň k nulovému výsledku hospodaření. Pokud je organizace ve ztrátě, je vhodné, aby tak činila každý rok v kterékoliv variantě.

Tabulka 36 Výkaz zisku a ztráty pro rok 2027 v Kč (vlastní zpracování)

Rok 2027	Optimistická varianta	Realistická varianta	Pesimistická varianta
Tržby za služby	20 877 480	12 526 488	8 350 992
Výkonová spotřeba	2 312 520	1 882 872	1 668 048
Přidaná hodnota	18 564 960	10 643 616	6 682 944
Osobní náklady	12 379 176	12 379 176	12 379 176
Odpisy	825 360	825 360	825 360
Provozní výsledek hospodaření	5 360 424	-2 560 920	-6 521 592
Výnosové úroky	0	0	0
Nákladové úroky	0	0	0
Finanční výsledek hospodaření	0	0	0
Výsledek hospodaření před zdaněním	5 360 424	-2 560 920	-6 521 592
Daň z příjmů za běžnou činnost (19 %)	1 018 480,56	0	0
Výsledek hospodaření za účetní období	4 341 943,44	-2 560 920	-6 521 592

Rok 2028 je nadále v zisku pouze v optimistické variantě. Druhý rok provozu vykazuje zvýšení odpisů, které mají jinou roční odpisovou sazbu než v roce prvním. Změnou hodnoty odpisů dochází k snížení zisku a zvýšení ztrát.

Tabulka 37 Výkaz zisku a ztráty pro rok 2028 v Kč (vlastní zpracování)

Rok 2028	Optimistická varianta	Realistická varianta	Pesimistická varianta
Tržby za služby	20 877 480	14 614 236	10 438 740
Výkonová spotřeba	2 312 520	1 990 284	1 775 460
Přidaná hodnota	18 564 960	12 623 952	8 663 280
Osobní náklady	12 379 176	12 379 176	12 379 176
Odpisy	1 639 560	1 639 560	1 639 560
Provozní výsledek hospodaření	4 546 224	-1 394 784	-5 355 456
Výnosové úroky	0	0	0
Nákladové úroky	0	0	0
Finanční výsledek hospodaření	0	0	0
Výsledek hospodaření před zdaněním	4 546 224	-1 394 784	-5 355 456
Daň z příjmů za běžnou činnost (19 %)	863 782,56	0	0
Výsledek hospodaření za účetní období	3 682 441,44	-1 394 784	-5 355 456

V roce 2029 by byla organizace ve ztrátě při realistické a pesimistické variantě.

Tabulka 38 Výkaz zisku a ztráty pro rok 2029 v Kč (vlastní zpracování)

Rok 2029	Optimistická varianta	Realistická varianta	Pesimistická varianta
Tržby za služby	22 965 228	14 614 236	12 526 488
Výkonová spotřeba	2 419 932	1 990 284	1 882 872
Přidaná hodnota	20 545 296	12 623 952	10 643 616
Osobní náklady	12 379 176	12 379 176	12 379 176
Odpisy	1 639 560	1 639 560	1 639 560
Provozní výsledek hospodaření	6 526 560	-1 394 784	-3 375 120
Výnosové úroky	0	0	0
Nákladové úroky	0	0	0
Finanční výsledek hospodaření	0	0	0
Výsledek hospodaření před zdaněním	6 526 560	-1 394 784	-3 375 120
Daň z příjmů za běžnou činnost (19 %)	1 240 046,4	0	0
Výsledek hospodaření za účetní období	5 286 513,6	-1 394 784	-3 375 120

V roce 2030 nastává zisk i v další variantě. Organizace by měla být v zisku v optimistické i realistické variantě. Hodnota odpisů se snížila, ale nezapříčinila pozitivní výsledek hospodaření v realistické variantě. Příčinou ziskového výsledku hospodaření je zvýšený počet klientů a tím i zvýšení tržeb za služby.

Tabulka 39 Výkaz zisku a ztráty pro rok 2030 v Kč (vlastní zpracování)

Rok 2030	Optimistická varianta	Realistická varianta	Pesimistická varianta
Tržby za služby	22 965 228	16 701 984	12 526 488
Výkonová spotřeba	2 419 932	2 097 696	1 882 872
Přidaná hodnota	20 545 296	14 604 288	10 643 616
Osobní náklady	12 379 176	12 379 176	12 379 176
Odpisy	1 430 160	1 430 160	1 430 160
Provozní výsledek hospodaření	6 735 960	794 952	-3 165 720
Výnosové úroky	0	0	0
Nákladové úroky	0	0	0
Finanční výsledek hospodaření	0	0	0
Výsledek hospodaření před zdaněním	6 735 960	794 952	-3 165 720
Daň z příjmů za běžnou činnost (19 %)	1 279 832,4	151 040,88	0
Výsledek hospodaření za účetní období	5 456 127,6	643 911,12	-3 165 720

Rok 2031 je neustále v pesimistické variantě ve ztrátě i přes zvýšení tržeb. Přestože se v následujícím roce sníží hodnota odpisů na 1 100 860 Kč, zůstane výsledek hospodaření v pesimistické variantě neustále ve ztrátě, pokud nedojde k zvýšení tržeb.

Tabulka 40 Výkaz zisku a ztráty pro rok 2031 v Kč (vlastní zpracování)

Rok 2031	Optimistická varianta	Realistická varianta	Pesimistická varianta
Tržby za služby	22 965 228	16 701 984	14 614 236
Výkonová spotřeba	2 419 932	2 097 696	1 990 284
Přidaná hodnota	20 545 296	14 604 288	12 623 952
Osobní náklady	12 379 176	12 379 176	12 379 176
Odpisy	1 430 160	1 430 160	1 430 160
Provozní výsledek hospodaření	6 735 960	794 952	-1 185 384
Výnosové úroky	0	0	0
Nákladové úroky	0	0	0
Finanční výsledek hospodaření	0	0	0
Výsledek hospodaření před zdaněním	6 735 960	794 952	-1 185 384
Daň z příjmů za běžnou činnost (19 %)	1 279 832,4	151 040,88	0
Výsledek hospodaření za účetní období	5 456 127,6	643 911,12	-1 185 384

V optimistické variantě by se organizace mohla spolehnout zcela na sebe už od počátku zahájení provozu. Realistická varianta vyžaduje podporu jiných zdrojů financování, než by za několik let byla sama schopna financovat své náklady a být v zisku. I v pesimistické variantě se předpokládá zvyšování tržeb, ale v delším horizontu, kde bude finanční podpora organizace také nutná. V realistické a pesimistické variantě se nelze spoléhat jen na příjmy od klientů, příspěvek na péči a financování zdravotních služeb ze stran zdravotních pojišťoven. Nicméně v průběhu let by se kladný výsledek hospodaření měl vždy zvyšovat.

9.5.5 Cash flow

Z vypočtených výsledků hospodaření byl sestaven zjednodušený plán peněžních toků na období 5 let od zahájení provozu. Plán je uveden ve všech třech variantách vývojového scénáře. Jelikož se předpokládá, že podnikatelský záměr bude financován pomocí dotace, výdaje mají nulové hodnoty (v případě úvěru by tomu bylo jinak a výdaje by obsahovaly výši splátky úvěru). Současně se předpokládá, že náklady a výnosy jsou v přibližně stejném období shodné s výdaji a příjmy organizace.

Tabulka 41 Plán peněžních toků pro rok 2027 v Kč (vlastní zpracování)

2027	Optimistická varianta	Realistická varianta	Pesimistická varianta
Výsledek hospodaření po zdanění	4 341 943,44	-2 560 920	-6 521 592
Příjmy (+) – Odpisy	825 360	825 360	825 360
Výdaje (-)	0	0	0
Čistý peněžní tok	5 167 303,44	-1 735 560	-5 696 232

Tabulka 42 Plán peněžních toků pro rok 2028 v Kč (vlastní zpracování)

2028	Optimistická varianta	Realistická varianta	Pesimistická varianta
Výsledek hospodaření po zdanění	3 682 441,44	-1 394 784	-5 355 456
Příjmy (+) – Odpisy	1 639 560	1 639 560	1 639 560
Výdaje (-)	0	0	0
Čistý peněžní tok	5 322 001,44	244 776	-3 715 896

Tabulka 43 Plán peněžních toků pro rok 2029 v Kč (vlastní zpracování)

2029	Optimistická varianta	Realistická varianta	Pesimistická varianta
Výsledek hospodaření po zdanění	5 286 513,6	-1 394 784	-3 375 120
Příjmy (+) – Odpisy	1 639 560	1 639 560	1 639 560
Výdaje (-)	0	0	0
Čistý peněžní tok	6 926 073,6	244 776	-1 735 560

Tabulka 44 Plán peněžních toků pro rok 2030 v Kč (vlastní zpracování)

2030	Optimistická varianta	Realistická varianta	Pesimistická varianta
Výsledek hospodaření po zdanění	5 456 127,6	643 911,12	-3 165 720
Příjmy (+) – Odpisy	1 430 160	1 430 160	1 430 160
Výdaje (-)	0	0	0
Čistý peněžní tok	6 886 287,6	2 074 071,12	-1 735 560

Tabulka 45 Plán peněžních toků pro rok 2031 v Kč (vlastní zpracování)

2031	Optimistická varianta	Realistická varianta	Pesimistická varianta
Výsledek hospodaření po zdanění	5 456 127,6	643 911,12	-1 185 384
Příjmy (+) – Odpisy	1 430 160	1 430 160	1 430 160
Výdaje (-)	0	0	0
Čistý peněžní tok	6 886 287,6	2 074 071,12	244 776

Z výsledků rozpočtu peněžních toků bude organizace v optimistické a realistické variantě mít dostatek finančních prostředků na krytí plánovaných výdajů. V pesimistické variantě má organizace nedostatek finančních prostředků, aby bylo dlouhodobě udržitelné fungování domova. V této situaci je nutné počítat s nutností zajištění dalších finančních zdrojů pro chod organizace v prvních letech jejího fungování.

9.6 Hodnocení výkonnosti

Pomocí poměrových ukazatelů finanční analýzy lze prokázat efektivnost podnikatelského plánu, který je založen na analýze účetních dat. Pro průkaz vývoje finanční situace organizace je využit finanční ukazatel Autarkie, který hodnotí míru soběstačnosti neziskové organizace. Autarkie je měřena na bázi výnosů a nákladů hlavní činnosti (v případě vedlejší činnosti se musí tyto činnosti rozdělit) s pomocí vzorce (Krechovská, 2018, s. 66):

$$A = V/N * 100$$

A ... Autarkie hlavní činnosti

V ... Výnosy hlavní činnosti

N ... Náklady hlavní činnosti

Tabulka 46 Hodnocení výkonnosti organizace finančním ukazatelem Autarkie (vlastní zpracování)

Rok	Optimistická varianta	Realistická varianta	Pesimistická varianta
2027	141 %	85 %	56 %
2028	141 %	99 %	71 %
2029	155 %	99 %	85 %
2030	155 %	113 %	85 %
2031	155 %	113 %	99 %

V tab. č. 46 jsou znázorněny výsledky autarkie ve třech variantách. Při dosažení hodnoty 100 % a více lze hodnotit míru soběstačnosti organizace jako pozitivní výsledek (optimistická a pesimistická varianta). Míra soběstačnosti roste se zvyšujícím se počtem klientů a tím také zvyšujícím se finančním obnosem výnosů. Při hodnotě nižší než 100 %, organizace není schopna pokrýt své náklady dosaženými činnostmi (jak již vyplynulo z finanční analýzy) a bude zapotřebí zajištění dalších finančních zdrojů pro chod organizace v prvních letech jejího fungování (pesimistická varianta).

9.7 Rizika projektu

Na základě vypracovaného podnikatelského plánu pro zřízení domova byly stanoveny rizika (R1–R5), které jsou hodnoceny podle pravděpodobnosti jejich vzniku a závažnosti dopadu podle stupnice 1–5 (1 min., 5 max.) znázorněné v tab. č. 47.

Riziko

R1 : Nedostatek klientů

R2 : Nedostatek personálu

R3 : Nedostatek prostředků na projekt

R4 : Nenavázání smluv se zdravotními pojišťovnami

R5 : Snížení ceny úhrad zdravotních služeb

Tabulka 47 Matice rizik (vlastní zpracování)

Pravděpodobnost	5			R5		
	4				R3	R4
	3					R2
	2					
	1					R1
		1	2	3	4	5
		Závažnost				

- ▶▶ velmi vysoké riziko / okamžité odstranění
- ▶▶ vysoké riziko / odstranění v termínu podle míry nebezpečí
- ▶▶ střední riziko / odstranění v plánovacím procesu
- ▶▶ zvýšené riziko / vyžaduje zvýšenou pozornost
- ▶▶ přijatelné riziko / vyžaduje normální pozornost

Z výsledků vytvořené matice rizik se nachází R2–R5 ve velmi vysokém riziku a je nutné okamžité odstranění. U rizika nedostatku personálu (R2) se může organizace zaměřit na personálního řízení (rozvoj vzdělání, zapojení dobrovolníků aj.) nebo vytvořit atraktivnější pracovní podmínky pro zaměstnance (denní místnost pro zaměstnance, pohodlné pracovní oblečení apod.). Nedostatek prostředků na projekt (R3) je rizikem nacházejícím se také ve velmi vysokém riziku, protože pokud nebude mít organizace finanční prostředky na zahájení činnosti, projekt nebude nikdy realizován. Pro získání dostatečných finančních prostředků lze oslovit banky, soukromé investory, nadační fondy, veřejné zdroje aj. Nenavázání smluv se zdravotními pojišťovnami (R4) je riziko, které je nutné okamžitě odstranit. Tato možnost se nabízí při jednání se zdravotními pojišťovnami, kdy se předloží atraktivní podnikatelský plán a kladné výsledky výběrového řízení pro poskytovatele sociálně-zdravotních služeb vydané Krajským úřadem. Snížení ceny úhrad zdravotních služeb (R5) by ovlivnilo celkový finanční plán a tím i vznik nebo chod organizace. Odstranění tohoto rizika není v podstatě z velké části ovlivnitelný, neboť zdravotní pojišťovny mají vlastní metody pro výsledné hodnoty hrazení zdravotní péče, ale mohou se inspirovat a převzít cenu za zdravotní služby podle vypracovaného projektu (50% hodnota OD 00015). V moci organizace je alespoň

ovlivnit jednatele zdravotních pojišťoven o důležitosti, náročnosti a výhodnosti poskytované zdravotní péče v domově. Nedostatek klientů (R1) byl hodnocen jako přijatelné riziko vyžadující normální pozornost. Data zvyšujícího se počtu pacientů NVP toto riziko snižují.

9.8 Přínosy projektu

Nejen z vypracovaného podnikatelského plánu byly v bodech stanoveny tyto přínosy projektu:

- možnost větší spokojenosti klientů v prostředí jim blízkém,
- zkvalitnění poskytované péče prostřednictvím holistického přístupu ke každému klientovi,
- rozšíření nabídky zdravotně-sociálních služeb pro klienty s trvalou UPV,
- snížení obložnosti lůžek NIP,
- snížení nákladů na péči v porovnání s náklady NVP (OD 00015),
- zvýšení možnosti propuštění pacienta z ústavního zařízení do zdravotně-sociálního prostředí organizace,
- rozvoj zdravotně-sociálních služeb v České republice.

10 ZHODNOCENÍ PROJEKTU

Cílem projektu je vytvořit plán a ověřit jeho úspěšnost v souvislosti se stanovenými cíli Domova asistovaného bydlení s intenzivní péčí. Hlavním cílem organizace je proniknout na trh a vytvořit podmínky vhodného bydlení s kvalifikovanou a dostupnou péčí pro klienty s UPV v horizontu tří let. Dalším cílem domova je nejpozději do 10 let od svého vzniku mít kladný výsledek hospodaření.

Jak je již uvedeno v realizačním plánu projektu, je možné, aby organizace svůj hlavní cíl naplnila. V případě vzniku rizik, které ohrožují délku trvání projektu, může nastat situace, kdy hlavní cíl bude splněn, ale v jiném časovém horizontu.

Analýza finančního plánu odpovídá na další cíl organizace, ve kterém má být kladný výsledek hospodaření do 10 let od vzniku domova. Jak je uvedeno ve výkazu zisku a ztráty pro roky 2027–2031, tak organizace dosahuje kladného výsledku hospodaření v optimistické a realistické variantě. Hodnota výsledku hospodaření je v zásadě závislá na počtu klientů. V pesimistické variantě se předpokládá vyšší počet klientů až za delší časové období, kdy bude také možné vykazovat kladný výsledek hospodaření. Přestože organizace vykazuje kladný výsledek hospodaření, je nezbytné, aby si vytvořila rezervu na nepředvídatelné výdaje, a tak se nedostala v dalších letech do záporných hodnot. Druhý cíl může být splněn.

Oba dva cíle ohrožují nejzávažnější rizika, která je nutné v co nejkratší době odstranit. Stanovením pevné cenové hodnoty poskytovaných zdravotních služeb a smluvním vztahem se zdravotními pojišťovnami mohou být tato rizika definitivně odstraněna.

Přínosy projektu jsou pro jednotlivce i celkovou společnost značné, ale přesto je lze dalšími průzkumy potvrdit, nebo dokonce i vyvrátit.

Závěr: Podnikatelský plán je možné realizovat v praxi.

ZÁVĚR

Hlavním cílem diplomové práce bylo vytvořit projekt, který bude schopný nabídnout služby klientům s trvalou UPV v Domově asistovaného bydlení s intenzivní péčí. Prostřednictvím splnění dílčích cílů byla provedena teoretická východiska potřebná k poskytování služeb v domově a sestavení podnikatelského plánu. Hlavní cíl diplomové práce byl splněn.

Analytická část obsahuje informace přispívající ke kvalitnějšímu vytvoření projektu. Analýza makroprostředí ukázala, že by bylo vhodné doplnit poskytování intenzivní péče v sociálních službách do legislativního systému ČR. Součástí analýzy bylo také dotazníkové šetření, díky kterému byl zjištěn fakt, že pacientů s trvalou UPV každoročně přibývá a jsou hospitalizováni na pracovištích NVP.

V projektové části byl vytvořen marketingový mix, ve kterém je obsažena cena služeb. V případě ceny by bylo vhodné doplnit hodnocení úhrad zdravotních služeb smlouvou. Vyhotovený finanční plán s předpokládanými náklady, příjmy, výsledkem hospodaření a především cash-flow podává informace o dostatku finančních prostředků jak v optimistické, tak i realistické variantě. V pesimistické variantě je dostatek finančních prostředků odhadován za delší období (10 let). Při financování projektu z dotací je dlouhodobě udržitelné fungování domova. V případě neúspěchu žádosti o dotace je možné financovat projekt z jiných zdrojů, např. úvěrem, pokud by se nesnížila hodnota úhrad za zdravotní služby. Jestliže by přece došlo ke snížení hodnot navrhovaných úhrad, je nutné podnikatelský plán upravit a zhodnotit jeho udržitelnost v jakémkoliv případě jeho financování. Nenavázání smluv se zdravotními pojišťovnami je jedním z nejzávažnějších rizik projektu. Toto riziko může být sníženo, když se smluvně vymezí hodnocení úhrad poskytovaných zdravotních služeb a když zdravotní pojišťovny zhodnotí projekt také jako přínosný. Výsledky a přínosy projektu jasně naznačují, že péče poskytovaná v domově může být vhodnější pro klienty i pro celou veřejnost, než je péče v ústavních zařízeních.

Na výsledky diplomové práce lze navázat dalšími průzkumy. Např. dotazníkové šetření, které může zjistit zájem klientů o služby zdravotně-sociální péče v domově, jejich ochoty za tyto služby platit nebo ochotu rodinných příslušníků přispět na financování poskytovaných služeb. Tyto informace by mohly podpořit realizaci projektu a tím také rozvoj zdravotně-sociálních služeb v České republice.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ACCACE, 2024. *Minimální průměrná a zaručená mzda*. Online. © 2024 Accace. Dostupné z: <https://accace.cz/minimalni-prumerna-a-zarucena-mzda/>. [cit. 2024-02-16].

BÁRTLOVÁ, Sylva, 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1197-4.

BLAŽKOVÁ, Martina, 2007. *Marketingové řízení a plánování pro malé a střední firmy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1535-3. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/AccountSaml/SignIn/?idp=https://shibboleth.utb.cz/idp/shibboleth&returnUrl=/kniha/marketingove-rizeni-a-planovani-pro-male-a-stredni-firmy-1468/>.

BIENERT, Michael a BRASE, Rainer, 2014. *Management stationärer Pflegeeinrichtungen*. Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH, © 2014. ISBN 978-3-86216-143-0.

COMMUNITY HEALTH, 2024. *Asistovaný život*. Online. Komunitní zdravotní střediska regionu Rutland, © 2024. Dostupné z: <https://www.chcrr.org/cs/health-topic/assisted-living/>. [cit. 2024-01-11].

ČESKO, 2006. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*. Online. In: *Zákony pro lidi*. AION CS, © 2010–2023. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>. [cit. 2023-12-29].

ČESKO, 2006. *Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách*. Online. In: *Zákony pro lidi*. AION CS, © 2010–2023. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>. [cit. 2024-02-22].

ČESKO, 2011. *Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*. Online. In: *Zákony pro lidi*. AION CS, © 2010–2023. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>. [cit. 2023-12-01].

ČESKO, 2012. *Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník*. Online. In: *Zákony pro lidi*. AION CS, © 2010–2023. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>. [cit. 2023-12-01].

ČESKO, 2023. *Vyhláška č. 319/2023 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2024*. Online. In: *Zákony pro lidi*. AION CS, © 2010–2023. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2023-319?text=925>. [cit. 2024-02-22].

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD [ČSÚ], 2018. *Proměny věkového složení obyvatelstva, Věková struktura ČR s výhledem do roku 2050*. Online. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/92011146/13015819a4.pdf/11e3bc8b-69b5-4ee6-8f41-db854825b055?version=1.2>. [cit. 2024-02-15].

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD [ČSÚ], 2021. *Předběžný odhad HDP – 4. čtvrtletí 2020*. Online. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/cri/predbezny-odhad-hdp-4-ctvrtleti-2020>. [cit. 2024-02-05].

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD [ČSÚ], 2022a. *Graf – Vývoj hrubého domácího produktu v ČR (ve stálých cenách)*. Online. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vyvoj-hrubeho-domaciho-produktu-v-cr-ve-stalych-cenach>. [cit. 2024-02-05].

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD [ČSÚ], 2022b. *Mzdy ve zdravotnictví, 2012–2021*. Online. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/197345000/26003422.pdf/ca5c3011-c3d3-44c5-bd56-90c4ab2ebf1a?version=1.3>. [cit. 2024-02-10].

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD [ČSÚ], 2022c. *Zaostřeno na ženy a muže – 2022*. Online. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/zaostreno-na-zeny-a-muze-2022>. [cit. 2024-02-10].

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD [ČSÚ], 2023a. *Zdravotnické účty ČR 2010–2021*. Online. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/221394546/26000523t1.pdf/b640d896-2558-4217-9ca4-d663e1f294d9?version=1.1>. [cit. 2024-02-05].

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD [ČSÚ], 2023b. *Výsledky zdravotnických účtů ČR 2010–2021*. Online. Dostupné z: [26000523k2.pdf](https://www.czso.cz/documents/10180/221394546/26000523k2.pdf) (czso.cz). [cit. 2024-02-05].

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD [ČSÚ], 2023c. *Výdaje na výzkum ze státního rozpočtu stagnují*. Online. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vydaje-na-vyzkum-ze-statniho-rozpocetu-stagnuji>. [cit. 2024-02-05].

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD [ČSÚ], 2024a. *Předběžný odhad HDP – 4. čtvrtletí 2023*. Online. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/cri/predbezny-odhad-hdp-4-ctvrtleti-2023>. [cit. 2024-02-05].

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD [ČSÚ], 2024b. *Míra inflace v České republice v roce 2023*. Online. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xp/mira-inflace-v-ceske-republice-v-roce-2023>. [cit. 2024-02-05].

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD [ČSÚ], 2024c. *Aktuální populační vývoj v Kostce*. Online. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/aktualni-populacni-vyvoj-v-kostce>. [cit. 2024-02-15].

DOSTÁL, Pavel a kol., 2023. *Základy umělé plicní ventilace*. 5. rozšířené vydání. Jessenius. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-759-4.

DRÁBKOVÁ, Jarmila a HÁJKOVÁ, Soňa, 2018. *Následná intenzivní péče*. Edice postgraduální medicíny. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4470-7.

GAJDOŠ, Ondřej, 2022. *Model pro zhodnocení efektivity domácí umělé plicní ventilace*. Online, disertační práce. Praha: České vysoké učení technické v Praze, Fakulta

biomedicínského inženýrství. Dostupné z: <https://dspace.cvut.cz/handle/10467/100399>. [cit. 2023-12-13].

HAMPLOVÁ, Lidmila, 2019. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro zdravotnické obory*. Sestra. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0568-7.

HOLMEROVÁ, Iva, 2014. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5439-0.

HORECKÝ, Jiří; POTŮČEK, Martin; CABRNOCH, Milan a KALVACH, Zdeněk, 2021. *Reforma dlouhodobé péče pro Českou republiku*. Online. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-88361-14-5. Dostupné z: https://www.apsscr.cz/files/files/A4_STU_DIE%20LCT%202021_FINAL.pdf. [cit. 2023-12-02].

HOVORKA, Jiří, 2024. *Invalidní důchod. Kdo má letos nárok a kolik dostane*. Online. Všechny materiály © 2000–2024 Peníze.cz a dodavatelé. ISSN 1213-2217. Dostupné z: <https://www.penize.cz/invalidni-duchod/450159-invalidni-duchod-2024-kdo-ma-narok-a-kolik-dostane>. [cit. 2024-04-08].

HÝŽOVÁ, Eva, 2022. *Využití informačních a komunikačních technologií v domovech pro seniory*. Online, diplomová práce. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě. Dostupné z: https://is.slu.cz/th/s97r1/Vyuziti_informacnich_a_komunikacnich_tehnologiiv_domovech_pro_seniory.pdf. [cit. 2023-12-12].

CHLOUBA, Martin, 2017. *Návrh modelu na hodnocení rizik u domácí plicní ventilace*. Online, diplomová práce. Praha: České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství. Dostupné z: <https://dspace.cvut.cz/bitstream/handle/10467/74906/FBMI-DP-2017-Chlouba-Martin-prace.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>. [cit. 2023-12-12].

JINDROVÁ, Pavla a BOHÁČOVÁ, Hana, 2021. *Příčiny a důsledky migrace pracovních sil ve zdravotnictví ve vybraných evropských zemích*. Online. Pardubice. Dostupné z: <https://relik.vse.cz/2021/download/pdf/397-Jindrova-Pavla-paper.pdf>. [cit. 2024-03-02].

KAEMER, Karla a Juergen LINK, 2022. *Management in der ambulanten Pflege: Besser organisieren – sicherer fuehren*. Hannover: Schluetersche. ISBN 978-3-8426-0876-4.

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Sestra. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0130-6.

KEŘKOVSKÝ, Miloslav a VYKYPĚL, Oldřich, 2006. *Strategické řízení: teorie pro praxi*. 2. vyd. C. H. Beck pro praxi. Praha: C. H. Beck. ISBN 80-717-9453-8.

KLANICOVÁ, Eliška, 2015. *Tvorba podnikatelského plánu*. Online, bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita, Ekonomicko-správní fakulta. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/hk8v6/Klanicova_BP_verejna.pdf. [cit. 2024-01-30].

KLIMEŠ, Jiří a KLIMEŠOVÁ, Lenka, 2011. *Umělá plicní ventilace*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-538-9.

KOČOVÁ, Helena, 2017. *Spinální svalová atrofie v souvislostech*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5705-6. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/AccountSaml/SignIn/?idp=https://shibboleth.utb.cz/idp/shibboleth&returnUrl=/kniha/spinalni-svalova-atrofie-v-souvislostech-3038/>.

KRATOCHVÍLOVÁ, Martina, 2015. *Podnikatelský plán – otevření domova pro seniory*. Online, diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Ekonomicko-správní fakulta. Dostupné z: <https://adoc.pub/podnikatelsky-plan-oteveni-domova-pro-seniory.html>. [cit. 2024-01-24].

KRECHOVSKÁ, Michaela; HEJDUKOVÁ, Pavlína a HOMMEROVÁ, Dita, 2018. *Řízení neziskových organizací: klíčové oblasti pro jejich udržitelnost*. Expert. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3075-2.

KVAPIL, Petr, 2024. E-mail, Odpověď: Žádost o informace pro diplomovou práci. Zaměstnanecká pojišťovna Škoda.

MAPA ČESKÉ REPUBLIKY, 2024. *Mapa krajů ČR*. Online. Dostupné z: <http://www.mapaceskerepubliky.cz/mapa-kraju>. [cit. 2024-02-15].

MATOUŠEK, Oldřich, 2015. *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Portál. ISBN 978-80-7367-818-0. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/AccountSaml/SignIn/?idp=https://shibboleth.utb.cz/idp/shibboleth&returnUrl=/kniha/socialni-prace-v-praxi-3246/>.

MEDLÍKOVÁ, Olga a ŠEDIVÝ, Marek, 2017. *Úspěšná nezisková organizace*. 3., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0249-5. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/AccountSaml/SignIn/?idp=https://shibboleth.utb.cz/idp/shibboleth&returnUrl=/kniha/uspesna-neziskova-organizace-4063/>.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ [MPSV], 2023a. *Důchody v lednu znovu porostou. Navýší se bezmála o 400 korun, průměrný starobní důchod tak dosáhne 20 700 korun*. Online. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/-/duchody-v-lednu-znovu-porostou-v-prumeru-se-navysi-o-bezmala-400-korun-prumerny-starobni-duchod-tak-dosahne-20-700-korun>. [cit. 2024-04-08].

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ [MPSV], 2023b. *Výzva Národního plánu obnovy. Modernizace a rozvoj pobytových služeb sociální péče*. Online. Dostupné z: [ab44869c-d149-9f8a-3a13-f4b23f4d557a](https://www.mpsv.cz/ab44869c-d149-9f8a-3a13-f4b23f4d557a) (mpsv.cz). [cit. 2024-03-10].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY [MZČR], 2016. *Registrační listy ošetrovacích dnů – NVP (00015), NIP (00017), DIOP (00020) vydaných vyhláškou č. 421/2016 Sb.* Online. Aktual. 3. 3. 2017. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/registracni-listy->

osetrovacich-dnu-nvp-00015-nip-00017-diop-00020-vydanych-vyhlaskou-c-421-2016-sb/. [cit. 2024-02-20].

NALOS, Daniel; BARTŮNĚK, Petr; JURÁSKOVÁ, Dana a HECZKOVÁ, Jana, 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4343-1.

NENADÁL, Jaroslav, 2018. *Management kvality pro 21. století*. Praha: Management Press. ISBN 978-80-726-1561-2.

NIKODÉMOVÁ, Daniela, 2016. *Problematika ošetrovatelské péče o jedince s domácí umělou plicní ventilací*. Online, bakalářská práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Dostupné z: https://theses.cz/id/x1gx0f/Nikodmo_v_Daniela_Problematika_o_o_s_e_o_jedince_s_domc_um.pdf. [cit. 2024-01-10].

PARSONS, Noah, 2023. *How to Write a Business Plan: Step-by-Step Guide + Examples*. Online. Bplans. Dostupné z: <https://www.bplans.com/business-planning/how-to-write/#the-basics-of-business-planning>. [cit. 2024-01-25].

PELCOVÁ, Iveta, 2024. E-mail, Odpověď: Žádost o informace pro diplomovou práci. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR.

PENTA HOSPITALS, 2024. *Centrum následné intenzivní a anesteziologické péče / Oddělení ventilační péče – OVP*. Online. Penta Hospitals, Nemocnice Ostrov. Dostupné z: <https://www.pentahospitals.cz/nemocnice-ostrov/oddeleni/centrum-komplexni-nasledne-intenzivni-a-anesteziologicke-pece/?part=3>. [cit. 2024-01-31].

PETRIKOVIČ, Tomáš, 2019. *Migrace ve zdravotnictví*. Online, diplomová práce. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta ekonomická. Dostupné z: <https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/39005/1/Petrikovic%20DP%2018.4.2019%20E.pdf> [cit. 2024-02-18].

PUCHOLTOVÁ, Romana; PRAŽÁKOVÁ, Zuzana a ULRYCH, Ondřej, 2016. *Umělá plicní ventilace*. In: NALOS, Daniel; BARTŮNĚK, Petr; JURÁSKOVÁ, Dana a HECZKOVÁ, Jana, 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4343-1.

RAPČAN, Milan, 2021. *Etika versus emoce: kazuistiky pro pracovníky ve zdravotnictví, ve školství a v sociální oblasti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3075-7.

SEDLÁČEK, Jaroslav, 2011. *Finanční analýza podniku. 2.*, aktualiz. vyd. Brno: Computer Press. ISBN 978-80-251-3386-6.

SEIDL, Zdeněk, 2023. *Neurologie pro studium i praxi. 3.*, zcela přepracované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3710-7.

SLOUKA, David, 2017. *Vedení a marketing malých zdravotnických zařízení: příručka pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0469-7.

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

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

SRPOVÁ, Jitka et al., 2020. *Začínáme podnikat: s případovými studii začínajících podnikatelů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2253-0. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/AccountSaml/SignIn/?idp=https://shibboleth.utb.cz/idp/shibboleth&returnUrl=/kniha/zaciname-podnikat-6713/>.

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

STRAUB, Silvia a SPERLING, Martin, 2016. *Controlling und Businessplan: Konkrete Entscheidungshilfen fuer Krankenhaus und Gesundheitsunternehmen*. Berlin: MWV, 2016. ISBN 978-3-95466-268-5.

SUKOVÁ, Olga a KNECHTOVÁ, Zdeňka, 2022. *Vybrané kapitoly z intenzivní ošetrovatelské péče*. Brno: MedMuni. ISBN 978-80-280-0051-0.

SVOBODOVÁ, Ivana a ANDERA, Michal, 2017. *Od nápadu k podnikatelskému plánu: Jak hledat a rozvíjet podnikatelské příležitosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0407-9. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/AccountSaml/SignIn/?idp=https://shibboleth.utb.cz/idp/shibboleth&returnUrl=/kniha/od-napadu-k-podnikatelskemu-planu-4240/>.

ŠAFROVÁ, Drážilová, Alena, 2019. *Základy úspěšného podnikání: Průvodce začínajícího podnikatele*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2182-3. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/AccountSaml/SignIn/?idp=https://shibboleth.utb.cz/idp/shibboleth&returnUrl=/kniha/zaklady-uspesneho-podnikani-6066/>.

ŠÁLKOVÁ, Jana, 2021. *Intenzivní péče v porodní asistenci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0844-2.

ŠKRLA, Petr a ŠKRLOVÁ, Magda, 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2616-8. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/AccountSaml/SignIn/?idp=https://shibboleth.utb.cz/idp/shibboleth&returnUrl=/kniha/rizeni-rizik-ve-zdravotnickych-zarizenich-1716/>.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY [ÚZIS], 2021. *Zdravotnictví ČR: Personální kapacity a odměňování 2021*. Online. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008416/nzis-rep-2022-e04-personalni-kapacity-odmenovani-2021.pdf> [cit. 2024-02-12].

VACEK, Jakub, 2021. *Problematika převedení pacienta na domácí UPV*. Online, diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta.

Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/151149/120387524.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. [cit. 2023-12-12].

VESELÁ, Jana a KANIOKOVÁ VESELÁ, Petra, 2011. *Sociologické aspekty managementu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2792-9. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/AccountSaml/SignIn/?idp=https://shibboleth.utb.cz/idp/shibboleth&returnUrl=/kniha/sociologicke-aspekty-managementu-318/>.

VILÍMOVÁ, Petra, 2016. Domácí umělá plicní ventilace. In: NALOS, Daniel; BARTŮŇEK, Petr; JURÁSKOVÁ, Dana a HECZKOVÁ, Jana, 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4343-1.

WIJA, Petr; BAREŠ, Pavel a ŽOFKA, Jan, 2019. *Analýza sociálních a zdravotních služeb dlouhodobé péče v ČR*. Online. Praha: Institut pro sociální politiku a výzkum. ISBN 978-80-907-6622-8. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2019/09/Analýza-socialnich-a-zdravotnich-sluzeb-dlouhodobpece-v-CR.pdf> [cit. 2023-12-02].

ZADÁK, Zdeněk a HAVEL, Eduard, 2017. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0282-2.

ZACHAROVÁ, Eva, 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Sestra. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0155-9.

ZDRAVOTNICKÝ DENÍK, 2022. *Zdravotnické obory na vysokých školách studovalo vloni poprvé více osob než obory technické*. Online. © 2013–2022 Media Network. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2022/05/zdravotnicke-obory-na-vysokych-skolach-studovalo-vloni-poprve-vice-osob-nez-obory-technicke/>. [cit. 2024-02-16].

ZLÁMAL, Jaroslav a BELLOVÁ, Jana, 2021. *Legislativní požadavky na podnikatele pro zahájení podnikání*. Online. Daně pro lidi, Poradce Podnikatele. ISSN 2571-4325. Dostupné z: <https://www.daneprolidi.cz/clanek-z-titulky/legislativni-pozadavky-na-podnikatele-pro-zahajeni-podnikani-top.htm>. [cit. 2024-01-29].

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
ČSÚ	Český statistický úřad
DHM	Dlouhodobý hmotný majetek
DIOP	Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče
DP	Domácí péče
DUPV	Domácí umělá plicní ventilace
ESICM	European Society of Intensive Medicine
EU	Evropská unie
GTT	Gastrointestinální trakt
HDP	Hrubý domácí produkt
JIP	Jednotka intenzivní péče
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NIP	Následná intenzivní péče
OD	Ošetrovací den
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
PICC	Periferně inzerovaný centrální katétr
UPV	Umělá plicní ventilace
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
VS	Všeobecná sestra
VZP ČR	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
WHO	World Health Organization
ZPŠ	Zaměstnanecká pojišťovna škoda
ZZ	Zdravotnické zařízení

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Makro-, mezo- a mikroprostředí	26
Obrázek 2 Podnikatelský plán – titulní strana).....	35
Obrázek 3 Studenti vysokých škol v ČR – počet studentů vysokých škol dle skupin oborů vzdělání.....	49
Obrázek 4 Počet zdravotnických zařízení v jednotlivých krajích ČR, které vykazovali OD 00015 NVP v letech 2021–2023	50
Obrázek 5 Organizační schéma personálního zabezpečení	70

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 SWOT matice	27
Tabulka 2 Podíl nezaměstnaných osob v ČR.....	43
Tabulka 3 Průměrná měsíční hrubá mzda v ČR v letech 2023 a 2024.....	44
Tabulka 4 Celkové výdaje na zdravotní péči v Česku v letech 2010–2021	45
Tabulka 5 Počet mužů a žen celkově a ve věku 15–64 let v ČR 2018-2021 k 31. 12.....	48
Tabulka 6 Celkový počet pracujících mužů a žen (v tis. osob) ve zdravotní a sociální péči v letech 1993, 200, 2010, 2015 a 2021	48
Tabulka 7 Počet pracujících mužů a žen (v tis. osob) ve zdravotní a sociální péči podle věkových skupin v roce 2021	48
Tabulka 8 Počet pacientů všech věkových skupin, na které byl v letech 2018–2023 vykázan OD 00015, NVP.....	50
Tabulka 9 Podmínky působící na zvyšování rivality konkurence na trhu.....	53
Tabulka 10 Podmínky působící na snižování hrozby potenciální konkurence při vstupu na trh.....	54
Tabulka 11 Podmínky působící na zvyšování hrozby substitutů.....	54
Tabulka 12 Dodavatelé zdravotnického vybavení pro domov v rámci Středočeského kraje	55
Tabulka 13 Podmínky působící na zvyšování vyjednávací síly dodavatelů.....	56
Tabulka 14 Podmínky působící na vyjednávací sílu odběratelů.....	57
Tabulka 15 SWOT analýza.....	58
Tabulka 16 SWOT analýza – Párové porovnání vybraných faktorů analýzy metodou Fullerova trojúhelníku.....	59
Tabulka 17 Váhy faktorů SWOT analýzy	60
Tabulka 18 SWOT matice – vyhodnocení.....	61
Tabulka 19 Vyhodnocení dotazníku – Otázka č. 4, Počet lůžek NIP.....	63
Tabulka 20 Vyhodnocení dotazníku – Otázka č. 14, Počet pacientů s trvalou UPV hospitalizováno déle než 90 dní na NIP.....	64
Tabulka 21 Personální zabezpečení – pozice, kvalifikace, počet, pracovní smlouva	71
Tabulka 22 Předpokládané příjmy za zdravotní výkony pro odbornost 925 v Kč/1 os.....	74
Tabulka 23 Cenová kalkulace nabízených služeb	75
Tabulka 24 Ceník poskytovaných sociálních služeb pro klienty bez příspěvku na péči.....	76
Tabulka 25 Výdaje marketingové propagace	77
Tabulka 26 Aktivity projektu s dobou jejich realizace	79
Tabulka 27 Vstupní zřizovací náklady organizace	81
Tabulka 28 Vstupní investiční náklady organizace	82
Tabulka 29 Vstupní provozní náklady.....	83

Tabulka 30 Mzdové náklady zaměstnavatele v Kč	84
Tabulka 31 Celkové vstupní náklady organizace v Kč.....	84
Tabulka 32 Zjednodušená počáteční rozvaha	85
Tabulka 33 Očekávané příjmy Organizace v Kč	86
Tabulka 34 Analýza bodu zvratu	87
Tabulka 35 Hospodářský výsledek – Počty klientů podle variant v letech 2027–2031	88
Tabulka 36 Výkaz zisku a ztráty pro rok 2027 v Kč	89
Tabulka 37 Výkaz zisku a ztráty pro rok 2028 v Kč	90
Tabulka 38 Výkaz zisku a ztráty pro rok 2029 v Kč	91
Tabulka 39 Výkaz zisku a ztráty pro rok 2030 v Kč	92
Tabulka 40 Výkaz zisku a ztráty pro rok 2031 v Kč	93
Tabulka 41 Plán peněžních toků pro rok 2027 v Kč.....	94
Tabulka 42 Plán peněžních toků pro rok 2028 v Kč.....	94
Tabulka 43 Plán peněžních toků pro rok 2029 v Kč.....	94
Tabulka 44 Plán peněžních toků pro rok 2030 v Kč.....	95
Tabulka 45 Plán peněžních toků pro rok 2031 v Kč.....	95
Tabulka 46 Hodnocení výkonnosti organizace finančním ukazatelem Autarkie	96
Tabulka 47 Matice rizik.....	97

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Vývoj HDP v ČR.....	42
Graf 2 Míra inflace v ČR v letech 2014–2024.....	43
Graf 3 Mzdy všeobecných sester v krajích ČR v roce 2021.....	44
Graf 4 Výdaje na léčebnou péči a dlouhodobě zdravotní péči v ČR roku 2021.....	46
Graf 5 Počet úvazků všeobecných sester a porodních asistentek na 1 000 obyvatel v rámci krajů ČR v letech 2020 a 2021.....	49
Graf 6 Vyhodnocení dotazníku – Otázka č. 5, Obloženost lůžek v % za rok	63
Graf 7 Vyhodnocení dotazníku – Otázka č. 15, Nejčastější důvody dlouhodobé hospitalizace pacientů s trvalou UPV	64
Graf 8 Plánovač projektu na základě modelu Ganttova diagramu	80

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: Poskytovatelé zdravotní péče vykazující od 00015 pro NVP v letech 2021–2023

PŘÍLOHA P II: Dotazník pro pracoviště NIP

PŘÍLOHA P IV: Stručný přehled výsledků dotazníkového šetření pracovišť NIP

PŘÍLOHA P V: Dotazník pro organizace DP v programu DUPV

PŘÍLOHA P VI: Stručný přehled výsledků dotazníkového šetření organizací DP pro DUPV

PŘÍLOHA P VII: Odpisy dlouhodobého hmotného majetku

PŘÍLOHA P VIII: Očekávané příjmy podle různých úhrad zdravotních služeb v Kč

PŘÍLOHA P IX: Analýza bodu zvratu ve všech variantách úhrad zdravotních služeb

PŘÍLOHA P I: Poskytovatelé zdravotní péče vykazující od 00015 pro NVP v letech 2021–2023 (Kvapil, 2024; Pelcová, 2024; vlastní zpracování)

Kraj	Název poskytovatele péče	NVP
Hlavní město Praha	MEDITERRA s.r.o.	✓
Hlavní město Praha	Fakultní nemocnice v Motole	✓
Hlavní město Praha	ÚVN – Vojenská fakultní nemocnice Praha	✓
Hlavní město Praha	ETOILE CZ a. s.	✓
Hlavní město Praha	Nemocnice Vršovice a. s.	✓
Středočeský kraj	NH Hospital a. s.	✓
Středočeský kraj	Oblastní nemocnice Kladno, a. s.	✓
Středočeský kraj	ANESAN, s.r.o.	✓
Středočeský kraj	Oblastní nemocnice Kolín, a. s.	✓
Středočeský kraj	ALMEDA, a. s.	✓
Středočeský kraj	Městská nemocnice Městec Králové, a. s.	✓
Středočeský kraj	Chronicare s.r.o.	✓
Středočeský kraj	MEDITERRA Sedlčany, s.r.o.	✓
Středočeský kraj	Masarykova nemocnice Rakovník s.r.o.	✓
Jihočeský kraj	Nemocnice Jindřichův Hradec, a. s.	✓
Plzeňský kraj	Klatovská nemocnice, a. s.	✓
Plzeňský kraj	Fakultní nemocnice Plzeň	✓
Plzeňský kraj	Mulačova nemocnice s. r. o.	✓
Karlovarský kraj	Nemocnice Ostrov s.r.o.	✓
Karlovarský kraj	Krajská zdravotní, a. s.	✓
Karlovarský kraj	Nemocnice Roudnice nad Labem s.r.o.	✓
Karlovarský kraj	SWISS MED CLINIC s.r.o.	✓
Liberecký kraj	Nemocnice Tanvald, s. r. o.	✓
Královéhradecký kraj	ESTRELLA Health a. s.	✓
Královéhradecký kraj	Oblastní nemocnice Náchod, a. s.	✓
Královéhradecký kraj	Nemocnice Vrchlabí, s.r.o.	✓
Pardubický kraj	Nemocnice Pardubického kraje, a. s.	✓

Vysočina	Nemocnice Nové Město na Moravě, p. o.	✓
Vysočina	Nemocnice sv. Zdislavy, a. s.	✓
Jihomoravský kraj	Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně	✓
Jihomoravský kraj	Fakultní nemocnice Brno	✓
Jihomoravský kraj	Chronicare Mund s.r.o	✓
Jihomoravský kraj	SurGal Clinic s.r.o.	✓
Jihomoravský kraj	Nemocnice TGM Hodonín, p. o.	✓
Olomoucký kraj	AGEL Středomoravská nemocniční a. s.	✓
Olomoucký kraj	Fakultní nemocnice Olomouc	✓
Olomoucký kraj	Vojenská nemocnice Olomouc	✓
Olomoucký kraj	Nemocnice Šumperk a.s.	✓
Moravskoslezský kraj	Nemocnice ve Frýdku-Místku, p. o.	✓
Moravskoslezský kraj	Nemocnice Karviná - Ráj, p. o.	✓
Moravskoslezský kraj	Chronicare Nord s.r.o.	✓
Zlínský kraj	Uherskohradištská nemocnice a. s.	✓
Zlínský kraj	Krajská nemocnice T. Bati, a. s.	✓

PŘÍLOHA P II: Dotazník pro pracoviště NIP (vlastní zpracování)

Vážené kolegyně a kolegové,

jmenuji se Ana-Iuliana Hejdová a jsem studentkou magisterského studia programu Management ve zdravotnictví na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Jelikož je Vaše pracoviště uvedeno Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR jako smluvní pracoviště Následné intenzivní péče a hospitalizuje pacienty s umělou plicní ventilací, dovoluji si Vás kontaktovat a požádat o vyplnění dotazníku.

Dotazník je zcela anonymní, zabere 5–10 minut Vašeho času a slouží pouze jako podklad k vypracování mé diplomové práce na téma: Projekt zřízení Domova asistovaného bydlení s intenzivní péčí jako alternativa ústavní péče. Prosím označte vždy jen jednu odpověď nebo odpověď doplňte. Dotazník je dostupný do 15. března 2024. Odkaz pro vyplnění dotazníku naleznete zde: <https://www.survio.com/survey/d/O7S4I2E8D2M9M7S7H>



Vámi poskytnuté odpovědi jsou pro mě cenným zdrojem informací a předem Vám za ně děkuji.

S pozdravem

Ana-Iuliana Hejdová

1. Kolik let je v provozu vaše oddělení Následné intenzivní péče? Doplňte: ...
2. Jaká je Vaše funkce na pracovišti Následné intenzivní péče?
 - a) Lékař
 - b) Staniční sestra
 - c) Všeobecná sestra
 - d) Sestra pro intenzivní péči
 - e) Jiné, uveďte: ...
3. Jaká je délka vaší praxe na oddělení Následné intenzivní péče?
 - a) do 1 roku
 - b) 1–4 roky
 - c) 5–10 let
 - d) Více než 10 let
4. Kolika lůžek disponuje vaše oddělení Následné intenzivní péče? Doplňte:...
5. Jaká je u vás obloženost lůžek v % za rok?
 - a) 0–24 %
 - b) 25–49 %
 - c) 50–74 %
 - d) 75–100 %
6. U kolika procent pacientů z celkového počtu pacientů za rok je indikována umělá plicní ventilace?
 - a) 0–24 %
 - b) 25–49 %
 - c) 50–74 %
 - d) 75–100 %
7. Zvyšuje se meziročně počet hospitalizovaných pacientů s indikací umělé plicní ventilace?
 - a) ANO
 - b) NE

8. Kolik procent pacientů ze všech pacientů s indikací umělé plicní ventilace za rok je NEÚSPĚŠNĚ odpojeno od ventilačního přístroje, a proto je u nich indikovaná trvalá umělá plicní ventilace?
- a) 0–24 %
 - b) 25–49 %
 - c) 50–74 %
 - d) 75–100 %
9. U kolika procent pacientů za rok z celkového množství pacientů s umělou plicní ventilací je indikovaná trvalá umělá plicní ventilace?
- a) 0–24 %
 - b) 25–49 %
 - c) 50–74 %
 - d) 75–100 %
10. Kolik procent pacientů s trvalou umělou plicní ventilací se podaří propustit do domácí péče s domácí umělou plicní ventilací ročně?
- a) méně než 10 %
 - b) 10–49 %
 - c) 50–75 %
 - d) více než 75 %
11. Jak často se k vám na oddělení vracejí pacienti s domácí umělou plicní ventilací?
- a) velmi často
 - b) zřídka
 - c) vůbec
12. Zvyšuje se u vás návratnost pacientů s domácí umělou plicní ventilací každoročně?
- a) ANO
 - b) NE

13. Jaký je nejčastější důvod opětovné hospitalizace pacientů s domácí umělou plicní ventilací?
- a) Zdravotní stav pacienta
 - b) Nemožnost zajištění péče v domácím prostředí ze strany pečujících
 - c) Nemožnost zajištění domácí péče ze strany organizací poskytujících domácí péči
 - d) Jiné, uveďte prosím: ...
14. Kolik pacientů s trvalou umělou plicní ventilací je u vás nyní hospitalizováno déle než 90 dní? Doplňte:...
15. Jaký je nejčastější důvod dlouhodobé hospitalizace pacientů s trvalou umělou plicní ventilací?
- a) Zdravotní stav pacienta
 - b) Nemožnost propustit pacienta do domácího prostředí s domácí umělou plicní ventilací
 - c) Jiné, uveďte prosím: ...
16. Jaký je váš názor na domácí umělou plicní ventilaci?
- a) velmi kladný
 - b) spíše kladný
 - c) neutrální
 - d) spíše záporný
 - e) velmi záporný
 - f) nedovedu posoudit
17. Myslíte si, že je dostačující péče o pacienta s domácí umělou plicní ventilací ze strany pečující osoby?
- a) určitě ANO
 - b) spíše ANO
 - c) spíše NE
 - d) určitě NE
 - e) nedovedu posoudit

18. Myslíte si, že je dostačující péče o pacienta s domácí umělou plicní ventilací ze strany organizací poskytující domácí péči?
- a) určitě ANO
 - b) spíše ANO
 - c) spíše NE
 - d) určitě NE
 - e) nedovedu posoudit
19. Přivítal/a byste nějaké zdravotně-sociální zařízení pro pacienty s trvalou umělou plicní ventilací, kteří nemohou být propuštěni do domácí péče, například v podobě Domova asistovaného bydlení s intenzivní péčí?
- a) určitě ANO
 - b) spíše ANO
 - c) spíše NE
 - d) určitě NE
 - e) nedovedu posoudit
20. Slyšel/a jste o odděleních Následné ventilační péče, která poskytují dlouhodobou péči a sociální zázemí pacientům s umělou plicní ventilací, kteří nemohou být propuštěni do domácí péče v programu Domácí umělé plicní ventilace?
- a) ANO
 - b) NE

PŘÍLOHA P III: Stručný přehled výsledků dotazníkového šetření pracovišť NIP
(odpověď s největším procentuálním zastoupením; vlastní zpracování)

1. Kolik let je v provozu vaše oddělení Následné intenzivní péče?

Více než 10 let – 9 ODPOVĚDÍ (64,3 %)

2. Jaká je vaše funkce na pracovišti Následné intenzivní péče?

Jiná – 6 ODPOVĚDÍ (42,9 %)

3. Jaká je délka vaší praxe na oddělení Následné intenzivní péče?

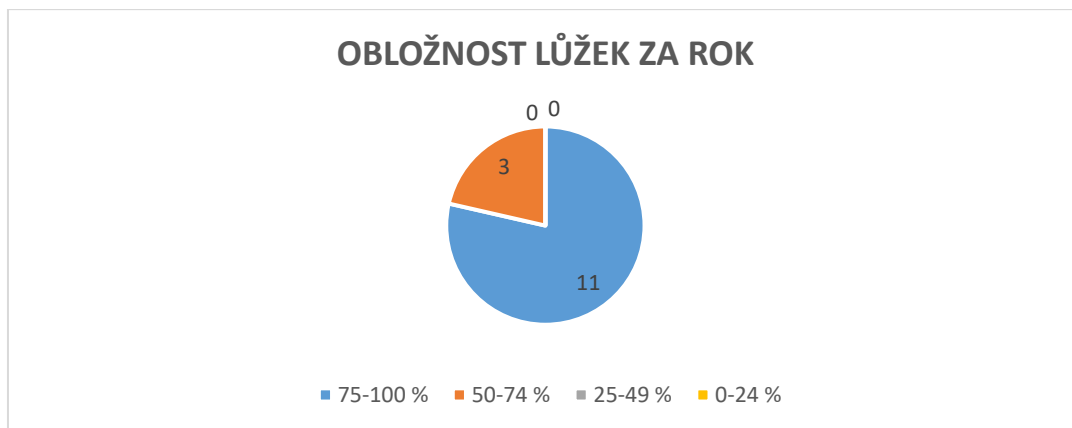
Více než 10 let – 6 ODPOVĚDÍ (42,9 %)

4. Kolika lůžek disponuje vaše oddělení Následné intenzivní péče?

Tabulka: Vyhodnocení dotazníku – Otázka č. 4, Počet lůžek NIP (vlastní zpracování)

Počet lůžek Následné intenzivní péče											
Počet	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	celkem
Odpověď	17	9	5	43	21	20	18	14	13	10	221

5. Jaká je u vás obložnost lůžek v % za rok?

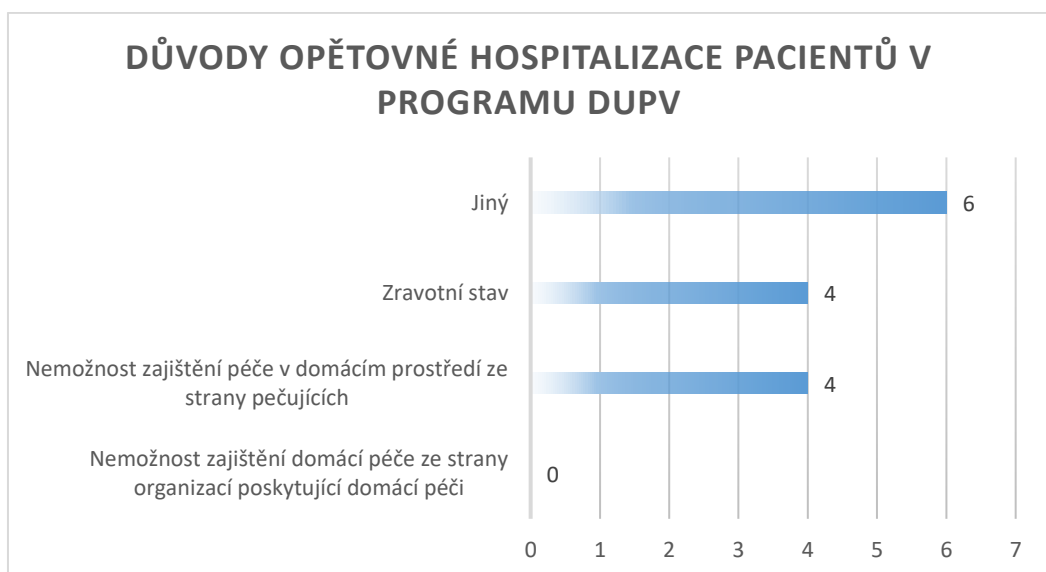


Graf: Vyhodnocení dotazníku – Otázka č. 5, Obložnost lůžek v % za rok (vlastní zpracování)

6. U kolika procent pacientů z celkového počtu pacientů za rok je indikovaná umělá plicní ventilace?

75–100 % pacientů – 13 ODPOVĚDÍ (92,9 %)

7. Zvyšuje se meziročně počet hospitalizovaných pacientů s indikací umělé plicní ventilace? ANO – 9 ODPOVĚDÍ (64,3 %)
8. Kolik procent pacientů ze všech pacientů s indikací umělé plicní ventilace za rok je NEÚSPĚŠNĚ odpojeno od ventilačního přístroje, a proto je u nich indikovaná trvalá umělá plicní ventilace?
0–24 % – 7 ODPOVĚDÍ (50 %)
9. U kolika procent pacientů za rok z celkového množství pacientů s umělou plicní ventilací je indikovaná trvalá umělá plicní ventilace?
0-24 % – 11 ODPOVĚDÍ (78,6 %)
10. Kolik procent pacientů s trvalou umělou plicní ventilací se podaří propustit do domácí péče s domácí umělou plicní ventilací ročně?
Méně než 10 % – 9 ODPOVĚDÍ (64,3 %)
11. Jak často se k vám na oddělení vracejí pacienti s domácí umělou plicní ventilací?
Vůbec – 9 ODPOVĚDÍ (64,3 %)
12. Zvyšuje se u vás návratnost pacientů s domácí umělou plicní ventilací každoročně?
NE – 13 ODPOVĚDÍ (92,9 %)
13. Jaký je nejčastější důvod opětovné hospitalizace pacientů s domácí umělou plicní ventilací?



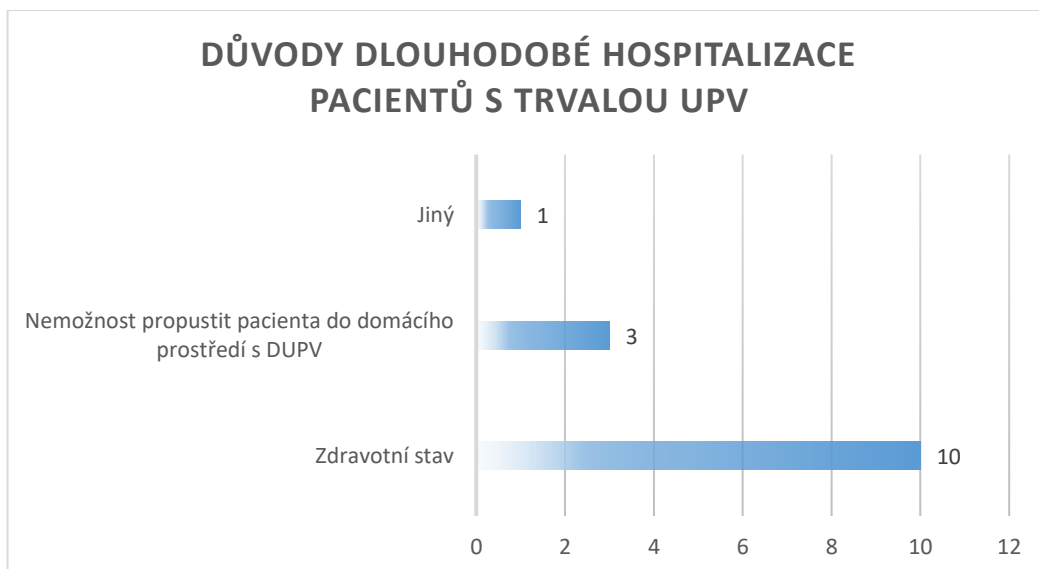
Graf: Vyhodnocení dotazníku – Otázka č. 13, Důvody opětovné hospitalizace pacientů v programu DUPV (vlastní zpracování)

14. Kolik pacientů s trvalou umělou plicní ventilací je u Vás nyní hospitalizováno déle než 90 dní?

Tabulka: Vyhodnocení dotazníku – Otázka č. 14, Počet pacientů s trvalou UPV hospitalizováno déle než 90 dní na odděleních NIP (vlastní zpracování)

Počet pacientů s trvalou UPV hospitalizováno déle než 90 dní (oddělení NIP)										
Počet	4	2	2	1	1	1	1	1	1	Celkem
Odpověď	0	10	1	8	7	6	3	2	15	63

15. Jaký je nejčastější důvod dlouhodobé hospitalizace pacientů s trvalou umělou plicní ventilací?



Graf: Vyhodnocení dotazníku – Otázka č. 15, Nejčastější důvody dlouhodobé hospitalizace pacientů s trvalou UPV (vlastní zpracování)

16. Jaký je váš názor na domácí umělou plicní ventilaci?

Velmi kladný – 9 ODPOVĚDÍ (64,3 %)

17. Myslíte si, že je dostačující péče o pacienta s domácí umělou plicní ventilací ze strany pečující osoby?

Spíše Ano, Určitě Ano = kladná odpověď – 10 ODPOVĚDÍ (71,4 %)

18. Myslíte si, že je dostačující péče o pacienta s domácí umělou plicní ventilací ze strany organizací poskytující domácí péči?

Spíše Ano, Určitě Ano = kladná odpověď – 8 ODPOVĚDÍ (57,1 %)

19. Přivítal/a byste nějaké zdravotně-sociální zařízení pro pacienty s trvalou umělou plicní ventilací, kteří nemohou být propuštěni do domácí péče, například v podobě Domova asistovaného bydlení s intenzivní péčí?

Spíše Ano, Určitě Ano = kladná odpověď – 12 ODPOVĚDÍ (85,7 %)

20. Slyšel/a jste o odděleních Následné ventilační péče, která poskytují dlouhodobou péči a sociální zázemí pacientům s umělou plicní ventilací, kteří nemohou být propuštěni do domácí péče v programu Domácí umělé plicní ventilace?

NE – 9 ODPOVĚDÍ (64,3 %)

PŘÍLOHA P IV: Dotazník pro organizace DP v programu DUPV (vlastní zpracování)

Vážené kolegyně a kolegové,

jmenuji se Ana-Iuliana Hejdová, jsem studentkou magisterského studia programu Management ve zdravotnictví na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Jelikož jste uvedeni Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR v Přehledu certifikovaných poskytovatelů odb. 925 – domácí péče pro domácí umělou plicní ventilaci, dovoluji si Vás kontaktovat a požádat o vyplnění dotazníku.

Dotazník je zcela anonymní, zabere 5–10 minut Vašeho času a slouží pouze jako podklad k vypracování mé diplomové práce na téma: Projekt zřízení Domova asistovaného bydlení s intenzivní péčí jako alternativa ústavní péče. Prosím označte vždy jen jednu odpověď nebo odpověď doplňte. Dotazník je dostupný do 15. března 2024. Odkaz pro vyplnění dotazníku naleznete zde: <https://www.surveio.com/survey/d/F6A0Y7I4D5D1F0T0J>



Vámi poskytnuté odpovědi jsou pro mě cenným zdrojem informací a předem Vám za ně děkuji.

S pozdravem

Ana-Iuliana Hejdová

1. Kolik let poskytuje vaše organizace domácí péči pacientům s domácí umělou plicní ventilací?
Doplňte: ...
2. Jaká je vaše funkce v organizaci poskytující domácí péči?
 - a) Vedoucí pracovník
 - b) Všeobecná sestra
 - c) Sociální pracovník
 - d) Jiné, uveďte: ...
3. Jaká je délka vaší praxe v domácí péči o pacienty s domácí umělou plicní ventilací?
 - a) do 1 roku
 - b) 1–4 roky
 - c) 5–10 let
 - d) více než 10 let
4. Kolika pacientům s domácí umělou plicní ventilací poskytuje nyní vaše organizace domácí péči?
Doplňte: ...
5. Zvyšuje se každoročně počet vašich pacientů s domácí umělou plicní ventilací?
 - a) ANO
 - b) NE – pokračujte otázkou č. 7
6. Pokud ANO, o kolik procent se tento počet vašich pacientů s domácí umělou plicní ventilací přibližně zvyšuje?
 - a) méně než 10 %
 - b) 10–49 %
 - c) 50–74 %
 - d) 75 a více %
7. Jak často se vaši pacienti s domácí umělou plicní ventilací vracejí do nemocničních zařízení?
 - a) velmi často
 - b) zřídka
 - c) vůbec

8. Zvyšuje se počet opětovně hospitalizovaných pacientů s domácí umělou plicní ventilací každoročně?
- a) ANO
 - b) NE
9. Jaký je nejčastější důvod návratu pacientů s domácí umělou plicní ventilací do nemocničního zařízení?
- a) Zdravotní stav pacienta
 - b) Nemožnost zajištění domácí péče ze strany pečujících
 - c) Nemožnost zajištění domácí péče ze strany organizací poskytujících domácí péči
 - d) Jiné – uveďte prosím: ...
10. Jaký je váš názor na domácí umělou plicní ventilaci?
- a) velmi kladný
 - b) spíše kladný
 - c) neutrální
 - d) spíše záporný
 - e) velmi záporný
 - f) nedovedu posoudit
11. Myslíte si, že je dostačující péče o pacienta s domácí umělou plicní ventilací ze strany pečující osoby?
- a) určitě ANO
 - b) spíše ANO
 - c) spíše NE
 - d) určitě NE
 - e) nedovedu posoudit
12. Myslíte si, že je péče o pacienty s domácí umělou plicní ventilací dostatečně zabezpečena ze strany poskytovatelů domácí péče?
- a) určitě ANO
 - b) spíše ANO
 - c) spíše NE
 - d) určitě NE
 - e) nedovedu posoudit

13. Právítal/a byste nějaké zdravotně-sociální zařízení pro pacienty z oddělení Následné intenzivní péče, kteří nemůžou být propuštěni do domácí péče v programu Domácí umělé plicní ventilace, například v podobě Domova asistovaného bydlení s intenzivní péčí?
- a) určitě ANO
 - b) spíše ANO
 - c) spíše NE
 - d) určitě NE
 - e) nedovedu posoudit
14. Slyšel/a jste o odděleních Následné ventilační péče, která poskytují dlouhodobou péči a sociální zázemí pacientům s umělou plicní ventilací, kteří nemohou být propuštěni do domácí péče v programu Domácí umělé plicní ventilace?
- a) ANO
 - b) NE

PŘÍLOHA P V: Stručný přehled výsledků dotazníkového šetření organizací DP pro DUPV (odpověď s největším procentuálním zastoupením; vlastní zpracování)

1. Kolik let poskytuje vaše organizace domácí péči pacientům s domácí umělou plicní ventilací?
Více než 10 let – 4 ODPOVĚDI (50 %)
2. Jaká je vaše funkce v organizaci poskytující domácí péči?
Vedoucí pracovník – 7 ODPOVĚDÍ (87,5 %)
3. Jaká je délka vaší praxe v domácí péči o pacienty s domácí umělou plicní ventilací?
5–10 let – 4 ODPOVĚDI (50 %)
4. Kolika pacientům s domácí umělou plicní ventilací poskytuje nyní vaše organizace domácí péči? Doplňte: ...

Tabulka: Počet klientů v programu DUPV (vlastní zpracování)

Počet klientů	Počet odpovědí	Podíl
0	2	25 %
1	1	12,5 %
2	2	25 %
9	1	12,5 %
35	1	12,5 %
40	1	12,5 %

5. Zvyšuje se každoročně počet vašich pacientů s domácí umělou plicní ventilací?
ANO – 4 ODPOVĚDI (50 %), NE – 4 ODPOVĚDI (50 %)
6. Pokud ANO, o kolik procent se tento počet vašich pacientů s domácí umělou plicní ventilací přibližně zvyšuje?
10–49 % – 3 ODPOVĚDI (75 %)
7. Jak často se vaši pacienti s domácí umělou plicní ventilací vracejí do nemocničních zařízení?
Zřídka – 8 ODPOVĚDÍ (100 %)
8. Zvyšuje se počet opětovně hospitalizovaných pacientů s domácí umělou plicní ventilací každoročně?
NE – 8 ODPOVĚDÍ (100 %)

9. Jaký je nejčastější důvod návratu pacientů s domácí umělou plicní ventilací do nemocničního zařízení?

Zdravotní stav pacienta – 8 ODPOVĚDÍ (100 %)

10. Jaký je váš názor na domácí umělou plicní ventilaci?

Spíše ANO, Určitě ANO = Kladná odpověď – 7 ODPOVĚDÍ (87,5 %)

Myslíte si, že je dostačující péče o pacienta s domácí umělou plicní ventilací ze strany pečující osoby?

Spíše ANO, Určitě ANO = Kladná odpověď – 7 ODPOVĚDÍ (87,5 %)

11. Myslíte si, že je péče o pacienty s domácí umělou plicní ventilací dostatečně zabezpečena ze strany poskytovatelů domácí péče?

Spíše ANO, Určitě ANO = Kladná odpověď – 7 ODPOVĚDÍ (87,5 %)

12. Přivítal/a byste nějaké zdravotně-sociální zařízení pro pacienty z oddělení Následné intenzivní péče, kteří nemohou být propuštěni do domácí péče v programu Domácí umělé plicní ventilace, například v podobě Domova asistovaného bydlení s intenzivní péčí?

Určitě ANO, Spíše ANO = Kladná odpověď – 8 ODPOVĚDÍ (100 %)

13. Slyšel/a jste o odděleních Následné ventilační péče, která poskytují dlouhodobou péči a sociální zázemí pacientům s umělou plicní ventilací, kteří nemohou být propuštěni do domácí péče v programu Domácí umělé plicní ventilace?

ANO – 5 ODPOVĚDÍ (62,5 %)

PŘÍLOHA P VI: Odpisy dlouhodobého hmotného majetku (vlastní zpracování)

Odepisování DHM bylo provedeno jako rovnoměrné odepisování, kdy se v prvním roce použije jiná odpisová sazba než v následujících letech. Výpočet odpisů byl proveden podle vzorce: Rovnoměrný daňový odpis = (pořizovací cena x roční odpisová sazba) / 100 . Odpisy jsou uvedeny jen po dobu 5 let od zahájení provozu. Další roky není zapotřební momentálně pro tento projekt uvádět.

Tabulka: Odpis budovy (vlastní zpracování)

Odpis budovy – 6. odpisová skupina (50 let)			
Rok odpisu	Odpis (Kč)	Oprávky (Kč)	Zůstatková cena (Kč)
1	502 860	502 860	48 797 140
2	995 860	1 498 720	47 801 280
3	995 860	2 494 580	46 805 420
4	995 860	3 490 440	45 809 560
5	995 860	4 486 300	44 813 700

Tabulka: Odpis techniky pro vytápění budovy (vlastní zpracování)

Odpis techniky pro vytápění – 3. odpisová skupina (10 let)			
Rok odpisu	Odpis (Kč)	Oprávky (Kč)	Zůstatková cena (Kč)
1	55 000	55 000	945 000
2	105 000	160 000	840 000
3	105 000	265 000	735 000
4	105 000	370 000	630 000
5	105 000	475 000	525 000

Tabulka: Odpis souboru movitých věcí – vybavení (vlastní zpracování)

Odpis souboru movitých věcí (vybavení) – 2. odpisová skupina (5 let)			
Rok odpisu	Odpis (Kč)	Oprávky (Kč)	Zůstatková cena (Kč)
1	162 800	162 800	1 317 200
2	329 300	492 100	987 900
3	329 300	821 400	658 600
4	329 300	1 150 700	329 300
5	329 300	1 480 000	0

Tabulka: Odpis malých technik(vlastní zpracování)

Odpis techniky – 1. odpisová skupina (3 roky)			
Rok odpisu	Odpis (Kč)	Oprávky (Kč)	Zůstatková cena (Kč)
1	104 700	104 700	418 800
2	209 400	314 100	209 400
3	209 400	523 500	0

PŘÍLOHA P VII: Očekávané příjmy podle různých úhrad zdravotních služeb v Kč
(vlastní zpracování)

Příjmy za zdravotní služby jsou uvedeny podle:

- a) hodnoty OD 00015,
- b) 50 % hodnoty OD 00015,
- c) odbornost 925.

Tabulka: Očekávané příjmy podle různých úhrad zdravotních služeb v Kč (vlastní zpracování)

Očekávané příjmy podle různých úhrad zdravotních služeb v Kč						
Počet klientů	Příjem od klientů/měsíc	Průměrný příspěvek na péči/měsíc		Příjem za zdravotní služby/měsíc	Celkové příjmy/měsíc	Celkové příjmy/rok
1	26 161	9 100	a)	277 436	312 697	3 752 364
			b)	138 718	173 979	2 087 748
			c)	81 536	116 797	1 401 564
2	52 322	18 200	a)	554 872	625 394	7 504 728
			b)	277 436	347 958	4 175 496
			c)	163 072	233 594	2 803 128
3	78 483	27 300	a)	832 308	938 091	11 257 092
			b)	416 154	521 937	6 263 244
			c)	244 608	350 391	4 204 692
4	104 644	36 400	a)	1 109 744	1 250 788	15 009 456
			b)	554 872	695 916	8 350 992
			c)	326 144	467 188	5 606 256
5	130 805	45 500	a)	1 387 180	1 563 485	18 761 820
			b)	693 590	869 895	10 438 740
			c)	407 680	583 985	7 007 820
6	156 966	54 600	a)	1 664 616	1 876 182	22 514 184
			b)	832 308	1 043 874	12 526 488
			c)	489 216	700 782	8 409 384
7	183 127	63 700	a)	1 942 052	2 188 879	26 266 548
			b)	971 026	1 217 853	14 614 236
			c)	570 752	817 579	9 810 948

8	209 288	72 800	a)	2 219 488	2 638 064	31 656 768
			b)	1 109 744	1 391 832	16 701 984
			c)	652 288	934 376	11 212 512
9	235 449	81 900	a)	2 496 924	2 814 273	33 771 276
			b)	1 248 462	1 565 811	18 789 732
			c)	733 824	1 051 173	12 614 076
10	261 610	91 000	a)	2 774 360	3 126 970	37 523 640
			b)	1 387 180	1 739 790	20 877 480
			c)	815 360	1 167 970	14 015 640
11	287 771	100 100	a)	3 051 796	3 439 667	41 276 004
			b)	1 525 898	1 913 769	22 965 228
			c)	896 896	1 284 767	15 417 204

PŘÍLOHA P VIII: Analýza bodu zvratu ve všech variantách úhrad zdravotních služeb
(vlastní zpracování)

Analýza bodu zvratu je uvedena ve variantách úhrad zdravotních služeb podle:

- a) OD 00015,
- b) 50 % hodnoty OD 00015 a
- c) odbornosti 925.

Tabulka: Bod zvratu ve všech variantách úhrad zdravotních služeb (vlastní zpracování)

BOD ZVRATU				
Počet klientů	Měsíční příjmy v Kč	Variabilní náklady v Kč	Fixní náklady v Kč	Celkové měsíční náklady v Kč
1	a) 312 697	8 951	1 134 798	1 143 749
	b) 173 979			
	c) 116 797			
2	a) 625 394	17 902	1 134 798	1 152 700
	b) 347 958			
	c) 233 594			
3	a) 938 091	26 853	1 134 798	1 161 651
	b) 521 937			
	c) 350 391			
4	a) 1 250 788	35 804	1 134 798	1 170 602
	b) 695 916			
	c) 467 188			
5	a) 1 563 485	44 755	1 134 798	1 179 553
	b) 869 895			
	c) 583 985			
6	a) 1 876 182	53 706	1 134 798	1 188 504
	b) 1 043 874			
	c) 700 782			
7	a) 2 188 879	62 657	1 134 798	1 197 455
	b) 1 217 853			
	c) 817 579			
8	a) 2 638 064	71 608	1 134 798	1 206 406
	b) 1 391 832			

	c)	934 376			
9	a)	2 814 273	80 559	1 134 798	1 215 357
	b)	1 565 811			
	c)	1 051 173			
10	a)	3 126 970	89 510	1 134 798	1 224 308
	b)	1 739 790			
	c)	1 167 970			
11	a)	3 439 667	98 461	1 134 798	1 233 259
	b)	1 913 769			
	c)	1 284 767			

Pro kontrolu bodu zvratu lze využít rovnici: $Q_E = FC / (P - VC)$

a) $Q_E = FC / (P - VC) = 1\,134\,798 / (312\,697 - 8\,951) = 1\,134\,798 / 303\,746 = \mathbf{3,7}$

b) $Q_E = FC / (P - VC) = 1\,134\,798 / (173\,979 - 8\,951) = 1\,134\,798 / 165\,028 = \mathbf{6,9}$

c) $Q_E = FC / (P - VC) = 1\,134\,798 / (116\,797 - 8\,951) = 1\,134\,798 / 107\,846 = \mathbf{10,5}$

V případě financování podnikatelského záměru společností ACEMA, která nabízí výši úvěru až 50 000 000 Kč za předpokladu doby splatnosti 20 let, roční úrokové míry 9,69 % a měsíční splátky 472 836 Kč, mění se výsledný bod zvratu. V tomto případě fixní náklady obsahují měsíční splátku úvěru a měsíční částku zbylých 4 milionů získaných z jiného finančního zdroje (bez úrokové financování 4 mil. Kč = 16 667 Kč měsíčně po dobu 20 let). Pro výpočet bodu zvratu lze využít již zmíněný vzorec.

$FC = \text{měsíční splátka úvěru} + \text{měsíční částka ze 4 milionů Kč} + \text{fixní náklady}$

$$FC = 472\,836 + 16\,667 + 1\,134\,798 = 1\,624\,301 \text{ Kč}$$

Hodnota bodu zvratu podle tří variant úhrad zdravotních služeb je:

a) $Q_E = FC / (P - VC) = 1\,624\,301 / (312\,697 - 8\,951) = 1\,624\,301 / 303\,746 = \mathbf{5,3}$

b) $Q_E = FC / (P - VC) = 1\,624\,301 / (173\,979 - 8\,951) = 1\,624\,301 / 165\,028 = \mathbf{9,8}$

c) $Q_E = FC / (P - VC) = 1\,624\,301 / (116\,797 - 8\,951) = 1\,624\,301 / 107\,846 = \mathbf{15,1}$

Při financování podnikatelského záměru úvěrem, může organizace při úhradách zdravotních služeb v bodě **a)** a **b)** dosáhnout pokrytí celkových nákladů a kapacita organizace je pro dosažení bodu zvratu dostatečná. Návratnost investice lze dosáhnout v horizontu 20 let. V případě hrazení zdravotní péče podle úkonů odbornosti 925 – domácí péče, by bylo vhodné až nutné upravit podnikatelský záměr nebo dotovat organizaci z jiných zdrojů.