

# **Teoretické aspekty cílů a obsahu paliativní péče a zhodnocení jejich podmínek pro poskytování v ČR**

Bc. Jolana Kijonková

---

Diplomová práce  
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta multimediálních komunikací

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta multimediálních komunikací  
Ústav marketingových komunikací  
akademický rok: 2012/2013

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Jolana Kijonková**  
Osobní číslo: **K11186**  
Studijní program: **N6202 Hospodářská politika a správa**  
Studijní obor: **Řízení netržních a sociálních služeb**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Teoretické aspekty cílů a obsahu specializované paliativní péče a zhodnocení podmínek pro její poskytování v ČR**

Zásady pro vypracování:

1. Vymezte pojmy z oblasti paliativní péče.
2. Zhodnoťte teoretické poznatky z oblasti poskytování paliativní péče v ČR.
3. Popište a analyzujte podmínky pro poskytování paliativní péče ve vybraných hospicích.
4. Navrhněte opatření ke zkvalitnění paliativní péče ve vybraných hospicích.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**MUNZAROVÁ, M.:** Eutanazie, nebo paliativní péče?. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2005, 108 stran, ISBN 80-247-1025-0.

**OCHRANA, F.;** Pavel, J.; **VÍTEK, L.** a kol. Veřejný sektor a veřejné finance. Financování nepodnikatelských a podnikatelských aktivit. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. 264 s. ISBN 978-80-247-3228-2.

**REKTOŘÍK, J.** Organizace neziskového sektoru. Základy ekonomiky, teorie a řízení..

Praha: Ekopress, s.r.o., 2010. 188 s. ISBN 978-80-86929-54-5.

**SLÁMA, O., ŠPINKA, Š.** Koncepte paliativní péče v ČR (Pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi). Praha: Cesta domů, 2004. s. 46. ISBN 978-80-239-4330-8

Vedoucí diplomové práce:

**JUDr. Libor Šnědar, Ph.D.**

Ústav regionálního rozvoje, veřejné správy a práva

Datum zadání diplomové práce:

**1. října 2012**

Termín odevzdání diplomové práce:

**19. dubna 2013**

Ve Zlíně dne 3. února 2013

doc. Mgr. Jana Janíková, ArtD.  
*děkanka*



Mgr. Ing. Olga Jurášková, Ph.D.  
*ředitelka ústavu*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské/diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská/diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému a bude dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou/diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – bakalářskou/diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské/diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské/diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Ve Zlíně 14.4.2013 .....

Jolana Kyselová  
.....  
Jméno, příjmení, podpis

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

*(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejmeně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce požítovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

*(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

*2) 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, § 35 odst. 3:*

*(3) Do práve autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užíje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztáhu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

*3) 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, § 60 Školní dílo:*

*(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

*(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

*(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díle či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*



## **ABSTRAKT**

Diplomová práce se zabývá problematikou paliativní a hospicové péče. Práce je členěna na tři části, teoretickou, praktickou a projektovou. Předmětem teoretické části jsou poznatky z oblasti paliativní péče, hospicové péče, marketingu a managementu, uvádí výňatky z mezinárodních deklarácí, souvisejících s touto problematikou. Praktická část zahrnuje analýzu vnějšího a vnitřního prostředí konkrétní organizace pomocí kvalitativního výzkumu. V části projektové je vytvořen strategický plán, jehož cílem je návrh opatření vedoucí ke zlepšení služeb hospicové péče v organizaci.

Klíčová slova: paliativní péče, hospicová péče, mezinárodní dokumenty, nezisková organizace

## **ABSTRACT**

The thesis describes issues of palliative and hospice care. It is divided into three parts - theory, practise and project part. The subject of the theoretic part consists of palliative and hospice care knowledge, marketing and management and international declaration excerpts, related to these issues. Practice part describes an analysis of the external and internal environment of a specific organization using qualitative research. In the project part, strategic plan is formulated to suggest ideas to improve hospice care in the organization.

Keywords: palliative care, hospice care, international declaration excerpts, nonprofit organization

**Poděkování:**

Velice děkuji panu JUDr. Liboru Šnédarovi, Ph.D za odborné vedení, cenné rady a podněty při zpracování diplomové práce.

Touto cestou bych ráda poděkovala Ing. Miloslavovi Běťákovi, MPH za vstřícnou spolupráci, své rodině a přátelům za podporu a trpělivost, kterou mi věnovali při studiu.

**Motto:** Nechť každý usiluje v tom prostředí, v němž žije, aby projevil svému bližnímu opravdovou lidskost, na níž záleží budoucnost lidstva.

(Albert Schweitzer)

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

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 PALIATIVNÍ PÉČE</b> .....	<b>12</b>
1.1    DEFINICE PALIATIVNÍ PÉČE.....	12
1.1.1    Základní zásady a principy paliativní péče .....	14
1.1.2    Základní cíle paliativní péče .....	15
1.2    ČLENĚNÍ PALIATIVNÍ PÉČE.....	16
1.2.1    Obecná paliativní péče .....	16
1.2.2    Specializovaná paliativní péče (SPP).....	17
<b>2 HOSPICOVÁ PÉČE</b> .....	<b>20</b>
2.1    HISTORICKÝ VÝVOJ HOSPICOVÉ PÉČE VE SVĚTĚ A V ČR.....	20
2.2    FORMY HOSPICOVÉ PÉČE V ČR.....	21
2.2.1    Domácí hospicová péče.....	21
2.2.2    Stacionární hospicová péče (denní pobyty) .....	22
2.2.3    Lůžková hospicová péče (hospic jako dům) .....	23
2.3    SPECIFIKA HOSPICOVÉ PALIATIVNÍ PÉČE.....	25
2.3.1    Standardy hospicové paliativní péče .....	25
2.3.2    Mezinárodní dokumenty související s paliativní hospicovou péčí .....	28
<b>3 MANAGEMENT A MARKETING V NEZISKOVÝCH ORGANIZACÍCH</b> .....	<b>29</b>
3.1    ČLENĚNÍ NO DLE PRVNÍCH FOREM .....	29
3.1.1    Registrované církve a náboženské společnosti .....	30
3.2    FUNDRAISING- KOMUNIKACE S DÁRCI.....	31
3.2.1    Skupiny dárců.....	32
3.3    PR- KOMUNIKACE S VEŘEJNOSTÍ.....	34
3.3.1    Prostředky PR.....	35
<b>4 SHRnutí TEORETICKÉ ČÁSTI</b> .....	<b>36</b>
4.1    METODICKÝ POSTUP PRAKTICKÉ ČÁSTI .....	36
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>38</b>
<b>5 DIAKONIE ČCE-HOSPIC CITADELA</b> .....	<b>39</b>
<b>6 SITUAČNÍ ANALÝZA HOSPICE CITADELA</b> .....	<b>40</b>
6.1    VNĚJŠÍ OBECNÉ PROSTŘEDÍ – STEP ANALÝZA .....	40
6.1.1    Sociální faktory .....	40
6.1.2    Technické faktory.....	42
6.1.3    Ekonomické faktory .....	44
6.1.4    Politické, legislativní a konkurenční prostředí .....	47
6.2    VNITŘNÍ PROSTŘEDÍ ORGANIZACE.....	52
6.2.1    Koncepce hospice.....	52
6.2.2    Organizační členění.....	52
6.2.3    Financování organizace.....	55
6.2.4    Personální oblast .....	57
6.2.5    Public relations.....	58



<b>7</b>	<b>ROZHOVOR</b> .....	<b>60</b>
7.1	ORGANIZAČNÍ ČLENĚNÍ HOSPICOVÉ PÉČE .....	60
7.1.1	Doplňující otázky k tématu: .....	60
7.2	FINANCOVÁNÍ .....	61
7.2.1	Diferenciální otázky .....	61
7.3	PERSONÁLNÍ OBLAST .....	65
<b>8</b>	<b>SHRnutí PRAKTICKÉ ČÁSTI</b> .....	<b>67</b>
<b>III</b>	<b>PROJEKTOVÁ ČÁST</b> .....	<b>69</b>
<b>9</b>	<b>NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ</b> .....	<b>70</b>
9.1	OBLASTI NAVRHOVANÝCH ZMĚN .....	70
9.1.1	Oblast legislativy .....	70
9.1.2	Možnost ve vzdělávání.....	71
9.1.3	Informovanost o poslání Citadely .....	71
9.1.4	Zaínterované strany: .....	72
9.1.5	Kritéria projektu .....	72
9.2	SWOT ANALÝZA .....	73
<b>10</b>	<b>PROJEKT PR HOSPICE CITADELA</b> .....	<b>74</b>
10.1	SOUČASNÝ STAV PR: .....	74
10.2	CÍL PROJEKTU .....	75
10.2.1	Logický rámec projektu .....	76
10.2.2	Předběžné podmínky projektu.....	79
10.2.3	Rizika projektu .....	79
10.2.4	Rozpočet projektu .....	80
<b>11</b>	<b>SHRnutí PROJEKTOVÉ ČÁSTI</b> .....	<b>83</b>
	<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>84</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>85</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> .....	<b>91</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ</b> .....	<b>93</b>
	<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>94</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>95</b>

## ÚVOD

Narození a smrt- jediné dvě jistoty v průběhu lidského života. Kvalitu života si každý člověk svým chováním může ovlivnit sám, ale dokáže ovlivnit i kvalitu umírání a smrti? Otázky spojené s koncem lidského života zajímaly člověka od pradávna, o čemž svědčí velké množství prastarých pohřebišť a předhistorických hrobů.

Lidský život je hodný obdivu a ochrany po celou dobu jeho trvání. Když jsme mladí a plní síly, neuvědomujeme si tak důrazně jeho pomíjivost, ale s přibývajícím věkem se toto vědomí hlásí čím dál naléhavěji. Nikdo z nás nemůže vědět, jak budou vypadat jeho poslední chvíle, ale doufá, že budou klidné a důstojné, což je vlastně podstatou paliativní a hospicové péče.

V průběhu života se téměř každý člověk dostane do kontaktu s umíráním a se smrtí, ať už v okruhu vlastní rodiny, nejbližšího okolí nebo třeba v práci, a tím si uvědomí, že tato otázka se týká každého z nás. I když je smrt přirozenou součástí života, pro mnohé lidi zůstává tabu, zůstává bolestivým, nepříjemným tématem, spojeným výhradně s bolestí a utrpením, a tím v nich myšlenka na umírání pochopitelně vyvolává pocity obav a strachu.

Otázka péče o umírající se v současnosti dostává stále více do popředí, celá společnost si uvědomuje její potřebnost, vzhledem k tomu, jak celková světová populace stárne. Ve světě je paliativní a hospicová péče jednou z nejmodernějších a nejrychleji se rozvíjejících forem péče. Velký podíl na tomto rozvoji má vědeckotechnický rozvoj, díky kterému v posledních desetiletích lidstvo dokázalo vyvinout moderní zařízení zachraňující lidské životy po celém světě.

Diplomová práce se skládá ze tří částí, teoretické, praktické a projektové. První část se zabývá teoretickými poznatky z oboru paliativní péče, hospicové péče, marketingu a managementu, uvádí legislativu souvisejících s touto problematikou. Část druhá zahrnuje analýzu vnějšího a vnitřního prostředí hospice pomocí kvalitativního výzkumu. Ve třetí, projektové části jsou navržena opatření, která by mohla vézt ke zkvalitnění paliativní péče v konkrétní organizaci.

Cílem práce je návrh opatření, která by mohla vézt ke zkvalitnění paliativní péče ve vybraném hospici.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 PALIATIVNÍ PÉČE

„Termín pochází z latinského *pallium* (maska, pokrytí, zakrytí pláštěm) a v této etymologii lze nalézt pravou podstatu péče paliativní. Jejím cílem je maskovat účinky neléčitelné choroby a zakrýt pláštěm ty trpící, kteří nemohou být ponecháni v chladu tehdy, pokud jim nemohlo být pomoheno léčbou kurativní. Paliativní péče zahrnuje i použití patřičných paliativních intervencí, které mohou chorobu ovlivňovat a těch, které mohou tlumit symptomy způsobené léčbou. Nejzákladnějším cílem všech zákroků je však rehabilitovat nemocného, nakolik je to jen možné, a docílit co nejlepší kvality jeho života. I v poslední fázi života se přece jedná o to, jak žít, tentokrát při umírání. Úspěchy veškerých postupů musí být často a zcela individuálně hodnoceny a dle potřeby měněny“.<sup>1</sup>

### 1.1 Definice paliativní péče

„Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života“.<sup>2</sup>

V odborné literatuře se lze setkat s celou řadou definicí paliativní péče. V roce 1990 definovala Světová zdravotnická organizace (WHO) paliativní péči jako „aktivní celkovou péči o nemocné, jejichž choroba neodpovídá na léčbu kurativní. Prvořadým úkolem je kontrola bolesti nebo jiných symptomů a psychických, sociálních a spirituálních problémů. Cílem paliativní péče je dosažení nejlepší možné kvality života pro nemocné a pro jejich rodiny“. Novější definice WHO (2002) klade větší důraz na prevenci utrpení: „Paliativní péče je takový přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin a který čelí problémům spojeným s život-ohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení; a to jeho častým zjištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních“.<sup>3</sup>

„Paliativní péče tedy znamená určitou filozofii péče (důraz na bio-psycho-socio-spirituální jedinečnost každého člověka, nerozlučná propojenost somatických a psychosociálních

---

<sup>1</sup> MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie nebo paliativní péče?*. Praha: Grada, 2005, s. 62. ISBN 80-247-1025-0.

<sup>2</sup> SLÁMA, O. L. KUBELKA a J. VORLÍČEK et al., *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007, s.25. ISBN 978-80-7262-505-5.

<sup>3</sup> MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie nebo paliativní péče?*. Praha: Grada, 2005, s. 62. ISBN 80-247-1025-0.

aspektů zdraví, nemoci a umírání), ale také konkrétní organizaci péče, která by umožnila saturaci potřeb nemocného ve všech výše zmíněných oblastech. Moderní paliativní péče si klade ambiciózní cíl: udržet dobrou kvalitu života v situaci pokročilého onemocnění. Kromě tělesných obtíží je kvalita života určena také mírou saturace potřeb v oblasti psychické, sociální a duchovní<sup>4</sup>.

„Definice obsahují všechny aspekty péče, lékařské i nelékařské, pro nemocného i jeho rodinu, a to trvale po dobu nemoci. Jinými slovy, paliativní péče může být popsána jako celková totální léčba a péče. Je zdůrazňován multidisciplinární přístup k nemocnému, ať už je péče poskytována v hospici, nemocnici nebo doma. Definice se nezmiňují o terminální péči nebo o péči o umírající, protože principy a praktická aplikace paliativní péče by měly být používány i před konečnými dny či týdny nemocného. Léčba nemocných v terminálním stavu a péče o umírající jsou dvě tváře či stadia pokračující paliativní léčby a péče, která celkově často trvá dlouhé měsíce“<sup>5</sup>.

Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu. Mezi onemocnění a stavy, které v pokročilých stádiích vyžadují paliativní péči, patří:

- Onkologická onemocnění;
- Neurovegetativní onemocnění, např. roztroušená skleróza, Parkinsonova nemoc, demence;
- Konečná stadia chronických orgánových onemocnění;
- CHOPN;
- AIDS;
- Polymorbidní geriatrickí pacienti;
- Kriticky nemocní pacienti s nevratným multiorgánovým selháváním v prostředí intenzivní péče.<sup>6</sup>

---

<sup>4</sup> SLÁMA, O., L. KUBELKA a J. VORLÍČEK et al., *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007, s.25-26. ISBN 978-80-7262-505-5.

<sup>5</sup> VORLÍČEK, Jirí a Zdeněk ADAM. *Paliativní medicína*. Praha: Grada 1998, s.48. ISBN 80-7169-437-1.

<sup>6</sup> SLÁMA, Ondřej a Štěpán ŠPINKA. Koncepce paliativní péče v ČR. In: *Cesta domů* [online]. © 2013 VIZUS [cit. 2013-03-12]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/rozvoj-paliativni-pecce-v-cr.html>

### 1.1.1 Základní zásady a principy paliativní péče

Jako základní zásady paliativní péče se uvádí:

- „Poskytuje úlevu od bolesti a jiných tíživých projevů nemoci;
- Přítakává životu a umírání pokládá za normální proces;
- Nemá za cíl smrt ani urychlovat, ani odsouvat;
- Integruje psychologické a duchovní aspekty péče o pacienta;
- Nabízí podpůrný systém, aby pomohla pacientům žít až do smrti tak aktivně, jak je to jen možné;
- Nabízí podpůrný systém, který má rodinám pomoci vyrovnat se s pacientovou nemocí a se ztrátou blízké osoby;
- Poskytuje cestou týmového přístupu pomoc odpovídající potřebám pacientů a jejich rodin, včetně poradenství při zármutku, je-li to třeba;
- Usiluje o zvyšování kvality života a může mít také pozitivní vliv na průběh nemoci;
- Je indikována od počátku nemoci ve spojení s jinými terapeutickými postupy, které mají prodloužit život, jako je chemoterapie, nebo ozařování, a zahrnuje i zkoumání potřebná k lepšímu pochopení a zvládnutí léčebných komplikací“.<sup>7</sup>

Podle O'Connorové jsou nejdůležitější hodnoty a principy paliativní péče tyto:

- zachování důstojnosti pacienta a jeho rodiny,
- účastné péči o pacienta a jeho rodinu,
- rovnoprávnosti v přístupu k paliativní péči,
- úctě k pacientovi, jeho rodině a pečovatelům,
- obhajobě vyjádřených přání pacienta, rodiny, komunit,
- snaze o dosahování výjimečné úrovně při poskytování péče a podpory,
- odpovědnosti pacientovi, rodině a širší komunitě.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> PAYENOVÁ, S., J. SEYMOUROVÁ A CH. INGLETONOVÁ. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, s. 8. ISBN 978-80-87029-25-1.

<sup>8</sup> O'CONNOR, Margaret a Aranda, SANCHIA. *Paliativní péče*. Praha: Grada, 2005, s. 12. ISBN 80-247-1295-4.

### 1.1.2 Základní cíle paliativní péče

Hlavním cílem paliativní péče je dosažení nejlepší možné kvality života pacienta, uspokojování jeho základních lidských potřeb. Potřebou rozumíme projev nedostatku, jehož odstranění je žádoucí, jelikož prožívání nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka. Lidské potřeby nejsou neměnné, vyvíjejí se a kultivují.<sup>9</sup>

V paliativní péči rozlišujeme kromě léčebných a ošetrovatelských aspektů další čtyři okruhy hospicové péče, týkající se následujících aspektů:

#### *Tělesné aspekty péče*

Odborná péče usiluje o udržení maximální mobility a funkční kapacity nemocného, zajišťuje péči o tělo- dýchání, příjem tekutin a potravy, vyprazdňování, hygienu, spánek a prevenci bolestivých stavů. Bolest, další symptomy a vedlejší účinky léčby jsou řešeny v souladu s nejlepšími známými postupy, které zahrnují farmakologické, nefarmakologické, doplňkové a podpůrné terapie. Cílem je bezpečné a včasné odstranění bolesti a dalších závažných symptomů (nauzea, zvracení, zácpa, dechová nedostatečnost, slabost a vyčerpání, nespavost, funkční omezení různého typu), případně jejich omezení na úroveň pro pacienta přijatelnou.<sup>10</sup>

#### *Psychologické aspekty péče*

Odborná psychologická péče usiluje o přiměřenou psychickou podporu pacienta v průběhu onemocnění hlavně snahou o zachování jeho lidské důstojnosti, pocitu bezpečí a jistoty. Členy pracovního týmu jsou odborníci se znalostmi a dovednostmi v oblasti prevence, diagnostiky, psychologické pomoci a odborné psychiatrické péče, kteří své služby poskytují nejen pacientům, ale i jeho nejbližším. Pravidelně jsou sledovány psychologické reakce (např. stres, obavy), psychiatrické jevy (např. deprese, úzkost, delirium, kognitivní poruchy), úroveň porozumění nemoci, způsob vyrovnávání se pacienta a jeho okolí s tíživou životní situací. Při léčbě jsou používány farmakologické, nefarmakologické a doplňkové

---

<sup>9</sup> HOSPIC. Poslání a cíle. In: *Hospic Anežky České* [online]. ]. © 2013 VIZUS [cit. 2013-02-12]. Dostupné z: <http://www.hospic.cz/poslani-a-cile.html>

<sup>10</sup> Standardy hospicové paliativní péče. In: *Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče* [online]. ]. © 2010 [cit. 2013-02-15]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/nase-projekty/standardy-kvality/>

terapie. Součástí této péče je také podpora pozůstalých po úmrtí pacienta, tato služba je dostupná po dobu nejméně 12 měsíců od úmrtí pacienta.

### ***Duchovní a existenciální aspekty péče***

V zařízení specializované paliativní péče je důsledně respektován hodnotový systém a náboženské přesvědčení každého pacienta. Pracovní tým respektuje a pomáhá zajistit náboženské a duchovní rituály podle přání pacienta a rodiny. V otázkách týkajících se konce života je pomoc nabízena způsobem odpovídajícím individuálním, rodinným, kulturním a náboženským hodnotám. Používání náboženských symbolů ve vybavení lůžkových zařízení bere ohled na kulturní a náboženské rozdíly mezi církvemi různých vyznání a také na požadavky osob bez vyznání.<sup>11</sup>

### ***Sociální aspekty péče***

Specializovaná paliativní péče usiluje o snížení nepříznivého dopadu obtížné životní situace na pacienta a jeho okolí. Součástí péče je komplexní zhodnocení sociální problematiky, zahrnující rodinné zázemí a další sociální a kulturní vazby pacienta, jeho komunikační omezení, finanční podmínky, dostupnost potřebného vybavení pro poskytování mobilní hospicové péče, možnosti dopravy do jiných zařízení. Členové týmu pomáhají pacientovi řešit praktické sociální problémy, vzniklé v souvislosti s vážným onemocněním, poskytují poradenství v oblasti státní finanční podpory, důchodového zabezpečení a posudkových řízení. Při komunikaci s pacientem berou všichni členové týmu ohled na kulturní tradice, týkající se způsobu sdělování informací, v případě potřeby používají vhodné tlumočnické služby.<sup>12</sup>

## **1.2 Členění paliativní péče**

Podle míry komplexnosti péče nutné k udržení dobré kvality života se paliativní péče dělí na obecnou a specializovanou paliativní péči.

### **1.2.1 Obecná paliativní péče**

Obecnou paliativní péčí rozumíme klinickou praxi v situaci pokročilého onemocnění,

---

<sup>11</sup> Standardy hospicové paliativní péče. In: *Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče* [online]. ]. © 2010 [cit. 2013-02-15]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/nase-projekty/standardy-kvality/>

<sup>12</sup> Tamtéž



kteřá je poskytována zdravotníky v rámci jejich jednotlivých odborností. Jejím základem je sledování, rozpoznání a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu pacientova života (léčba nejčastějších symptomů, respekt k pacientově autonomii, citlivost a empatická komunikace s pacientem a jeho rodinou, manažerská zdatnost při organizačním zajištění péče a při využití služeb ostatních specialistů, zajištění domácí ošetrovatelské péče). Tuto péči by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti.<sup>13</sup>

Faktory, ovlivňující úroveň obecné paliativní péče na úrovni zdravotního systému jako celku a na úrovni jednotlivých zdravotnických zařízení, jsou:

- Kvalita komunikace mezi pacientem a zdravotníky o diagnóze, prognóze, cílech, rozsahu léčby;
- Znalosti a dovednosti zdravotníků při řešení obtíží, spojených s nevléčitelnou nemocí;
- Kvalita ošetrovatelské péče (v lůžkových zařízeních i v domácím prostředí);
- Dostupnost léků a zdravotnických pomůcek;
- Dostupnost psychologické péče a poradenství v ambulantní i ústavní péči;
- Dostupnost pastorační a duchovní péče i poradenství v ambulantní i ústavní péči;
- Kvalita „hotelových služeb“ v lůžkových zařízeních (počet lůžek na pokojích, kvalita lůžek i ostatních pomůcek, kvalita stravy);
- Dostupnost konziliárních specialistů v paliativní péči v případě potřeby;
- Kontinuita a koordinace péče v závislosti na aktuálních potřebách pacienta;
- Svobodná možnost volby místa poskytování paliativní péče (doma nebo ve zdravotnickém zařízení, v různých typech zařízení zdravotní nebo sociální péče).<sup>14</sup>

### 1.2.2 Specializovaná paliativní péče (SPP)

Specializovaná paliativní péče je aktivní interdisciplinární péče poskytovaná pacientům, jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými znalostmi a zkušenostmi. Tento tým tvoří lékař, sestry, sociální pra-

---

<sup>13</sup> SLÁMA, Ondřej a Štěpán ŠPINKA. Koncepce paliativní péče v ČR. In: *Cesta domů* [online]. © 2013 VIZUS s. 24 [cit. 2013-03-12]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/rozvoj-paliativni-pece-v-cr.html>

<sup>14</sup> Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015. In: Česká společnost paliativní medicíny.[online].[cit. 2013-02-12]. Dostupné z: [http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/strategie\\_paliativni\\_pece\\_pripominkoverizeni\\_fin\\_prani.pdf](http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/strategie_paliativni_pece_pripominkoverizeni_fin_prani.pdf)

covník, případně psycholog, fyzioterapeut, pastorační pracovník a další odborníci. Poskytování specializované paliativní péče a konziliární činnost je hlavní pracovní náplní tohoto týmu. Specializovaná paliativní péče slouží k zajištění péče u těch nemocných, kde intenzita a dynamika obtíží převyšuje možnosti obecné paliativní péče.<sup>15</sup>

Specializovaná paliativní péče má základní organizační formy:

- a) **Hospic** je samostatně stojící speciální lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči především pacientům v preterminální a terminální fázi nevyлéčitelného onemocnění. Důraz je kladen na individuální potřeby a přání každého nemocného a na vytvoření prostředí, v němž by pacient mohl zůstat až do konce života v intenzivních vztazích se svými blízkými. Tohoto cíle je mimo jiné dosahováno snahou o osobitou a domácí atmosféru, maximálním soukromím pacientů, volným režimem návštěv a dobrou dopravní dostupností hospice.
- b) **Oddělení paliativní péče** pečuje v rámci jiných zdravotnických zařízení o nemocné, kteří potřebují komplexní paliativní péči a současně potřebují pro diagnostiku a léčbu ostatní služby a komplement nemocnice. Toto oddělení usiluje o realizaci hospicového ideálu v rámci možností daného zařízení, také slouží jako lůžková základna pro konziliární tým paliativní péče.
- c) **Specializovaná ambulance paliativní péče** zajišťuje ambulantní péči pacientům, kteří pobývají v domácím prostředí nebo v zařízení sociální péče, nezbytná je úzká spolupráce s praktickým lékařem a zařízeními obecné domácí a specializované paliativní péče. Tato ambulance někdy působí i při lůžkových hospicích, při odděleních paliativní péče v lůžkových zařízeních, případně jako součást zařízení domácí paliativní péče.
- d) **Denní stacionář paliativní péče** pomáhá řešit zdravotní problémy pacienta formou denních návštěv ve stacionáři. Současně nabízí komplexní edukační a rekreační aktivity podle potřeb a možností pacienta.
- e) **Zvláštní zařízení specializované paliativní péče** zahrnují specializované poradny a tísňové linky, zařízení určená pro určité diagnostické skupiny.

---

<sup>15</sup> Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015. In: Česká společnost paliativní medicíny.[online].[cit. 2013-02-12]. Dostupné z: [http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/strategie\\_paliativni\\_pece\\_pripominkoverizeni\\_fin\\_prani.pdf](http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/strategie_paliativni_pece_pripominkoverizeni_fin_prani.pdf)

- f) **Konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení** je forma péče, která zajišťuje interdisciplinární expertní znalost z oblasti paliativní péče v lůžkových zařízeních různého typu. Posiluje kontinuitu péče a vedle přímého ovlivnění kvality paliativní péče přispívá také k edukaci personálu ostatních oddělení. Minimální složení takového týmu je lékař, sestra a sociální pracovník.
- g) **Mobilní paliativní péče** poskytuje paliativní péči pacientům v domácím nebo náhradním sociálním prostředí pacientů formou návštěv lékaře-specialisty, sestry, ošetřovatelů, dobrovolníků, případně dalších odborníků. Garantuje trvalou dostupnost péče po 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Důležitou součástí je komplexní podpora a aktivní spolupráce rodiny pacienta a jeho blízkých.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> SLÁMA, Ondřej a Štěpán ŠPINKA. Koncepce paliativní péče v ČR. In: *Cesta domů* [online]. © 2013 VIZUS s. 24-26 [cit. 2013-03-12]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/rozvoj-paliativni-pece-v-cr.html>

## 2 HOSPICOVÁ PÉČE

Hospicová péče je péče, která nabízí nemocným v terminálním stavu a jejich blízkým účinnou pomoc, kdy už jsou prostředky klasické medicíny, síly a schopnosti nejbližšího okolí pečovat o nemocného vyčerpány. Hlavním účelem hospicové péče je maximálně zlepšit kvalitu života nemocného v jeho závěrečné fázi a umožnit důstojné umírání. Děje se tak především snižováním nebo odstraňováním bolesti a jiných nepříjemných fyzických projevů nemoci bez omezení přítomnosti nejbližší rodiny a přátel.

### 2.1 Historický vývoj hospicové péče ve světě a v ČR

Hospice (hospitium- pohostinství, přátelské přijetí, hostinec, příp. hospitis- host) existovaly již za Římské říše a ve středověku. Jednalo se o útulky nebo přístřešky při cestách, v nichž si mohli poutníci odpočinout, těhotné ženy porodit a nemocní buď se uzdravit a pokračovat v cestě, nebo v klidu zemřít.<sup>17</sup>Tato podoba hospice postupně s úbytkem poutníků a změnou životního stylu zanikla. Myšlenka znovu ožila v 18. století, kdy byl v Dublinu otevřen zvláštní typ nemocnice pro umírající, nazvaný hospic. Péče v této nemocnici odpovídala základním principům sesterské charity<sup>18</sup>.

Hospicové hnutí v dnešní podobě vzniklo ve Velké Británii v roce 1967, zásluhou Angličanky Cecilie Saundersové, zakladatelky a provozovatelky St. Christopher's Hospic v Londýně. Nemocní zde byli zaopatřeni dobrou úlevnou léčbou a péčí, spolu se svými blízkými mohli řešit různé citové a duchovní problémy, smířovat se s vlastním osudem, zbavovat se nejen bolestí tělesných, ale veškerého jiného utrpení. Navíc viděli, že nejsou ostatním na obtíž, jsou pro své blízké i pro personál důležití a jejich přechod ze života ke smrti byl tím učiněn co nejschůdnějším. Hnutí se velmi brzy rozšířilo nejen po celé Anglii, ale i do jiných zemí. V posledních dvou desetiletích došlo zejména ve vyspělých státech k velmi rychlému rozšíření paliativní a hospicové péče<sup>19</sup>.

Historie hospiců v České republice je poměrně krátká. Po roce 1989 se začaly objevovat první pokusy o zřízení hospice i u nás. Mezi prvními s touto myšlenkou přišla MUDr. Marie Opatrná, která připravovala otevření hospice v budově bývalé gynekologie

<sup>17</sup>Munzarová, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Praha: Grada, 2005, s. 69. ISBN 80-247-1025-0.

<sup>18</sup>Kupka, Martin. *Psychologické aspekty paliativní péče*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, s. 77 ISBN 978-80-244-2931-1.

<sup>19</sup>Munzarová, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Praha: Grada, 2005, s. 69. ISBN 80-247-1025-0.

v Rooseveltově ulici v Praze. Vzhledem k tomu, že informace o světovém hospicovém hnutí nebyly v té době dostatečné, setkával se projekt s nepochopením státních institucí, pojišťoven i lékařské obce, proto nakonec musel být zrušen.<sup>20</sup>

Za zakladatelku hospicové péče v České republice lze považovat MUDr. Marii Svatošovou, která v roce 1995 iniciovala založení prvního českého hospice, hospice Svaté Anežky České v Červeném Kostelci, a která pomáhala a pomáhá v zakládání hospiců dalších. Dnes již se úspěšně rozvíjejí i společnosti a občanská sdružení, propagující a uskutečňující tento druh péče<sup>21</sup>.

V současné době existují v České republice hospice v Praze, Brně, Plzni, Ostravě, Rajhradu u Brna, Litoměřicích, Valašském Meziříčí, Mostu, Prachaticích, Chrudimi, Havlíčkově Brodu, Čerčanech a Frýdku- Místku v celkovém počtu 16 zařízení s 460 lůžky.<sup>22</sup> Hospic sv. Anežky České v Červeném Kostelci se stal modelovým zařízením pro ostatní vznikající hospice a předznamenal nejčastější formu hospicového, tedy lůžkového zařízení u nás<sup>23</sup>.

## 2.2 Formy hospicové péče v ČR

V rámci specializované paliativní péče rozlišujeme tři formy hospicové péče- domácí hospicová péče, stacionární hospicová péče a lůžková hospicová péče.

### 2.2.1 Domácí hospicová péče

Pro domácí péči přichází v úvahu každý umírající, který projeví přání odejít z nemocnice nebo hospice, přičemž se může spolehnout na podporu rodiny. Pokud rodina zvolí domácí péči, je třeba jí poskytnout psychickou podporu i praktickou pomoc. Některé úkony spojené s ošetřováním se členové pečující rodiny naučí poskytovat sami za asistence zdravotníka, některé musí provádět zdravotníci Tým specializovaných pracovníků (lékařů, zdravotních sester či pečovatelek) dochází za nemocným člověkem domů, do jeho přirozeného

---

<sup>20</sup> Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015. In: Česká společnost paliativní medicíny.[online].[cit. 2013-02-12]. Dostupné z: [http://www.paliativnimedicina.cz//sites//www.paliativnimedicina.cz/files/users//simicek/strategie\\_paliativni\\_pece\\_pripominkoverizeni\\_fin\\_prani.pdf](http://www.paliativnimedicina.cz//sites//www.paliativnimedicina.cz/files/users//simicek/strategie_paliativni_pece_pripominkoverizeni_fin_prani.pdf)

<sup>21</sup>Munzarová, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Praha: Grada, 2005, s. 70. ISBN 80-247-1025-0.

<sup>22</sup> Síť zdravotnických zařízení 2011. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*. [online]. © ÚZIS ČR 2010-2013 [cit. 2013-03-10]. ISSN: 1211-1651. Dostupné z: [http://www.uzis.cz/system/files/sitzz\\_2011.pdf](http://www.uzis.cz/system/files/sitzz_2011.pdf)

<sup>23</sup> Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015. In: Česká společnost paliativní medicíny.[online].[cit. 2013-02-12]. Dostupné z: [http://www.paliativnimedicina.cz//sites//www.paliativnimedicina.cz/files/users//simicek/strategie\\_paliativni\\_pece\\_pripominkoverizeni\\_fin\\_prani.pdf](http://www.paliativnimedicina.cz//sites//www.paliativnimedicina.cz/files/users//simicek/strategie_paliativni_pece_pripominkoverizeni_fin_prani.pdf)

prostředí, a tam mu poskytují dostatečnou péči, kdy každý člen týmu má na starosti jinou činnost. Lékař domácího hospice se zaměřuje na příznaky, které se u nemocného objevují v době těžké nemoci, např. bolesti, dušnosti, nevolnosti aj. Zdravotní sestra pravidelně dochází do domácnosti a průběžně kontroluje zdravotní stav nemocného, podává mu léky, převazuje rány a poskytuje rady ohledně stravování a jiných potřeb. Pečovatelky pomáhají s péčí o nemocného. S týmem spolupracuje i psycholog a duchovní. Všichni pracovníci domácího hospice poskytují odborné poradenství v oblasti sociálně – právní, sociálních služeb a možností zdravotní péče a rovněž nabízí nemocnému a pečujícím možnost rozhovoru o nemoci a jejím vývoji.<sup>24</sup>

V České republice se v současnosti rozvíjí systém komplexní domácí péče, kde její rozsah je určován lékařem a potřebné sociální služby určuje sociální pracovník. Nejvhodnější forma domácí péče o umírající je v kompetenci hospice.<sup>25</sup> Maximální časový rozsah domácí hospicové péče odborné, hrazené ze zdravotního pojištění, je limitován v České republice na 3x denně 1 hodinu odborné péče po období, které určuje ošetřující lékař klienta. V případech zvláštního zřetele, hodných na žádost agentury domácí péče a ošetřujícího lékaře, po rozhodnutí revizního pracovníka zdravotní pojišťovny, je možné rozšířit tento časový limit na takový časový rozsah, který je bezpodmínečně nutný pro zajištění maximální kvality odborné péče v poslední fázi života klienta.<sup>26</sup> Péče bývá zprostředkována nejčastěji církevními organizacemi (Charita, Diakonie), někdy agenturami domácí péče (home care). Domácí péče bývá obvykle pro pacienta ideální, ale ne vždy možná. Omezujícím faktorem bývá nepřítomnost rodinného zázemí, naprostá vyčerpanost nejbližší rodiny, nedostatečné nebo nevyhovující bytové podmínky, náhlé zhoršení zdravotního stavu, popřípadě nedostupnost sesterské agentury<sup>27</sup>.

### 2.2.2 Stacionární hospicová péče (denní pobyty)

Stacionární hospicová péče je zdravotní a sociální péče poskytována nemocným ve stacionářích, kde je po část dne nahrazeno jejich vlastní sociální prostředím, jedná se o tzv. respitní

---

<sup>24</sup> SLÁMA, O., J. DRBAL, a J. PLÁTOVÁ, J. *Umřít doma příručka pro laické pečující*. Brno: Moravskoslezský kruh, 2008, s. 54. ISBN 978- 80- 254- 2788-0.

<sup>25</sup> HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*. Vyd. 2. Praha: Galén, 2007, 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

<sup>26</sup> MISCONIOVÁ, Blanka. *Péče o umírající - hospicová péče*. Praha: Národní centrum domácí péče ČR, 1998, s. 36, brož.

<sup>27</sup> SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospic a umění doprovázet*. Vyd. 7 dopl., Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, s. 29, ISBN: 978-80-7195-580-1.

péči. Tato forma hospicové péče znamená, že pacient je přijat ráno do hospicového stacionáře a odpoledne či k večeru se vrací zpět domů; tato forma je vhodná pouze pro pacienty, kteří bydlí v místě nebo v blízkém okolí hospicového stacionáře; doprava nemocného může být zajištěna rodinou i samotným hospicem.<sup>28</sup> V určité fázi onemocnění je právě tento způsob péče nejvhodnějším řešením. Důvodů může být několik:

- Diagnostický důvod: bolest, kterou se doma nepodařilo zvládnout, je potřeba lépe kontrolovat;
- Léčebný důvod: např. za účelem aplikace chemoterapie a jiné paliativní léčby;
- Psychoterapeutický důvod: rodina není schopna otevřené komunikace, zaměstnanci hospice jsou schopni s pacientem otevřeně hovořit;
- Azylový důvod: bývá častým důvodem, rodina nebo pacient mohou cítit potřebu si od sebe na určitý čas odpočinout; tímto způsobem může být zabráněno vyčerpání nejbližší rodiny nebo hrozícím konfliktům<sup>29</sup>.

Stacionární hospicová péče je poskytována v Onkologickém centru v Praze a v Onkologickém ústavu na Žlutém kopci v Brně. Ambulantní formy hospicové péče zajišťují Centra pro tlášení bolesti, která lze najít téměř při všech fakultních nemocnicích. V ČR je také 66 ambulancí či center léčby bolesti, které však nenabízejí komplexní specializovanou paliativní péči.<sup>30</sup>

### 2.2.3 Lůžková hospicová péče (hospic jako dům)

Tento typ péče bývá poskytován nemocnému, kterého choroba přímo ohrožuje na životě, potřebuje paliativní, především symptomatickou léčbu a momentálně nepotřebuje akutní nemocniční péči a nestačí nebo nevyhovuje péče domácí. Do hospice jsou přijímáni pouze ti nemocní, u nichž je smrt očekávána v časovém horizontu max. 6 měsíců. Nemocný bývá hospitalizován na základě vlastní žádosti, kdy součástí žádosti musí být vždy svobodný informovaný souhlas pacienta. Nemocný musí být také informován o tom, že v hospici

---

<sup>28</sup> SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. Vyd. 5. dopl., Praha: Ecce Homo, 2003, s. 127-131. ISBN 80-902049-4-5.

<sup>29</sup> Kupka, Martin. *Psychologické aspekty paliativní péče*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, s. 79. ISBN 978-80-244-2931-1.

<sup>30</sup> MISCONIOVÁ, Blanka. *Péče o umírající - hospicová péče*. Praha: Národní centrum domácí péče ČR, 1998, s. 36. brož.

bude pokračovat léčba paliativní, tedy hlavně symptomatická, ale nemůže očekávat léčbu, která se ukázala být neúčelně zatěžující a neefektivní.<sup>31</sup>

Režim hospice je orientován na zajištění psychické podpory, materiálního a sociálního komfortu umírajícím, prioritou je mírnit utrpení fyzické, psychické i sociální. Péče je poskytována multidisciplinárním týmem, který zahrnuje lékaře, sestry, rehabilitační pracovníky, sociální pracovníky, psychologa, duchovního a pečovatele.<sup>32</sup> Denní režim hospice se plně přizpůsobuje nemocnému, návštěvy mohou být kontinuální, 24 hodin denně, 365 dní v roce, jediným omezením je stav pacienta. Ve většině případů bývá pacient ubytován na jednolůžkovém pokoji s přistýlkou, která je určena pro přespání nejbližší rodiny, pokud je nemocný ubytován na pokoji dvojlůžkovém, může rodina použít pokoje, které má hospic pro tyto účely k dispozici. Nemocný si sám určuje průběh celého dne, záleží jen na něm, v kolik hodin vstane, co bude jíst a co bude dělat v průběhu celého dne, je limitován pouze svým zdravotním stavem. Nemocný může kdykoliv opustit budovu hospice, třeba v doprovodu rodinného příslušníka nebo dobrovolníka. K pohodě v hospici mohou přispět i různé kulturní akce, výstavy obrazů, krátké koncerty, písničky na přání, dětská vystoupení.<sup>33</sup>

Podle potřeb nemocného mohou být v různých fázích nemoci využity všechny tři formy hospicové péče, mohou se vzájemně překrývat. Při volbě adekvátní formy hospicové péče pro konkrétního pacienta by měly být pečlivě a odpovědně zváženy všechny argumenty a protiargumenty hovořící ve prospěch očekávané kvality života umírajícího klienta. Základním kritériem by měla být pacientova svobodná volba příslušné formy hospicové péče.<sup>34</sup>

---

<sup>31</sup> VORLÍČEK, Jiří a Zdeněk ADAM. *Paliativní medicína*. Praha: Grada 1998, s.450-451. ISBN 80-7169-437-1.

<sup>32</sup> NÁRODNÍ CENTRUM DOMÁCÍ PÉČE ČESKÉ REPUBLIKY. Hospicová péče. *Domaci pece.info* [online]. J. © 2006 [cit. 2013-03-15]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/hospicova-pece1>

<sup>33</sup> VORLÍČEK, Jiří a Zdeněk ADAM. *Paliativní medicína*. Praha: Grada 1998, s.452-453. ISBN 80-7169-437-1.

<sup>34</sup> NÁRODNÍ CENTRUM DOMÁCÍ PÉČE ČESKÉ REPUBLIKY. Hospicová péče. *Domaci pece.info* [online]. J. © 2006 [cit. 2013-03-15]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/hospicova-pece1>



## 2.3 Specifika hospicové paliativní péče

Umírání a blížící se smrt je citlivou součástí každého životního cyklu. Hlavním úkolem a cílem hospicové péče je tedy vzájemné propojení a uspokojení psychosociálních, finančních, mezilidských, zdravotních a duchovních aspektů v péči o nemocného.

### 2.3.1 Standardy hospicové paliativní péče

Veškeré práva a povinnosti poskytovatele hospicové péče v ČR jsou přesně zakotveny v dokumentu „Standardy hospicové paliativní péče“, připravené pracovní skupinou MZČR ve spolupráci s „Asociací poskytovatelů hospicové a paliativní péče“ (APHPP) v roce 2006. Pro výběr vhodné péče je možné použít registr poskytovatelů specializované paliativní péče spravovaný APHPP, který kromě informací o jednotlivých zařízeních monitoruje aktuální volnou kapacitu jednotlivých zařízení. Zahájení poskytování péče je možné uskutečnit akutně nebo v průběhu několika dní, na základě žádosti vyplněné ošetřujícím lékařem. O zahájení poskytování péče rozhoduje poradní tým jednotky specializované paliativní péče po posouzení, zda uchazeč splňuje přijímací kritéria.<sup>35</sup> Jestliže uchazeč splňuje přijímací kritéria, dochází k podepsání smlouvy o poskytování hospicové paliativní péče. V této smlouvě by měly být přesně specifikovány veškeré požadavky pacienta, rozsah poskytované péče, způsoby a podmínky pro ukončení služby, postupy při nedodržování podmínek stanovených v dohodě a způsob, kterým lze dohodu měnit.

#### *Plán hospicové péče*

Po upřesnění individuálních potřeb a požadavků pacienta a zjištění informací o zdravotním stavu přistupuje multidisciplinární tým k vytvoření individuálního plánu hospicové péče. Tento plán vychází z celkového zhodnocení stavu, schopností a preferencí pacienta a jeho blízkých, a je pravidelně upravován tak, aby odpovídal specifickým potřebám pacienta v každé fázi onemocnění. Veškerá diagnostická, léčebná a ošetrovatelská opatření jsou indikována s ohledem na jejich dopad na kvalitu života pacienta. Přejít pacienta do terminální fáze nemoci je zaznamenán a vhodným způsobem oznámen pacientovi a jeho blízkým. Velmi důležitou složkou činnosti hospicového týmu je kromě poskytování odborné

---

<sup>35</sup> Standardy hospicové paliativní péče. In: *Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče* [online]. © 2010 [cit. 2013-02-15]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/nase-projekty/standardy-kvality/>

lékařské péče a odborného ošetrovatelského procesu i péče o blízké umírajícího v době jeho terminálního stavu a následně po úmrtí. Součástí ukončení péče je pak interdisciplinární zpětné zhodnocení poskytované péče, jehož výsledky jsou písemně zaznamenány a využívány při zkvalitňování poskytované péče.<sup>36</sup>

### ***Dokumentace vedená o pacientovi***

System řízení dokumentace v rámci hospice by měl zajistit průběžné zaznamenávání veškerých léčebných, ošetrovatelských a pečovatelských postupů, včetně poskytované podpory psychologické a sociální. Vedení zdravotnické dokumentace a nahlížení do ní úzce souvisí s mlčenlivostí zdravotníků a s ochranou soukromí pacientů. Dokumentace obsahuje citlivé údaje o zdravotním stavu fyzických osob, přístup pacienta a dalších osob a zacházení s ní je upraveno obecně závaznými právními předpisy.<sup>37</sup>

### ***Personální zabezpečení hospicové péče***

Specializovaná paliativní péče je poskytována týmem pracovníků různých profesí formou interdisciplinární spolupráce. Cílem jejich práce je naplňování fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb pacienta a jejich blízkých, vzhledem k charakteru jejich práce proto jsou kladeny velké požadavky na jejich osobnostní předpoklady. Každý člen týmu by měl mít schopnost týmové spolupráce, vhodnou motivaci k práci, profesionální, ale zároveň i lidský, přístup k pacientovi a jeho blízkým, velkou schopnost komunikace, empatii, samostatnost v rozhodování, schopnost řešení krizových situací, psychickou stabilitu a schopnost vyrovnat se s umíráním a smrtí. Členové pracovního týmu jsou kromě lékařů různých specializací, sester a ošetrovatelů i sociální pracovník, dietní sestra, psycholog, psychiatr, duchovní, odborníci na různé terapie a dobrovolníci, kteří plní úkoly týkající se nejen pacientů, ale také vzájemně mezi sebou, je tedy nezbytně nutné, aby se vzájemně podporovali, a tak napomáhali k vnitřnímu růstu. V profesním týmu najdou uplatnění nejen

---

<sup>36</sup> Standardy hospicové paliativní péče. In: *Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče* [online]. © 2010 [cit. 2013-02-15]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/nase-projekty/standardy-kvality/>

<sup>37</sup> ČESKO. Zákon č. 101 ze dne 4. dubna 2000 o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů (zákon o ochraně osobních údajů). In: *Sbírka zákonů České republiky, Portál veřejné zprávy* [online]. © 2013 Ministerstvo vnitra [cit. 2013-03-15]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=49228&nr=101~2F2000&rpp=15#local-content>

specifické znalosti a dovednosti, ale i zkušenosti se zacházením s umírajícím a jeho příbuznými, potřebné pro citlivé vnímání těžkostí klientů a pro jejich ulehčení.<sup>38</sup>

Mezi členy pracovního týmu patří:

- Lékaři - internisté, onkologové a psychologové, jejich náplní je vedení a koordinace činnosti hospice na úseku léčebné a preventivní péče;
- Zdravotní sestra - její náplň práce spočívá v poskytování ošetrovatelské péče, ve spolupráci s lékařem se podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči, na poskytování sociální pobytové odlehčovací služby, jestliže disponuje potřebnou kvalifikací, může poskytovat služby odborného poradenství;
- Sociální pracovník - je součástí každého hospicového týmu, jeho profesionální hodnoty, znalosti, dovednosti a praktické perspektivy umožňují vysoce kvalitní hospicovou péči, je odborník na spolupráci, školený se zřetelem na týmové, komunikační a konflikty odkládající schopnosti;
- Duchovní – jeho spolupráce je nezbytná a nezastupitelná, očekává se od něj, že bude dobrým psychologem a bude spontánně pomáhat věřícím i nevěřícím;
- Fyzioterapeut;
- Dietní sestra,<sup>39</sup>
- Dobrovolník - bez nároku na finanční odměnu poskytuje svůj čas, svou energii, vědomosti a dovednosti ve prospěch ostatních lidí či společnosti, je pro hospice velmi důležitý a nepostradatelný.<sup>40</sup>

Pro zajištění řádného provozu hospice musí být zaměstnány i další profese nezdravotnického personálu, které tvoří zabezpečující tým. Jedná se o profese manažerské, ekonomické, technicko-hospodářské, o pracovníky stravovacího provozu, prádelny, úklidu, údržby, recepce atd. Vlastní personální složení zabezpečovacího týmu odpovídá specifickým podmínkám každého zařízení.<sup>41</sup>

---

<sup>38</sup> STUDENT, J., CH. MUHLUM, a U. STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha: H and H, 2006, s. 51-53. ISBN 80-73-19-059-1.

<sup>39</sup> Tamtéž

<sup>40</sup> TOŠNER, Jiří a Olga SOZANSKÁ. *Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích*. Praha: Portál, 2006, s. 35. ISBN 80-7367-178-6.

<sup>41</sup> Standardy hospicové paliativní péče. In: *Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče* [online]. © 2010 [cit. 2013-02-15]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/nase-projekty/standardy-kvality/>

### *Vzdělávání pracovníků poskytující hospicovou péči*

Vzdělávání nelékařských pracovníků v oboru paliativní a hospicové péče (zdravotní sestry, ošetřovatelé, fyzioterapeuti, sociální pracovníci atd.) vychází v ČR ze znění Zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, který přesně specifikuje požadavky na požadované profesní vzdělání pracovníků. Vedení hospice by mělo pro každého člena pracovního týmu vytvořit plán osobního rozvoje, na základě kterého by byl zařazován do systému dalšího vzdělávání. Jelikož náročná práce může mít emocionální dopad na členy týmu, měla by jim být dostupná emocionální a psychologická podpora ve formě pravidelných schůzek a supervizí za účelem zhodnocení a eliminování negativního dopadu péče o nemocné na jednotlivé členy týmu. Členům týmu by měly být trvale dostupné informační zdroje a mělo by jim být umožněno průběžné profesní doškolování v klíčových oblastech paliativní péče.<sup>42</sup>

### **2.3.2 Mezinárodní dokumenty související s paliativní hospicovou péčí**

V současné době již existuje řada dokumentů, které obhajují nenaplněná práva nevléčitelně nemocných a umírajících a jsou zároveň návodem k tomu, jak tato práva naplňovat. Mezi tyto dokumenty např. patří: Všeobecná deklarace lidských práv, Charta práv umírajících, Lisabonská deklarace o právech nemocných, Korejská deklarace o hospicové a paliativní péči. Taktéž doporučení Výboru ministrů Rady Evropy, Evropská charta pacientů seniorů či deklarace práv onkologických pacientů.<sup>43</sup> Je důležité si uvědomit, že uvedené dokumenty chrání ať už přímo či nepřímo práva umírajících, zároveň vyzývají vlády všech zemí k jejich naplňování.

Výňatky z uvedených dokumentů, které se terminálně nemocných a umírajících bezprostředně týkají, jsou součástí přílohy (příloha č. I).

---

<sup>42</sup> Standardy hospicové paliativní péče. In: *Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče* [online]. © 2010 [cit. 2013-02-15]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/nase-projekty/standardy-kvality/>

<sup>43</sup> UMÍRÁNÍ. Dokumenty. *Umirani.cz* [online]. © 2013 VIZUS [cit. 2013-03-10]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/dokumenty.html>

### 3 MANAGEMENT A MARKETING V NEZISKOVÝCH ORGANIZACÍCH

Role neziskových organizací je ve společnosti a ekonomice státu jiná, než role komerčních -ziskových subjektů nebo samotné veřejné správy. Na rozdíl od subjektů ziskového sektoru, které podnikají za účelem dosažení zisku, musí subjekty v neziskovém sektoru získávat prostředky pro svou činnost pomocí přerozdělovacích procesů (z veřejných financí). Cílem tohoto sektoru není zisk ve finančním smyslu, ale dosažení užitku, který má většinou podobu veřejné služby.

Pro svoji činnost potřebují NO základní podmínky a to mít finanční prostředky, pracovní sílu a mít řízení, neboť musí v rovině formální řešit stejné problémy jako podniky ziskové, protože zdroje nezbytné k realizaci stanoveného poslání a cílů mohou ovlivnit kvalitu a rozsah poskytovaných služeb. Management a marketing se v době táhlé ekonomické krize stává prioritní oblastí ve zvyšování schopností a dovedností lidí v neziskovém sektoru, právě proto, aby byli schopni se na trhu udržet a být konkurenceschopní.

#### 3.1 Členění NO dle prvních forem

Neziskové organizace můžeme členit podle různých kritérií a to: podle zakladatele a právní formy, členství, charakteru poslání, typu činností a způsobu financování.<sup>44</sup> Nejvhodnější rozdělení organizací působících v neziskovém sektoru do pěti skupin:

- **Neziskové soukromoprávní organizace vzájemně prospěšné** – zde patří občanské sdružení, zájmová sdružení právnických osob, sdružení bez právní subjektivity, tj. sdružení na základě smlouvy o sdružení osob a profesní komory.
- **Neziskové soukromoprávní organizace veřejně prospěšné** – jako jsou obecně prospěšná společnost, nadace nadační fondy, registrované církve a náboženské společnosti, politické strany a politická hnutí.
- **Neziskové veřejnoprávní organizace typu organizačních složek a příspěvkových organizací státu, krajů a obcí.**

---

<sup>44</sup> BAČUVČÍK, Radim. *Marketing neziskových organizací*. Zlín: VeRBuM, 2010, s. 48-49. ISBN 978-80-87500-01-9.

- **Neziskové ostatní veřejnoprávní organizace**- český rozhlas a česká televize, vysoká škola, státní fondy, česká národní banka, všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
- **Neziskové soukromoprávní organizace typu obchodních společností a jim podobných**- organizace typu obchodních společností, společenství vlastníků jednotek (bytových).<sup>45</sup>

V dalších částech práce se budu zabývat neziskovou organizací, konkrétně hospicem, jejímž zřizovatelem je církevní společenství, proto v následující kapitole bude více rozebrána její právní forma.

### 3.1.1 Registrované církve a náboženské společnosti

Církev je společenství osob založené za účelem vyznávání náboženské víry, s vlastní strukturou, orgány a vnitřními předpisy.<sup>46</sup>

Základními normami upravující vztah státu a církvi je Listina základních lidských práv a svobod. Vznik, existence a zánik společnosti je řízen zákonem č. 3/2002 Sb., o svobodě náboženského vyznání a postavení církvi a náboženských společností. Tento zákon určuje působnost Ministerstva kultury, které v souladu s jeho zněním registruje a eviduje církevní a náboženské společnosti (CNS) a církevní právnické osoby.<sup>47</sup>

Návrh k registraci CNS podávají nejméně tři fyzické osoby (občané ČR nebo cizinci s trvalým pobytem v ČR) starší 18 let. Návrh musí mimo základní dokument obsahovat taktéž seznam 300 podpisů zletilých osob, které se k dané církvi hlásí.<sup>48</sup>

Výkon činností, uvedených ve zmiňovaném zákoně, musí být součástí stanov společnosti, současně nesmí být v rozporu s ústavou, nesmí ohrožovat bezpečnost občanů a veřejný pořádek.

---

<sup>45</sup> REKTOŘÍK, Jaroslav a kolektiv. *Organizace neziskového sektoru*. Vyd. 2 Praha: Ekopress, s.r.o., 2007, s. 52-69. ISBN 978-80-86929-25-5.

<sup>46</sup> BAČUVČÍK, Radim. *Marketing neziskových organizací*. Zlín: VeRBuM, 2010, s. 52. ISBN 978-80-87500-01-9.

<sup>47</sup> REKTOŘÍK, Jaroslav a kolektiv. *Organizace neziskového sektoru*. Vyd. 2 Praha: Ekopress, s.r.o., 2007, s. 55. ISBN 978-80-86929-25-5

<sup>48</sup> REKTOŘÍK, Jaroslav a kolektiv. *Organizace neziskového sektoru*. Vyd. 2 Praha: Ekopress, s.r.o., 2007, s. 56. ISBN 978-80-86929-25-5

Takto vzniklé církve mohou dále zřizovat nezávisle na státních orgánech účelová zařízení církví, jako jsou diakonie, charity a další. Pomineme-li strukturu práv a povinností vyplývají z právní formy těchto společností, platí pro ně stejné zákony jako pro neziskové organizace s podobnými aktivitami.<sup>49</sup>

Hospodaření církví a náboženských společností má zejména následující zdroje příjmu:

- příspěvek od státu
- dotace
- vlastní příjmy (sbírky, dary členů nebo vlastní hospodářská činnost)<sup>50</sup>

Vlivy prostředí nutí i církevní společnosti využívat moderních marketingových přístupů k udržení kvalitní poskytované služby.

### 3.2 Fundraising- komunikace s dárci

Fundraising je možné ho charakterizovat jako získávání prostředků, které má pomoci především neziskovým organizacím zbavit se nedostatku prostředků. Zahrnuje různé metody a postupy, jak získat finanční a jiné prostředky na činnost neziskových organizací. Ty bývají a měly být v neziskových organizacích nejpropracovanější oblastí komunikaci. Pracovníci neziskových organizací se snaží v této oblasti dále vzdělávat a využívat nových technik, protože na jejich úspěšnosti při rozšiřování zdrojů financování často závisí samotná existence jejich organizací.

Fundraising ovšem zdaleka neznamena pouze získávání peněz, kromě finančních a hmotných darů se jedná také o lidskou práci a čas, jméno nebo značku, popřípadě prostory a zázemí.<sup>51</sup>

Fundraising je komunikací s donátory, přičemž pojem donátor zastřešuje všechny formy dárcovství, ať už je povahy altruistického nebo egoistického charakteru, popřípadě samotného sponzoringu.<sup>52</sup>

---

<sup>49</sup> BACHMANN, Pavel, *Management neziskové organizace*, Hradec Králové: Gaudeamus, 2011, s. 57-52. ISBN 978-80-7435-130-3

<sup>50</sup> REKTORÍK, Jaroslav a kolektiv. *Organizace neziskového sektoru*. Vyd. 2 Praha: Ekopress, s.r.o., 2007, s. 56. ISBN 978-80-86929-25-5

<sup>51</sup> REKTORÍK, Jaroslav et al. *Organizace neziskového sektoru*. Vyd. 2 Praha: Ekopress, s.r.o., 2007, s. 93. ISBN 978-80-86929-25-5.

<sup>52</sup> BAČUVČÍK, Radim. *Marketing neziskových organizací*. Zlín: VeRBuM, 2010, s. 108. ISBN 978-80-87500-01-9.

### 3.2.1 Skupiny dárců

#### *Individuální dárcovství*

Není u nás příliš rozšířeno, česká společnost není příliš kolektivistická a netíhne ke komunitní tradici. Drobní dárci věnují většinou malý příspěvek, náklady na získání tohoto příspěvku jsou obvykle vysoké, proto musí být oslovena relativně velká skupina lidí, u kterých se jednorázové dárcovství změnilo na pravidelné. V případě tohoto způsobu dárcovství se jedná o dar finanční, hmotný, dar vlastní práce nebo času, propůjčení svého jména, případně zprostředkování darů dalším osobám, v nejlepším případě odkázání majetku závětí. Nejvýznamnějším důvodem, proč se lidé stávají dárci, může být starost a péče o okolí, důvodem může být i povinnost, pocit viny a tlak okolí, osobní zkušenost a možnost snížení daňového základu. Komunikace s touto skupinou dárců bývá řešena osobní žádostí (plošné oslovení domácností dopisem), informacemi v masmédiích nebo na internetových stránkách, pořádáním veřejné sbírky.<sup>53</sup>

#### *Firemní dárcovství*

I zde o případném daru rozhodují konkrétní lidé, vše záleží na posouzení manažera nebo kolektivu. Důvodem dárcovství bývají motivy společenské zodpovědnosti nebo podnikového občanství, ze kterých firma ovšem také profituje- aktivity dlouhodobých PR, snaha o snížení daňového základu. Obvykle se jedná o dar formou finančních prostředků, hmotného daru, služby, garance projektu vlastním jménem a zprostředkování darů ostatním podnikům. Komunikace s firemními dárci by měla směřovat k vytváření dlouhodobých partnerství a pravidelné podpoře.<sup>54</sup>

#### *Nadace a nadační fondy*

Jedná se o filantropické instituce, zřízené za účelem podpory konkrétních dobročinných projektů. Jedním z hlavních zdrojů financování neziskových organizací jsou prostředky z grantů, které mají podobu finanční, mohou se vyskytovat i dary hmotné. V některých případech nadace zcela cíleně neposkytují peníze a samy nakupují předměty, na jejichž zakoupení organizace žádala prostředky. Podpora nadací se zaměřuje na projekty, nikoliv

---

<sup>53</sup> BAČUVČÍK, Radim. *Marketing neziskových organizací*. Zlín: VeRBuM, 2010, s. 108-112. ISBN 978-80-87500-01-9.

<sup>54</sup> BAČUVČÍK, Radim. *Marketing neziskových organizací*. Zlín: VeRBuM, 2010, s. 120-126. ISBN 978-80-87500-01-9.



na běžnou činnost, podporované projekty by měly zlepšovat služby organizace a tím přispívat jejich cílovým skupinám. Většina nadací vypisuje s určitou frekvencí grantová řízení s definovaným tématem podpory a částkou, která je k dispozici, do kterých se mohou žadatelé přihlásit. Velkou pozornost ovšem musí organizace věnovat sestavení projektu, protože častým důvodem zamítnutí grantu bývají formální a věcné chyby ve finančním plánu. Důraz při hodnocení žádosti o grant je kladen především na stručnost, konkrétnost, průhlednost, pravdivost, atraktivitu, originalitu, jedinečnost a nenapodobitelnost řešení problému. Motivace nadací jsou jiné než motivace firemních dárců, souvisí zejména s image nadace.<sup>55</sup>

### ***Veřejná správa (státní správa a místní samospráva)***

Podpora institucí veřejné správy má nejčastěji podobu finančních příspěvků, ovšem na nižších úrovních veřejné správy (kraje, obce) vzniká více možností- pronájem prostor v majetku obce, garance obce při jednání s jinými subjekty atd. Marketingová komunikace s orgány veřejné správy je do značné míry formalizována, dotační řízení kopírují strukturu marketingového plánu a žádosti o grant, pro posuzovatele bývá nejdůležitější částí finanční plán. Dotační řízení bývají zpravidla vypisovány jednou do roka, k hodnocení bývají zvány osoby z jiných regionů, bývá sledován inovativní charakter projektů.<sup>56</sup>

### ***Dobrovolníci***

Mají v neziskové organizaci zvláštní postavení. Dobrovolná práce může být mnohdy cennějším darem než finanční nebo hmotný příspěvek. Některé organizace využívají služeb dobrovolníků sporadicky, jiné jsou na dobrovolnících závislé a nepotřebují placené zaměstnance (Skaut, Sokol, Hnutí Duha, YMCA). Práce dobrovolníků má různé formy využití, jedná se o realizaci služeb pro klienty, kancelářské a administrativní práce, práce ve výborech a orgánech neziskových organizací, realizace propagačních aktivit. Motivace lidí k dobrovolné práci se liší, ale jsou podobné motivacím k dárcovství, patří sem především pocit povinnosti, soucit, snaha o uznání, osamělost a potřeba společenského kontaktu. Jako dobrovolníci častěji pracují ženy, mladí lidé a senioři. Nejjednodušším způsobem, jak zís-

---

<sup>55</sup> BAČUVČÍK, Radim. *Marketing neziskových organizací*. Zlín: VeRBuM, 2010, s. 120-126. ISBN 978-80-87500-01-9.

<sup>56</sup> BACHMANN, Pavel, *Management neziskové organizace*, Hradec Králové: Gaudeamus, 2011, s. 256. ISBN 978-80-7435-130-3

kat dobrovolníky, je oslovení některé z dobrovolnických agentur, které jsou akreditovány ministerstvem vnitra. Podle množství dobrovolníků, které organizace potřebuje, může zvolit oslovení individuální nebo hromadné (výzva v médiích). Snaha neziskové organizace by měla směřovat ke vzájemné spolupráci delšího trvání, volbou vhodné motivace a odměňování dobrovolníků.<sup>57</sup>

### 3.3 PR- komunikace s veřejností

PR jsou techniky a nástroje, pomocí kterých společnost buduje a udržuje vztahy se svým okolím a s veřejností, nahlíží na její postoje a snaží se je ovlivňovat. Jedná se o dlouhodobou cílevědomou činnost, která by měla kromě poskytování informací veřejnosti zajišťovat i získávání zpětné vazby a dalších zpráv od veřejnosti.

Za cílové skupiny PR se pro neziskové organizace považují:

- Vnitřní veřejnost (zaměstnanci, členové...)
- Vnější veřejnost (významný je jejich kontrolní a lobbovací efekt)
- Donátoři
- Legislativci
- Média (jako zprostředkovatelé komunikace, ev. determinant cílových skupin)

Důležitým aspektem PR je obousměrnost komunikace, je důležitou složkou sociální komunikace a kontroly. PR se soustřeďuje na dlouhodobé cíle jako je image, vztahy a komunikace s cílovými skupinami. PR je často zaměňováno s reklamou, ale reklama má jednosměrný a krátkodobý dopad. Reklama i PR působí na širokou veřejnost, ale reklama pro svou komunikaci s veřejností využívá zásadně masových médií (televize, tisk, rozhlas, internet, venkovní reklama), zatímco PR komunikuje i jinými prostředky.<sup>58</sup> Např. svými publikacemi, eventmarketingem, příznivými zprávami o své společnosti, veřejnými vystoupeními, mediální identitou, vztahy s komunitou, časopisem společnosti apod. Některé techniky budou blíže popsány.

---

<sup>57</sup> BAČUVČÍK, Radim. *Marketing neziskových organizací*. Zlín: VeRBuM, 2010, s. 126-132. ISBN 978-80-87500-01-9.

<sup>58</sup> BAČUVČÍK, Radim. *Marketing neziskových organizací*. Zlín: VeRBuM, 2010, s. 126-132. ISBN 978-80-87500-01-9.

### 3.3.1 Prostředky PR

#### *Mediální identita*

Jakákoliv společnost potřebuje vizuální identitu, kterou je veřejnost schopna ihned rozeznat (corporate identity). Je zprostředkována pomocí firemního loga, hlavičkových papírů, brožur, nápisů. Ústředním místem pro sebe prezentaci společnosti jsou její internetové stránky. Organizace může dále produkovat záložky, placky, trička, pohlednice, plakáty, tašky, nálepky apod.<sup>59</sup>

#### *Direct marketing:*

Je definován jako využití přímých kanálů k oslovení zákazníků (klientů, donátorů) a k doručení zboží i služeb zákazníkům bez použití marketingových prostředníků. Jedná se o přímou, adresnou komunikaci mezi zákazníkem a prodávajícím, která mimo jiné poskytuje rychlou možnost vyhodnocení efektivnosti. Tyto kanály zahrnují direct mail, katalogy, telemarketing, interaktivní televizi, kiosky, internetové stránky a mobilní zařízení.<sup>60</sup>

#### *Osobní prodej*

Osobní prodej je nejstarším nástrojem komunikace a je stále využíván. Podstatou je osobní kontakt, spočívá v prezentaci a přesvědčování ke „koupi“. Již tradičním nástrojem osobních prodeje se stává tzv. eventmarketing. *Eventmarketing* je cílevědomé a systematické plánování akcí (veletrhy, konference, obchodní prezentace, tiskové konference, sportovní a kulturní akce) sloužící jako prodejní nástroj a hlavně způsob jakým si vytváří obraz veřejného mínění o sobě samé. Je podporou opatření k prosazování si cílů organizace a budování reputace.<sup>61</sup>

---

<sup>59</sup> BAČUVČÍK, Radim. *Marketing neziskových organizací*. Zlín: VeRBuM, 2010, s. 126-132. ISBN 978-80-87500-01-9.

<sup>60</sup> Tamtéž

<sup>61</sup> Tamtéž

## 4 SHRNUÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Teoretická část patří mezi stěžejní kapitoly diplomové práce. Pojmy paliativní péče, hospicová péče, neziskové organizace, hospic nejsou opisovány jako pouhé encyklopedické definice. Snahou bylo uvést čitatele do problematiky fungování hospicové péče, aplikovat je v kontextu odborného, legislativního a marketingového prostředí.

Legislativní zázemí hospicové péče sice vychází z mezinárodních dokumentů, které ale nejsou v ČR dostatečně implementovány, protože sociálně- zdravotní legislativa ČR není natolik sjednocená a propracovaná jako ve státech západní Evropy a USA.

Cílem prvního oddílu diplomové práce bylo shrnout základní teoretická východiska problematiky paliativní a konkrétně hospicové péče.

Stěžejním výzkumným problémem praktické části je hloubková analýza fungování hospice CITADELA, která je zrcadlem existence všech hospicových zařízení v ČR. Výstupem práce je nalezení takových opatření, které by vedly ke zkvalitnění paliativní péče v ČR tak, aby se úroveň přiblížila standardům běžným v jiných evropských zemích.

Teoretická část pomohla identifikovat základní výzkumné otázky praktické části práce:

- **Jaká je kvalita a rozsah poskytované péče zařízení Citadela?**
- **Jaké finanční i lidské zdroje zařízení Citadela využívá ke krytí nákladů?**
- **Jaké jsou možnosti zlepšení provozování hospicové péče?**

Cesty k nalezení odpovědí na výzkumné otázky je metodologickým postupem praktické části.

### 4.1 Metodický postup praktické části

V praktické části se zaměříme na konkrétní organizaci – hospic Citadela. Abychom naplnili všechny cíle, jež si tato práce klade, zvolili jsme jako rozhodující metodologický nástroj analýzu sekundárních dat a analýzu interních dokumentů společnosti. Zjistíme, v jaké fázi života podniku se organizace nachází. Situační analýza se provádí na základě vnějšího a vnitřního marketingového prostředí organizace.

Riziko nízké validity pouze výzkumu typu Desk research (analýzy sekundárních dat) snížíme provedením kvalitativního šetření hloubkového rozhovoru s odborníkem a pozorováním prostředí, do kterého mě uvedl.

Hlubkový rozhovor byl proveden s Ing. Miloslavem Běťákem, MPH, předsedou správní rady Střediska Diakonie ČCE – hospice Citadela, z titulu své funkce ředitelem hospice Citadela a členem Manažerského týmu KPSS mikroregionu VM+K (Komunitní plánování sociálních a souvisejících služeb v mikroregionu Valašskomeziříčsko-Kelečsko). Zvolený respondent je považován za odborníka ve zkoumané problematice a právě on může přinést nové názory, postoje k hloubce zkoumaného problému.

Individuální hlubkový rozhovor představuje metodu kvalitativního výzkumu, kdy tazatel vede rozhovor s respondentem podle určitého schématu, předem sestaveného. Tato metoda je vhodná pro analýzy v oblasti financí, zdravotní péče a v jiných oblastech, kde by jinak respondent mohl mít zábrany hovořit o svých záležitostech veřejně. Využívá se také v šetřeních, kde by bylo obtížné shromáždit jiné kvalitní respondenty.

Rozhovor byl předem domluven, proveden 14. 3. 2013 trval 2 hodiny 25 minut, byl nahráván a posléze přepsán doslovně. Rozhovor je uložen v příloze II.

Cílem primárního šetření je odhalení problémů poskytování hospicové péče a klimatu, které funguje nebo nefunguje pro službu veřejnosti. Výstupy praktické části budou podkladem pro projektovou část diplomové práce.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 DIAKONIE ČCE-HOSPIC CITADELA

Diakonie ČCE-hospic Citadela ve Valašském Meziříčí je nestátní zdravotnické zařízení. Zřizovatelem hospice je nestátní nezisková organizace Diakonie Českobratrské církve evangelické. K 1. 8. 2003 byl hospic zaevidován u MKČR dle zákona č.3/2002 Sb., o církevních a náboženských společnostech jako samostatná církevní právnická osoba za účelem poskytování hospicové péče. V lednu následujícího roku byl odborem zdravotnictví Krajského úřadu Zlínského kraje registrován jako nestátní zdravotnické zařízení.

Hospic Citadela je integrální součástí Diakonie ČCE, a jako jedno z 33 středisek je samostatným právním subjektem. Statutárním orgánem hospice je správní rada, jejíž členové jsou jmenováni správní radou celé Diakonie Českobratrské církve evangelické. Předsedou správní rady je ředitel hospice. Základními dokumenty organizace jsou zřizovací listina a statut střediska. Kontrolním orgánem je dozorčí rada.<sup>62</sup>

### *Veřejný závazek*

Veřejný závazek organizace je soubor prohlášení, který umožňuje klientům a společnosti získat ucelené informace o principech poskytování služeb. Mezi jednotlivé prvky souboru patří:

- Pro klienty a jejich blízké vytvářet prostředí s příjemnou atmosférou
- Vytvářet pocit bezpečí
- Podporovat klienta v samostatnosti
- Respektovat tempo klienta
- Respektovat přání s ohledem na klienta
- Rovný přístup bez ohledu na víru, minulost, finanční situaci<sup>63</sup>

---

<sup>62</sup> Diakonie Českobratrské církve evangelické [online]. © 2013 VIZUS [cit. 2013-04-10]. Dostupné z: <http://www.citadela.cz/>

<sup>63</sup> Tamtéž

## 6 SITUAČNÍ ANALÝZA HOSPICE CITADELA

Situační analýza je metoda, která zkoumá jednotlivé složky a vlastnosti vnějšího a vnitřního prostředí organizace. Snaží se podchytit všechny rozhodující vlivy, které na organizaci nějakým způsobem působí a ovlivňují její činnost. Smyslem provádění situační analýzy je nalezení optimálního poměru mezi příležitostmi, jež přicházejí z vnějšího prostředí a mezi schopnostmi a zdroji organizace. Problémem neboli kritickým bodem situační analýzy bývá rozhodnutí o hloubce a šířce analýzy.<sup>64</sup>

Součástí situační analýzy je analýza vnějšího obecného prostředí - STEP analýza, analýza vnitřního prostředí organizace, vše zakončeno SWOT analýzou. Zdroje k čerpání informací pro sestavení výše uvedených analýz jsou internetové data, vnitřní materiál hospice, rozhovor s ředitelem hospice Citadela. Na základě provedených analýz jsou v projektové části navržena opatření vedoucí ke zkvalitnění paliativní péče v ČR.

### 6.1 Vnější obecné prostředí – STEP analýza

Analýza STEP se zabývá analýzou makroprostředí, které je charakteristické tím, že ovlivňuje chování všech organizací a to bez ohledu na předmět jejich činnosti či lokalitu. Klíčovými prvky zkoumání je sociální, technické, ekonomické a politické obecné prostředí, na které má management organizace velmi malý vliv, přičemž tyto prvky velmi významně ovlivňují výkon organizace.

#### 6.1.1 Sociální faktory

Společenskou otázkou a současně závažným problémem dnešní doby se stává demografické stárnutí obyvatelstva. Tento stav můžeme označit za proces, při kterém dochází ke změně věkové struktury a to tak, že starší věkové skupiny rostou početně relativně rychleji než populace jako celek. Jiným způsobem řečeno, jedná se o zvyšování podílu seniorů (+65 let) a snižování podílu dětí (-15 let). K hlavním příčinám tohoto procesu řadíme pokles porodnosti v protikladu se zlepšováním úmrtnostních poměrů zejména osob ve vyšším věku.<sup>65</sup>

---

<sup>64</sup> SOUKALOVÁ, Radomila. *Strategický marketing*. Zlín: UTB FMK, 2004, s. 64-65. ISBN 80-7318-177-0.

<sup>65</sup> ANALÝZA: Demografické stárnutí ČR podle výsledků projekce. *Demografie* [online]. 23. 3. 2012, © 2004 - 2009 [cit. 2013-04-10]. Dostupné z: [http://www.demografie.info/?cz\\_detail\\_clanku&artclID=824](http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=824)



Následující tabulka (tab. 1) charakterizuje vývoj v zastoupení tří hlavních věkových skupin obyvatelstva s predikcí do roku 2065.

Tab. 1. Vývoj složení obyvatel ČR v letech 2010 – 2065 (v %)<sup>66</sup>

Věk	2010	2015	2020	2025	2045	2065
0-14	14,2	15,1	15,6	14,9	13,3	13,2
15-64	70,6	67,2	64,4	63,4	57,0	54,6
65+	15,2	17,7	20,1	21,7	29,6	32,2

Zatímco na počátku 21. století byl podíl dětí do 15 let oproti poproduktivní složce vyšší, v následujícím období dochází k převaze osob starších 65 let. Z tabulky je zřejmé, že jednotlivé zastoupení těchto skupin se bude do budoucna i nadále proměňovat.

Hospic Citadela sídlí ve Valašském Meziříčí, které se svými 29% podílí na celkovém počtu obyvatel v okrese Vsetín a 7,2% podílí na celkovém počtu obyvatel ve Zlínském kraji, které k 31. 12. 2011 dosahovalo 589 030 obyvatel. Od vzniku kraje dochází každoročně k 0,2% úbytku obyvatel na kterém se v posledních letech nejvíce podílela migrace, pokles porodnosti a úhrnné plodnosti. Dle prognóz se očekává pokračování v úbytku počtu obyvatel, který by se měl v roce 2066 snížit na 470 674 obyvatel. Z hlediska věkové struktury došlo meziročně ke změnám, které jsou zobrazeny v tabulce č. v kategoriích produktivních a poproduktivních osob. Podle údajů ČSÚ se Zlínský kraj v porovnání s ostatními kraji řadí na 3 příčku v největším zastoupení osob starších 65 let a 2 místo s nejnižším procentním zastoupením obyvatel mladších 15 let.<sup>67</sup>

Tab. 2. Vývoj složení obyvatel ve Zlínském kraji v letech v procentech (v %)<sup>68</sup>

Věk	2006	2007	2008	2009	2010	2011
0-14	14,3	14,1	14,0	13,9	14,0	14,2
65+	14,9	15,1	15,5	15,8	16,2	16,8

<sup>66</sup> ANALÝZA: Demografické stárnutí ČR podle výsledků projekce. *Demografie* [online]. 23. 3. 2012, © 2004 - 2009 [cit. 2013-04-10]. Dostupné z: [http://www.demografie.info/?cz\\_detail\\_clanku&artclID=824](http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=824)

<sup>67</sup> Demografický vývoj. *Český statistický úřad* [online]. © 2012 [cit. 2013-03-18]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/4B004B4B2B/\\$File/demograficky\\_vyvoj.pdf](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/4B004B4B2B/$File/demograficky_vyvoj.pdf)

<sup>68</sup> ANALÝZA: Demografické stárnutí ČR podle výsledků projekce. *Demografie* [online]. 23. 3. 2012, © 2004 - 2009 [cit. 2013-04-10]. Dostupné z: [http://www.demografie.info/?cz\\_detail\\_clanku&artclID=824](http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=824)

Ke změnám dochází také u naděje na dožití, která se v roce 2011 u žen zvýšila ze 79,9 let v roce 2006 na 81,3let a u mužů ze 72,6 let na 73,7let. Tento vývoj patřičně vede ke zvýšení počtu seniorů ve věku 70 a více let, což znamená, že i samotná seniorská populace postupně stárne. Růst počtu osob v této skupině se výrazně dotýká celé společnosti, neboť s rostoucím věkem se zvyšují nároky na zdravotní a sociální péči.

### ***Zdravotní a sociální služby***

Prodloužení délky života je na jednu stranu společností i jednotlivci oslavováno jako úspěch, na druhou stranu však má závažný vliv na kvalitu života, problematiku zdravého stárnutí, sociální integraci a adekvátní péči. Závažným problémem není nárůst počtu seniorů nad 65 let, ale vnitřní struktura poproduktivní složky. Výrazněji se projevuje závislost na zdravotní a sociální péči u seniorů ve věku nad 75 let na rozdíl od mladších seniorů kde spolu se zvyšující úrovní a lepší kvalitou zdravotní péče dochází k pozvolnému zvyšování fyzické i duševní kondice. Tím, že se lidé dožívají věku, na který organismus není běžně stavěný, dochází také ke změně struktury onemocnění. Mimo kardiovaskulární a onkologická onemocnění, která v budoucnu budou i nadále hlavní příčinou úmrtí, dochází k výraznému nárůstu různých forem stařeckých demenci. S tím je spojeno zvyšování nákladů na zdravotní a sociální péči nedostatečně rozvinutá dlouhodobá péče. Odhad demografického vývoje jen potvrzuje, že nejperspektivnějším oborem budou v budoucnu služby pro seniory.<sup>69</sup>

#### **6.1.2 Technické faktory**

Informační a komunikační technologie jsou jedním z rozhodujících činitelů pro posilování inovací, tvořivosti a realizaci změn ve všech oblastech služeb, mění a obohacují téměř veškeré naše činnosti a stávají se jejich nedílnou součástí. Postupné pronikání informačních a komunikačních technologií do všech odvětví služeb vede ke vzniku tzv. inteligentního prostředí, které se prolíná všemi oblastmi života společnosti, bezprostředně obklopuje každého jejího člena a vytváří předpoklady k dalšímu výraznému zlepšování kvality života. Infor-

---

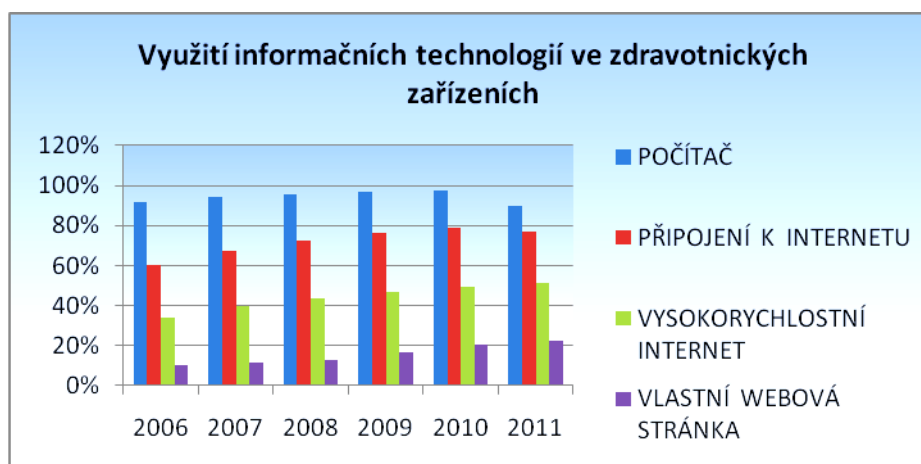
<sup>69</sup> KOMENTÁŘ: Demografické stárnutí a jeho dopady. *Demografie* [online]. © 2004 - 2009 [cit. 2013-03-18]. Dostupné z: [http://www.demografie.info/?cz\\_detail\\_clanku&artclID=764&PHPSESSID=7101c7042057d84a6e961ee8091d33ba](http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=764&PHPSESSID=7101c7042057d84a6e961ee8091d33ba)

mační a komunikační technologie jsou taktéž důležitým prvkem v oblasti zdravotních služeb. V této oblasti umožňuje:

- strategické a ekonomické řízení zdravotnických zařízení
- sdílení informací mezi zdravotnickými zařízeními.
- vývoj systémů podporujících domácí péči pacientů a telemedicínu<sup>70</sup>, které snižují náklady na zdravotní péči;
- zvýšení produktivity zdravotnického systému ČR;
- zlepšení kvality a bezpečnosti péče o jednotlivé pacienty (individualizovaná péče podložená vědeckými důkazy);
- zlepšení kvality života nemocným a starší generaci

Následující graf znázorňuje vývoj ve využívání základních informační a komunikační technologií ve zdravotnických zařízeních.

Obr. 1. Informační technologie ve zdravotnických zařízeních<sup>71</sup>



Moderní informační a komunikační technologie jsou taktéž hojně využívány v sociálních službách. Svě uplatnění našly u osob, které preferují pobyt v domácím prostředí před ústavní péčí. Umožňují přivolat pomoc, dohledat osoby trpících poruchou paměti a orien-

<sup>70</sup> Telemedicína je založena na využití komunikačního programu SKYPE pro online konzultace mezi pacientem a lékařem

<sup>71</sup> Výsledky zdravotnických účtů ČR 2000-2011. Český statistický úřad [online]. © 2013 [cit. 2013-04-5]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/publ/3306-13-r\\_2013](http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/publ/3306-13-r_2013)

tace, zjistit pád a vyslat postiženému rychlou pomoc. Taktéž jsou schopny odhalit změny v běžném denním rytmu osoby a odhalit závažné zhoršení jeho zdraví a potřebu pomoci. Příkladem může být přístroj firmy Microsoft, jehož základem je digitální fotoaparát, který bez zásahu uživatele dokáže snímat fotografie. Následné promítání snímků poskytuje silné podněty, které u lidí se ztrátou paměti, včetně lidí s Alzheimerovou chorobou pomáhají vyvolat vjemy (myšlenky, pocity, zkušenosti) spojené s pamětí.<sup>72</sup>

V přímé péči je využívání technických prostředků součástí každodenní práce, neboť výrazně usnadňují péči o nemocné a občany se sníženou soběstačností. Za zmínku určitě stojí vozíky pro seniory, chodítka, mobilní zvedáky a koupací vany. Taktéž pomůcky sloužící k zajištění komfortu u pacientů upoutaných na lůžko jako jsou polohovací lůžka či antidekubitní matrace. V neposlední řadě pomůcky zajišťující monitoring pacienta, kyslíkovou terapii, aplikaci léků to vše v domácím nebo lůžkovém zařízení.

### 6.1.3 Ekonomické faktory

Celková výkonnost ekonomiky se mění pomocí řady souhrnných ukazatelů, z nichž se nejčastěji uvádí tvorba hrubého domácího produktu (HDP), inflace a také nezaměstnanost. Česká republika prošla v roce 2009 hospodářskou krizí. Došlo k poklesu HDP doprovázenou nerovnováhou na trhu práce s prudkým nárůstem nezaměstnanosti. Největší postih zaznamenal o průmyslové odvětví, kde se produkce snížila o 13,5%. Rok 2010 zaznamenal zlepšení ekonomické situace pomalým nárůstem HDP, ale mírná nezaměstnanost měla i nadále stoupající tendenci. Ani rok 2011 nepřinesl lepší výsledky a jediným růstovým impulsem byl zahraniční obchod, který pozitivně ovlivňoval HDP. Nepříznivá ekonomická situace přetrvává také v roce 2012, kdy míra inflace oproti roku 2011 stoupla o 1,4%. Zmíněné období znamená pro Českou republiku úpadek do ekonomické recese, která je nejdelší od roku 1997. Na růstu inflace se podílí DPH, které v poledních letech zaznamenalo několik změn. Poslední v letošním roce kdy základní sazba činí 21% a snížená 15%. Toto nastavení by mělo za současných podmínek vydržet následující dva roky.<sup>73</sup>

---

<sup>72</sup> Moderní technologie pomáhají potřebným. *Novinky.cz* [online]. 29. 9. 2011 © 2003-2013 [cit. 2013-03-2]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/internet-a-pc/245957-moderni-technologie-pomahaji-potrebnym.html>

<sup>73</sup> Statistická ročenka České republiky 2012. *Český statistický úřad* [online]. 22. 11. 2012 © 2013 [cit. 2013-03-2]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/p/0001-12>

V otázce nezaměstnanosti lze jen říct, že podíl nezaměstnaných na trhu práce dosahuje začátkem letošního roku 8%. Bez práce je téměř 600 tisíc lidí. Největší nezaměstnanost má Bruntál, nejnižší Praha- Východ. Nezaměstnanost je spojena s úbytkem pracovních míst hlavně v oblasti průmyslu, stavebnictví, zemědělství. V letošním roce se o jedno volné místo uchází 17,3 uchazečů.<sup>74</sup> Počet lidí bez práce se bude nadále zvyšovat do doby, kdy začnou sezónní práce, i přesto se očekává, že počet nezaměstnaných bude oproti loňskému roku přibývat.

### ***Neziskový sektor***

V posledních letech je na tom neziskový sektor o něco hůře než před vstupem do EU. Trápí ho ne jen ne příliš vydařený systém financování, ale také dopady ekonomické krize, která sebou přinesla menší přítok peněz a snížený počet pracovních míst. Pro životaschopnost organizací je důležitým faktorem zdroj financování. Organizace v neziskovém sektoru získávají většinu finančních prostředků z českých zdrojů včetně zdrojů z veřejných rozpočtů, individuálního dárcovství, z nadací a firem. Neopomenutelným zdrojem jsou taktéž strukturální fondy EU. Od roku 2011 se stále více projevovaly následky krize. Docházelo k neefektivním využíváním některých veřejných sbírek, prohlubování centralizace poskytování darů, snižování prostředků z dárcovských SMS a DMS. Důležitým faktorem pro přežití organizací se stává jejich transparentnost a komunikace s veřejností. Vlivem ekonomická krize sílí tlak na zvyšování vlastních příjmů organizací neziskového sektoru. Většinou se jedná o prodej výrobků a služeb, negativně ovlivněn chybějícími dovednostmi v oblasti finančního a marketingového řízení.<sup>75</sup>

### ***Zdravotní služby***

Zdravotnictví se řadí z pohledu členění ekonomických sektorů do oblasti služeb. Svým rozsahem se dotýká každého člena společnosti. Vzhledem k výši částek, které jsou do této oblasti směřovány z veřejných i soukromých zdrojů a v ní dále transformovány a přerodělovány, se řadí mezi nejvýznamnější odvětví ekonomiky.

---

<sup>74</sup> Statistická ročenka České republiky 2012. *Český statistický úřad* [online]. 22. 11. 2012 © 2013 [cit. 2013-03-2]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/p/0001-12>

<sup>75</sup> Index udržitelného rozvoje občanského sektoru v roce 2011 v České republice. *Neziskovky.cz* [online]. 2012 [cit. 2013-03-2]. Dostupné z: [http://www.neziskovky.cz/data/CSOSI\\_zprava\\_final-txt12790txt12789.pdf](http://www.neziskovky.cz/data/CSOSI_zprava_final-txt12790txt12789.pdf)

V ČR existují tři hlavní zdroje financování zdravotní péče:

- zdravotní pojišťovny (veřejné zdravotní pojištění),
- veřejné rozpočty (státní rozpočet, místní rozpočty),
- domácnosti.

Největší zdroj tvoří zdravotní pojišťovny, které pokrývají 77 % veškerých zdravotnických výdajů. Dalším zdrojem financování zdravotnictví jsou veřejné rozpočty (asi 7 % veškerých zdravotnických výdajů).<sup>76</sup> Přímé výdaje domácností jsou třetím zdrojem financování zdravotní péče (téměř 15 % veškerých zdravotnických výdajů). V převážné většině si domácnosti platí léky, nadstandardní služby u stomatologů a lázeňské pobyty. Další byt méně významné jsou platby za lázně, nadstandardně vybavené pokoje v nemocnicích a platby za různá potvrzení především u praktických lékařů. Od roku 2008 také přibyly regulační poplatky za ošetření u lékařů, za pobyt v nemocnici, za recepty v lékárnách či návštěvu pohotovosti. Kromě těchto tří základních pilířů zde existují také vedlejší zdroje financování, které v souhrnu tvoří 1 % celkových výdajů na zdravotnictví.<sup>77</sup> Celkové výdaje na zdravotnictví zohledňují spotřebu zdravotnických výrobků a služeb, kapitálové investice do zdraví či preventivní programy. Rozdíly ve výdajích na zdravotnictví má samozřejmě vliv na kvalitu a objem zdravotní péče. V České republice dosahují výdaje na zdravotnictví (7,5 % k HDP), což je osmá nejnižší hodnota z členských zemí Evropské unie.<sup>78</sup> Již několik let je české zdravotnictví v deficitu. Zdravotnictví jako v podstatě jediný segment české ekonomiky nebyl postižen krizí v takovém rozsahu jako jiná odvětví. Dopady krize se v minulých letech dařilo eliminovat především díky mobilizaci rezerv na účtech zdravotních pojišťoven, přijatým reformním krokům a přerozdělení zůstatků na účtech zdravotních pojišťoven. Je zřejmé, že české zdravotnictví je dlouhodobě podfinancované. Nízká platba za pojištění neodpovídá poskytovaným službám, v chaosu lékové politiky utíkají miliardy a rostou výdaje na péči. Všechny tyto faktory vedly k tomu, že do letošního roku vstoupilo české zdravotnictví bez jakýchkoliv rezerv. Vzniklý stav vede jak jinak než k úsporným

---

<sup>76</sup> Veřejné rozpočty slouží k financování specifických činností. Jedná se především o výdaje na vědu a výzkum související se zdravotnictvím, vzdělávání zdravotnických pracovníků, preventivní programy a kampaně, činnost hygienických stanic, hradí provoz institucí státní (zdravotní) správy ale také výdaje na investiční projekty

<sup>77</sup> Výsledky zdravotnických účtů ČR 2000-2011. *Český statistický úřad* [online]. © 2013 [cit. 2013-04-5]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/publ/3306-13-r\\_2013](http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/publ/3306-13-r_2013)

<sup>78</sup> GOLLA, Petr. Kolik peněz proudí do zdravotnictví? In: *Finexpert* [online]. 25. 3. 2013 © 2013 [cit. 2013-04-5]. Dostupné také z: <http://finexpert.e15.cz/kolik-penez-proudi-do-zdravotnictvi>

opatřením. Klesají státní a krajské dotace, ambulantním specialistům nejsou propláceny všechny poskytnuté léčebné úkony, redukuje se zařízení poskytující zdravotní péči. Prezident Zeman ve svém nedávném prohlášení sdělil, že se vážnou situací ve zdravotnictví bude zabývat a je ochoten se osobně podílet na jejím řešení.<sup>79</sup>

#### 6.1.4 Politické, legislativní a konkurenční prostředí

Politické a legislativní prostředí výrazně ovlivňuje organizace neziskového sektoru. Každý nový přijatý zákon či vyhláška může pozitivně či negativně ovlivnit neziskový subjekt v střednědobém a dlouhodobém horizontu. Paliativní péče se dotýká zejména právní úpravy v oblasti zdravotní a sociální, proto je žádoucí zaměřit se na obě tyto oblasti.

##### *Zdravotní politika*

Do roku 2006 nebylo k paliativní péči přistupováno jako samostatné specifické složce poskytující zdravotní služby. Pouze nepřímo bylo možné uplatnit některé zákonné normy upravujících vznik, provozování a hospodaření neziskových organizací. Na základě iniciativy vyvíjené zejména Českou společností paliativní medicíny a Asociací poskytovatelů hospicové paliativní péče byla v roce 2006 v legislativě ČR zakotvena charakteristika a způsob úhrady lůžkové péče ve speciálních zařízeních hospicového typu novelizací zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a to konkrétně zavedením § 22a upravujícího s platností od roku 2007 Zvláštní ústavní péči – paliativní péči lůžkovou.<sup>80</sup> Vyhláškou č. 619/2006 Sb.<sup>81</sup>, kterou se stanovily hodnoty bodů, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté péče<sup>82</sup> a vyhláškou č. 620/2006 Sb., měnící vyhlášku MZ č. 134/1998 Sb., kterou byl vydán seznam zdravotních

---

<sup>79</sup> SOUKUPOVÁ, Irena. © 2013. Jak demografický vývoj ovlivní české zdravotnictví? In: *Zdravotnické noviny* [online]. 10. 4. 2012 [cit. 2013-03-26]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/jak-demograficky-vyvoj-ovlivni-ceske-zdravotnictvi-464160>

<sup>80</sup> Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 - 2015. In: *Paliativní medicína* [online]. [cit. 2013-03-26]. Dostupné z: [http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users//simicek/strategie\\_paliativni\\_pece\\_pripominkoverizeni\\_fin\\_prani.pdf](http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users//simicek/strategie_paliativni_pece_pripominkoverizeni_fin_prani.pdf)

<sup>81</sup> Tato vyhláška byla MZ novelizovaná na vyhlášku č. 475/2012 Sb., která stanoví pro rok 2013 hodnotu bodu ve výši 0,90 haléřů (její výše je i přes inflaci, růst cen energií a změny ve výši DPH od r. 2009 neměnná)

<sup>82</sup> ČESKO. Vyhláška č. 619 ze dne 20. prosince 2006 kterou se stanoví hodnota bodu. In: *Sbírka zákonů ČR. Portál veřejné zprávy*. [online] ©2013 Ministerstvo vnitra [cit. 2013-03-21]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=63343&fulltext=&nr=619~2F&part=&name=&rpp=15#local-content>

výkonů s bodovými hodnotami byl také s platností od 1. 1. 2007 definován způsob kalkulace úhrady za „ošetřovací den 00030“ na lůžkách hospicového typu.<sup>83</sup>

V další novelizaci zákona č. 48/1997<sup>84</sup> Sb., o veřejném zdravotním pojištění, která proběhla v roce 2008, byla u § 22, do zvláštní ambulantní péče vložena možnost hrazení paliativní péče poskytované pojištěncům v terminálním stavu v jejich vlastním sociálním prostředí, kdy tato péče je poskytována jako domácí zdravotní péče na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost, nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci, nebo na základě doporučení ošetřujícího lékaře, týká-li se tato péče pojištěnce v terminálním stádiu.<sup>85</sup>

Určité změny přinesl zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, který v §5 definuje paliativní péči, jako samostatný druh zdravotní péči, jejímž účelem je *“zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyléčitelnou nemocí“* (bohužel tato definice nerozděluje paliativní péči na obecnou a specializovanou, kdy právě toto rozdělení je klíčové pro úhrady zdravotních pojišťoven). V § 10 je paliativní péče uvedena jako jedna z forem zdravotní péče poskytované v domácím prostředí pacienta.

V návaznosti na tuto legislativní změnu se podařilo ČSMP s platností od 1. 1. 2012, prosadit paliativní medicínu jako samostatnou autorskou odbornost - 720 a tím dostat do sazebníku zdravotních výkonů<sup>86</sup> dva kódy na základě kterých jsou hrazeny výkony lékaře specialisty se zvláštní odbornou způsobilostí v paliativní medicíně poskytujícího péči pacientovi v terminálním stádiu onemocnění a to v domácím prostředí a to pro zavedení péče eventu-

---

<sup>83</sup> ČESKO. Vyhláška č. 620 ze dne 20. prosince 2006, kterou se vydává seznam zdravotnických výkonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006 [online] © 2013 Ministerstvo vnitra [cit. 2013-03-20]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/download?dBiblio=63344&nr=620~2F2006~20Sb.&ft=pdf>

<sup>84</sup> K 1. 1. 2012 platí zákon 369/2011 Sb., jehož účelem je sladění terminologie a změna některých pravidel v systému veřejného pojištění

<sup>85</sup> ČESKO. Zákon č. 48 ze dne 7. března. 1997 o veřejném zdravotním pojištění. In: *Sbírka zákonů České republiky. Portál veřejné zprávy*. [online] ©2013 Ministerstvo vnitra [cit. 2013-03-21]. Dostupné z: <http://www.zakonycr.cz/seznamy/048-1997-sb-zakon-o-verejnem-zdravotnim-pojisteni-a-o-zmene-a-doplneni-nekterych-souvisejicich-zakonu.html>

<sup>86</sup> ČESKO. Vyhláška č. 411 ze dne 14. 12. 2011, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. In: *Sbírka zákonů České republiky. Portál veřejné zprávy. Kde je nově zařazená kapitola „720 Paliativní medicína“*. [online] ©2013 Ministerstvo vnitra [cit. 2013-03-21]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/download?idBiblio=75786&nr=411~2F2011~20Sb.&ft=pdf>



elně při následné další vyšetření. Tyto výkony jsou zatím sdíleny s oborem algeziologie. Nutno podotknout, že ke dnešnímu dni zdravotní pojišťovny neuzavřely s žádným poskytovatelem zdravotních služeb s výkony odbornosti 720 smlouvu. Od počátku letošního roku se projednává zařazení třech nových ambulantních výkonů v oblasti paliativní medicíny, zatím taktéž bezúspěšně.<sup>87</sup>

V roce 2010 byl vytvořen tzv. signální kód 06349 – ošetrovatelská péče o pacienta v terminálním stádiu, který ruší omezenou frekvenci návštěv ošetřujícího personálu. Frekvence je dána zdravotním stavem pacienta. V praxi je přínos signálního kódu velmi limitovaný. Bez přímého zapojení lékaře do pravidelného hodnocení stavu a náležité úpravy léčebného plánu nepřináší samotné navýšení frekvence zajištěnou kontinuitu a kvalitní péči multiprofesním týmem.<sup>88</sup> Právě v takových případech většinou dochází k odeslání pacientů na akutní nemocniční lůžka, kde končí život sami bez svých nejbližších. Bohužel termín specializovaná paliativní péče náš zákon zatím nezná.

Od letošního roku nabývá v platnost vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Tato vyhláška stanoví minimální nepodkročitelné počty zdravotnických pracovníků podle profesí pro zabezpečení mimo jiné také paliativní péči, nikoli nutně počty optimální pro zajištění kvality, bezpečí a dostupnosti zdravotní péče. Nestátní poskytovatelé zdravotní péče byli povinni dát do souladu skutečný stav s touto vyhláškou nejpozději do 1. dubna 2013.<sup>89</sup>

### ***Sociální politika***

Pokud jde o úhradu nákladů na sociální péči, tvořící vedle zdravotní péče druhou složku specializované paliativní péče, lze zde z legislativního hlediska využít pouze ustanovení zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění spolu se zákonem č.

---

<sup>87</sup> Legislativní ohlednutí za rokem 2011. In: *Paliativní medicína* [online]. ©2013 [cit. 2013-03-22]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/standarty-normy/zakony-vyhlasiky-v-cr>

<sup>88</sup> SLÁMA, O. L. KABELKA a M. ŠPINKOVÁ, 2013. Paliativní péče v ČR v roce 2013. In: *Česká společnost paliativní medicíny* [online]. 12. 2. 2013 ©2013 [cit. 2013-04-02]. Dostupné z: [http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/paliativni\\_medicina\\_v\\_cr\\_v\\_roce\\_2013.pdf](http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/paliativni_medicina_v_cr_v_roce_2013.pdf)

<sup>89</sup> ČESKO. Vyhláška č.99 ze dne 22.března 2012 o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. In: *Sbírka zákonů České republiky. Portál veřejné zprávy*. [online] ©2013 Ministerstvo vnitra [cit. 2013-03-21]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/download?idBiblio=77218&nr=99-2F2012-20Sb.&ft=pdf>

218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla), ve znění pozdějších předpisů. Dle uvedených zákonů jsou financovány běžné výdaje související s poskytováním sociálních služeb a to v souladu se zpracovaným střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb formou dotace ze státního rozpočtu, prostřednictvím krajů, které taktéž předkládají žádosti o přiznání dotace na příslušné následující rozpočtové období Ministerstvu práce a sociálních věcí.<sup>90</sup> Výše dotace v úhrnu za jednotlivé kraje se dle tohoto zákona stanoví na základě:

- celkového ročního objemu finančních prostředků rozpočtovaných v závazném ukazateli pro příslušný rozpočtový rok,
- zpracovaného střednědobého plánu rozvoje služeb kraje,
- počtu vyplacených příspěvků a jejich finančního objemu,
- počtu poskytovatelů sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru, a jejich kapacit,
- kapacit sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče.

Bližší podmínky týkající se poskytování dotací stanoví právní předpis. Výše těchto dotací jsou však závislé na finančních možnostech Ministerstva práce a sociálních věcí, které jsou dány státním rozpočtem na příslušný rok a ve většině případů nejsou schopny pokrýt celý objem nákladů za sociální péči, které vznikají organizacím poskytujícím tuto sociální péči v rámci specializované paliativní péče.<sup>91</sup>

Další možný zdroj financování této péče představuje „*příspěvek na péči*“ dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a související vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Výše příspěvku se odvíjí od stupně závislosti osoby se špatným zdravotním stavem na jiné fyzické osobě při zvládnání základních životních potřeb.<sup>92</sup>

Zákon definuje čtyři stupně závislosti a to zvlášť pro osoby do 18 let věku a zvlášť pro osoby nad 18 let.

---

<sup>90</sup> Vyhlášení dotačního řízení MPSV ČR pro rok 2013 v oblasti poskytování sociálních služeb. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. verze 19.9.2012 [cit. 2013-03-27]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/13566>

<sup>91</sup> Metodika Ministerstva práce a sociálních věcí ČR, 2011. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online] ©2013 [cit. 2013-03-26]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/13568/Methodika\\_021012.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/13568/Methodika_021012.pdf)

<sup>92</sup> ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14.března 2006. In: *Sbírka zákonů České republiky, Portál veřejné zprávy*. [online] ©2013 Ministerstvo vnitra [cit. 2013-04-01]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/download?idBiblio=62334&nr=108-2F2006-20Sb.&ft=pdf>

Tab. 3 Výše příspěvku dle stupně závislosti (v Kč)

Stupeň závislosti	do 18 let věku	od 18 let věku
I. lehká	3000	800
II. středně těžká	6000	4000
III. těžká	9000	8000

V případě, že osoby pobírající „příspěvek na péči“ využívají paliativní péči hospicového typu, přechází celý jejich příspěvek do příjmů hospice. Je-li osobám poskytovaná jiná než hospicová forma paliativní péče, hradí si z tohoto příspěvku náklady na objem sociální péče dle ceníku úkonů organizace, která jim péči poskytuje.

S poskytováním sociálních služeb jsou spojeny i další zákonné normy a vyhlášky, které je taktéž nutno dodržovat.

### ***Konkurenční prostředí***

Konkurence zasahuje ne jen do oblasti sociální, ale také zdravotní. Ve Zlínském kraji poskytují paliativní péči 3 organizace. Hospic Citadela, dobrovolníci domácího hospice Uherské Hradiště a občanské sdružení Hvězda. Jedinou hrozbou v oblasti konkurence, představuje hospic Hvězda, ale vzhledem k poloviční kapacitě nabízených lůžek, není prozatím považován za přímého konkurenta hospice Citadela.<sup>93</sup> Není předpokládán ani vstup nových zařízení sociálně- zdravotní trh. Vysoká kapitálová náročnost, chybějící podpora ve zdravotní a sociální politice, to jsou faktory, které výrazně brzdí rozvoj těchto služeb.

---

<sup>93</sup> Zdravnet. cz [online] © 2012 [cit. 2013-03-26]. Dostupné z: [http://www.zdravnet.cz/zdravotni\\_pece/pecovatelske\\_a\\_socialni\\_sluzby/hospice/zlinsky\\_kraj.html](http://www.zdravnet.cz/zdravotni_pece/pecovatelske_a_socialni_sluzby/hospice/zlinsky_kraj.html)

## 6.2 Vnitřní prostředí organizace

Do analýzy vnitřního prostředí organizace je zahrnuta koncepce a členění organizace, zdroje financování a struktura nákladů za rok 2011, taktéž personální oblast, PR.

### 6.2.1 Koncepce hospice

Hospic je situován v blízkosti městského centra s výhodným napojením na dopravní síť veřejné i městské hromadné dopravy. Taktéž splňuje požadavky na klidnou polohu v zelené zóně na konci parku.

Objekt je rozdělen na centrální a lůžkovou část, které jsou propojené traktem provozního zázemí. Centrální část představuje vstupní prostor, tvořený halou, administrativním záze- mím, pracovištěm vrchní sestry, kavárnou a kaplí. Lůžková část je řešena dvoupodlažím a svým obloukovitým tvarem připomíná otevřenou náruč. V suterénu jsou umístěny provoz- ní a technické místnosti a místnost posledního rozloučení.

Pokoje jsou jednolůžkové a dvojlůžkové. Každý pokoj je vybaven elektricky polohovatelným lůžkem, nočním stolem, stolem, skříní a závěsným televizorem. Součástí každého pokoje je bezbariérové hygienické vybavení a přistýlka pro pobyt blízké osoby. Režim návštěv je přizpůsoben přáním pacientů a to 24 denně. Z pokojů je přímý výhled do parkové zóny, balkónové dveře v prvním podlaží umožňují bezprostřední kontakt s venkovním prostředím. Interiér celého objektu je řešen velmi moderně, v hojné míře pro- světlen denním světlem.<sup>94</sup>

### 6.2.2 Organizační členění

Hospic Citadela poskytuje své zdravotní a sociální služby ve třech formách:

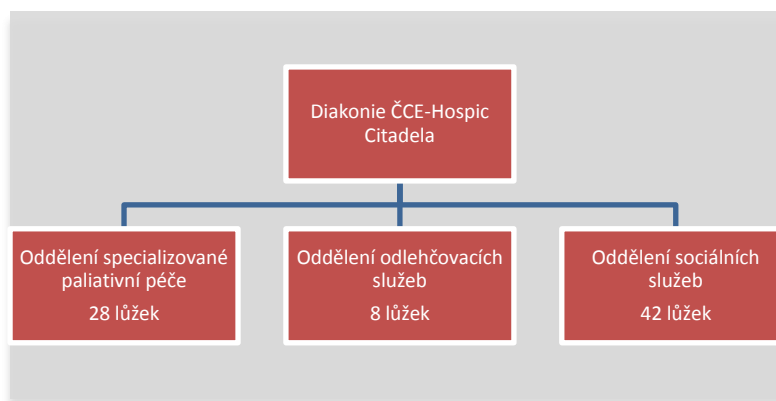
- a) hospicovou péčí (specializovanou paliativní péčí) v budově hospice s kapacitou 28 lůžek.
- b) sociální služby v Domově sociálních služeb (jde o bývalou budovu LDN), kde je poskytována sociálně zdravotní péče s kapacitou 42 lůžek.

---

<sup>94</sup> Vlastní šetření

c) odlehčovací služby poskytovány v budově hospice s kapacitou 8 lůžek.<sup>95</sup>

Obr. 2 Struktura hospice Citadela<sup>96</sup>



Jednotlivé služby v rámci struktury organizace jsou členěny na samostatně řízená oddělení, které jsou z hlediska hospodaření autonomními jednotkami. Odpovědnost za činnosti v rámci jednotlivých oddělení přebírá ředitel hospice.

#### a) *Specializovaná paliativní péče*

Poslání je zaměřeno na holistický přístup k pacientovi v preterminální a terminální fázi, vytváření domácí atmosféry, zajištění soukromí. Umožnění důstojného umírání v doprovodu blízké osoby. Cílem je zmírnění bolesti, duševního a tělesného strádání, zachování důstojnosti, taktéž poskytnout podporu blízkým, truchlícím a pozůstalým. Cílovou skupinou jsou lidé od 18 let a blízké osoby pacientů. V posledních třech letech byla hospicová paliativní péče poskytnuta v průměru 217 nemocným. Největší nárůst je zaznamenán v roce 2011 s průměrným věkem pacientů 72 let. Průměrná délka pobytu nemocného na hospicovém lůžku je 30 dnů. Péče o klienta je poskytována na základě individuálního plánu, který se sestavuje při přijetí pacienta, s ohledem na jeho bio psycho sociální a spirituální potřeby.<sup>97</sup>

Hospic Citadela pro své klienty používá nejmodernější poznatky v léčbě bolesti, kvalitní zdravotní ošetrovatelskou péči, sociální poradenství nemocným a jejich blízkým. Jednou týdně

<sup>95</sup> Diakonie Českobratrské církve evangelické [online]. © 2013 VIZUS [cit. 2013-04-10]. Dostupné z: <http://www.citadela.cz/>

<sup>96</sup> Výroční zpráva 2011, 2012. [Organizační struktura] In: *Diakonie ČCE hospic CITADELA* [online]. 2012 © 2013 VIZUS [cit. 2013-03-05]. strana 6. Dostupné z: <http://www.citadela.cz/res/data/004/000531.pdf>

<sup>97</sup> Diakonie Českobratrské církve evangelické [online]. © 2013 VIZUS [cit. 2013-04-10]. Dostupné z: <http://www.citadela.cz/>

pořádá bohoslužbu střídavě evangelické a katolické církve pro klienty, jejich blízké, také zaměstnance či dobrovolníky. Taktéž zajišťuje duchovní a pastorizační služby z jiných registrovaných církví a denominací.<sup>98</sup>

### ***b) Sociální služby***

Tyto sociální služby jsou poskytovány dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů podle § 52, kdy se jedná o péči na oddělení sociálních lůžek a dle § 50, zde se jedná o Domov se zvláštním režimem.<sup>99</sup>

#### *Oddělení sociálních lůžek*

Posláním je poskytnout a zajistit potřebnou péči lidem při zajišťování jejich základních životních potřeb, kterým jejich stav nedovoluje pobývat v domácím prostředí. Velmi často se jedná o klienty čekající po ukončení hospitalizace na umístění na lůžka následné péče, která ovšem nemají volnou kapacitu. Cílovou skupinou jsou osoby od 19 let, se sníženou soběstačností závislé na pomoci jiné osoby. Největší zastoupení mají senioři, pro jejichž věk je typická snížená soběstačnost spojena s řadou chronických onemocnění vyžadující nepřetržitou ošetrovatelskou péči na lůžku. Péče je zaměřená na pomoc při zvládnutí běžných úkonů sebezpeče, aktivizační činnosti, pomoc při obstarávání osobních záležitostí. Je poskytována osobám s příspěvkem ve III. a IV. stupni závislosti, tedy osobám, které jsou převážně ležící nebo chodící s dopomocí. Délka pobytu je časově omezena.<sup>100</sup>

#### *Domov se zvláštním režimem*

Posláním je vytváření domova pro lidi s duševním onemocněním, kteří potřebují trvalý dohled a pomoc. Cílovou skupinou jsou osoby od 65 let s indikací pro pobyt na sociálně zdravotním lůžku. Jedná se o osoby s lehčím typem demencí, Alzheimerovou chorobou, stavy po CMP s poruchou paměti, orientace a se sníženou soběstačností s příspěvkem ve III. a IV. stupni závislosti. Klient má zajištěné ubytování v bezbariérovém prostředí, celodenní stravu dle individuálních potřeb. Péče je zaměřena na zlepšení sebezpeče, udržování

---

<sup>98</sup> *Diakonie Českobratrské církve evangelické* [online]. © 2013 VIZUS [cit. 2013-04-10]. Dostupné z: <http://www.citadela.cz/>

<sup>99</sup> Tamtéž

<sup>100</sup> Tamtéž

kontaktu s okolím, aktivní využívání volného času. Pobyt v domově není časově omezen.<sup>101</sup>

### c) *Odlehčovací služby*

Poskytovány podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, § 44. Posláním těchto služeb je zajistit lidem se sníženou soběstačností adekvátní péči a tím umožnit lidem, kteří o ně dlouhodobě pečují v domácím prostředí potřebný odpočinek. Cílovou skupinou jsou osoby se sníženou soběstačností, většinou ve III. a IV. stupni závislosti, o které je pečováno v jejich domácím prostředí. Délka pobytu je omezena maximálně na 3 měsíce.

Kromě výše uvedených nabízených služeb pomáhá hospic Citadela rodinám pečujícím o osoby se zhoršenou soběstačností půjčováním **kompenzačních pomůcek**. Mezi nežádanější patří chodítka, invalidní vozík, oxygenerátor ale také polohovací lůžka.<sup>102</sup>

### 6.2.3 **Financování organizace**

Neodmyslitelnou součástí každé organizace po stránce finanční představuje finanční analýza. Slouží jako zpětná vazba, díky které je možné posoudit stav finančního zdraví a vytváří nezbytný předpoklad pro budoucí rozhodování o finanční stránce organizace. Zpravidla se počítají ukazatelé aktivity, rentability, zadluženosti a likvidity.<sup>103</sup>

Analýza poměrových ukazatelů s porovnáním v letech 2010 – 2011 je součástí přílohy II. Z ní vychází, že rok 2011 byl pro organizaci krizový, což v následující kapitole potvrdil i sám ředitel hospice. Nutno podotknout, že ne všechny ukazatele bylo možné vypočítat, díky nekompletnosti rozvah.

#### ***Struktura nákladů***

Struktura nákladů hospice Citadela se týká roku 2011, protože organizace za rok 2012 nemá uzavřenou účetní uzávěrku.

---

<sup>101</sup> Tamtéž

<sup>102</sup> *Diakonie Českobratrské církve evangelické* [online]. © 2013 VIZUS [cit. 2013-04-10]. Dostupné z: <http://www.citadela.cz/>

<sup>103</sup> Finanční analýza podniku v praxi. *Ipodnikatel.cz*. [online]. 22.3.2012 © 2011 [cit. 2013-03-30]. Dostupné z: <http://www.ipodnikatel.cz/Financni-rizeni/financni-analyza-podniku-v-praxi.html>

Tab. 4 Struktura nákladů za rok 2011 <sup>104</sup>

Struktura nákladů		v Kč
<b>z toho:</b>	<b>a) osobní náklady celkem</b>	<b>23 382 678</b>
<b>521xxx</b>	Mzdové náklady	17 224 018
<b>524xxx</b>	Odvody soc. a zdrav. poj.	5 726 360
<b>527xxx</b>	Ostatní osobní náklady	432 300
<b>z toho:</b>	<b>b) provozní náklady celkem</b>	<b>10 425 732</b>
<b>501xxx</b>	spotřeba materiálu	4 444 268
<b>502xxx</b>	Energie	2 519 638
<b>511xxx</b>	opravy a udržování	131 899
<b>51xxxx</b>	Služby	2 266 295
<b>551xxx</b>	Odpisy	641036
<b>5xxxx</b>	jiné náklady	422 596
<b>Celkem náklady</b>		<b>33 808 410</b>

Největším nákladem jak je patrné z tabulky (tab. 4) představují mzdy včetně zákonných odvodů, které se podílejí na celkových nákladech v 69,16%. Co se týká spotřeby materiálu podíl tohoto ukazatele, který zahrnuje položky jako např.: zdravotnický, hygienický a sanitární materiál, na celkových nákladech je 13,15%. Důležitou součástí ukazatele jiné náklady je příspěvek ústředí a APHPP, který je určen k podpoře charitativní činnosti v méně vyspělých zemích.

<sup>104</sup> Výroční zpráva 2010, 2011. [Organizační struktura] In: *Diakonie ČCE hospic CITADELA* [online]. 2012 © 2013 VIZUS [cit. 2013-03-05]. strana 6. Dostupné z: <http://www.citadela.cz/res/data/004/000531.pdf>



### Zdroje financování

Finanční zdroje představují pro organizaci možnost naplňovat své poslání a cíle. Na financování hospice Citadela se podílí několik složek, jejich struktura je uvedena níže (tab. 5).

Tab. 5 Struktura příjmů za rok 2011 <sup>105</sup>

Struktura příjmů	v Kč
<b>MPSV ČR</b>	4 669 000
<b>Dotace kraje</b>	563 000
<b>Dotace obcí</b>	752 000
<b>Úhrady zdravotních pojišťoven</b>	10 440 122
<b>Sbírky a sponzorské dary</b>	1 815 706
<b>Úhrady od klientů za péči</b>	14 730 738
<b>Ostatní příjmy</b>	379 621
<b>Celkem příjmy</b>	<b>33 350 187</b>

Největší složku představují úhrady od klientů (za pobyt, stravu, péči) jejíž součástí je příspěvek na péči dle výše stupně závislosti, kdy celková její výše pro rok 2011 je 14 730 738 Kč tj. 44,17% z celkových příjmů. Dalším, druhým největším zdrojem financování jsou úhrady zdravotních pojišťoven. Ty v roce 2011 dosáhly výše 10 440 122, tedy 31,3%.

V roce 2011 v rámci úsporných opatření vlády došlo ke snížení dotací na provozní náklady na úrovni MPSV ČR o 13%. Toto snížení bylo ještě výraznější ze strany kraje, kde rozdíl oproti roku 2010 představuje více než 55 %. Tento výpadek finančních prostředků řešil management hospice krácením mezd všem zaměstnancům a zahájením řady vyjednávání. I nadále se MPSV ČR podílí 14 % na celkové výši zdrojů financování.

#### 6.2.4 Personální oblast

V současné době zajišťuje zdravotní péči 5 lékařů, ošetrovatelskou péči 21 zdravotních sester a přímou obslužnou péči 27 pracovníků. Dalšími články týmu jsou duchovní, psychiatr, psychoterapeut. Také dobrovolníci jsou důležitým prvkem interdisciplinárního týmu. Pro hospic Citadela je, zprostředkovává dobrovolnické centrum Adra ve Valašském Meziříčí. Vytvářejí klientům společnost, zpříjemňují volný čas povídáním, čtením, vyváže-

<sup>105</sup> Výroční zpráva 2011, 2012. [Organizační struktura] In: *Diakonie ČCE hospic CITADELA* [online].2012 © 2013 VIZUS [cit. 2013-03-05]. strana 6. Dostupné z: <http://www.citadela.cz/res/data/004/000531.pdf>

jí klienty ven do zahrady, trpělivě jim naslouchají. Taktéž pomáhají při práci na zahradě. V současné době tuto práci vykonává 14 dobrovolníků. Kromě těchto uvedených pozic je provoz hospice Citadela zajištěn dalšími profesemi. Jedná se o pracovníky na manažerských pozicích, pracovníky stravovacího provozu, prádelny, úklidu a údržby a další. Průměrný počet kmenových zaměstnanců zajišťující celý chod hospice je v posledních třech letech 77 osob. Největší fluktuace byla zaznamenána v roce 2009. Oproti velkému překvapení, které sebou přinesl rok 2011, kdy i přes potencionální riziko ohrožení existence organizace byl stav pracovníků stejný jako v roce 2010. Tato skutečnost svědčí o velmi dobré firemní kultuře.<sup>106</sup>

### *Vzdělávání a profesní rozvoj zaměstnanců*

Pro organizaci je velmi důležité mít profesionální a důvěryhodný personál, klade důraz nejen na výběr, ale také vzdělávání a péči o své zaměstnance. Všichni zaměstnanci splňují kvalifikaci požadovanou pro své pracovní zařazení. Každoročně se účastní akreditovaných seminářů, kurzů a exkurzí.

Vzdělávání pracovníků v přímé obslužné péči je zaměřeno převážně na komunikaci, zvládnutí agresivity u klientů, péči o klienty se sníženou schopností sebeobsluhy, standardy v sociálních službách, sociální práci se seniory a v práci s truchlícími a pozůstalými. Vzdělávání nelékařských zdravotníků je realizováno v souladu se zákonnými požadavky stanovující celoživotní vzdělávání zaměřeno na komplexní ošetrovatelskou péči, komunikaci s klienty, zvládnutí agresivity u klientů, péči o dementní, paliativní péči a péči o inkontinentní. Všichni lékaři pracující v hospici Citadela, absolvovali postgraduální vzdělávání „*Paliativní medicína a léčba bolesti*“. V rámci vzdělávání organizace probíhá spolupráce se studenty Slovenské republiky, kteří v hospici pravidelně absolvují dvoutýdenní stáže.<sup>107</sup>

### **6.2.5 Public relations**

Vytvářet si a udržovat dobré vztahy s různými veřejnostmi je důležité, neboť na nich závisí úspěch či neúspěch organizace.

---

<sup>106</sup> Výroční zpráva 2011, 2012. [Organizační struktura] In: *Diakonie ČCE hospice CITADELA* [online]. 2012 © 2013 VIZUS [cit. 2013-03-05]. strana 6. Dostupné z: <http://www.citadela.cz/res/data/004/000531.pdf>

<sup>107</sup> *Diakonie Českobratrské církve evangelické* [online]. © 2013 VIZUS [cit. 2013-04-10]. Dostupné z: <http://www.citadela.cz/>

Organizace je vstřícná kontaktu různých zájmových skupin. Pořádá exkurze pro studenty SZŠ, VOŠ a VŠ. Jednou ročně je pořádán benefiční koncert v evangelickém kostele Valašském Meziříčí. V roce 2012 spolu s dalšími organizacemi poskytujícími sociální služby uspořádala Den otevřených dveří.<sup>108</sup>

Pro klienty jejich příbuzné, zaměstnance s rodinnými příslušníky organizuje příležitostní akce, jako jsou vánoční večírky, grilování na zahradě či hudební vystoupení žáků blízké ZŠ.<sup>109</sup>

Ve spolupráci se střediskem domácí péče Diakonie ČCE, zahájil v roce 2010 provoz hospicové paliativní péče v domácím prostředí. Součástí projektu byly vydány letáky, ve kterých má veřejnost možnost získat informace o paliativní péči s kontakty na hospic Citadela, domácí péči Diakonie ČCE a odkazy na internetové stránky s paliativní tematikou.

Hospic Citadela má vlastní webové stránky, jejíž design je shodný se zastřešující organizací Diakonie ČCE a dalšími organizacemi spadajícími pod Diakonii. Stránky jsou hezky zpracované, ale možná právě pro shodnou úpravu působí až nepřehledně. Taktéž postrádají častější aktualizaci, což organizaci ubírá na prezentovanosti.<sup>110</sup>

---

<sup>108</sup> Výroční zpráva 2011, 2012. [Organizační struktura] In: *Diakonie ČCE hospic CITADELA* [online]. 2012 © 2013 VIZUS [cit. 2013-03-05]. strana 6. Dostupné z: <http://www.citadela.cz/res/data/004/000531.pdf>

<sup>109</sup> Tamtéž

<sup>110</sup> Vlastní šetření

## 7 ROZHOVOR

Rozhovor byl více než dvouhodinový a probíhal v kanceláři ředitele NO Citadela. Následně pokračoval při prohlídce hospice. Rozhovor byl nahráván, doslovný přepis je součástí přílohy III diplomové práce. Analýza hloubkového rozhovoru je členěna do tematických oblastí:

### 7.1 Organizační členění hospicové péče

*„ Máme třicet šest registrovaných lůžek, ale s pojišťovnou se nám nikdy nepodařilo nasmilovat více než dvacet tři lůžek. Strukturalizace je taková, že pouze patnáct lůžek je nasmilovaných pro paliativní péči, 8 lůžek v režimu následné péče. Máme to tedy tak, že pro terminálně nemocné je těch 15 lůžek, pro preterminální stádia 8 lůžek a 13 je v režimu jakoby sociálně zdravotního lůžka pro preterminální stádia s pomalou progresí. A to proto, že nám pojišťovny vyhadzují úhrady u klientů, kteří jsou tady déle než měsíc.“<sup>111</sup>*

Označit určité období za preterminální není možné, neboť ne u všech je období umírání a blízkost smrti jasně rozpoznatelné. Jen nepřímě se preterminální stádium považuje za období, ve kterém se pacient vyrovnává se zhoršováním svého zdraví a které je svou konečnou prognózou letální.

#### 7.1.1 Doplnující otázky k tématu:

***Myslíte si, že kapacita českých hospiců je dostatečně naplněna?***

*„My spíše bojujeme o klienty.“<sup>112</sup>*

***V čem spatřujete největší problém?***

*„My to vidíme takto. Chování nemocnice se během dvou let změnilo v tom smyslu, že se snaží pacienty léčit doslova do posledního dne. Oni je léčí, přitom ví, že je to úplně nesmyslné, ví, že člověk je už v terminálním stádiu. My bychom měli poradník na hospicové klienty, kdyby nám neposílali nemocnice mnohé pacienty den před smrtí. Mnohdy ten pacient umře v sanitce nebo my ho tady nestačíme ani přijmout a tohle to je fenomén doby a tahle situace je průřezově v celé republice stejná. Čili tady něco totálně selhalo, i to co málo*

---

<sup>111</sup> Citace rozhovoru, příloha III

<sup>112</sup> Tamtéž

*fungovalo, přestalo fungovat před dvěma, třemi lety a tam já vidím jednoznačně ekonomický aspekt, prostě boj o obloženost lůžek ať už to jsou akutní lůžka nebo lůžka následné péče.*<sup>113</sup>

### ***Myslíte si, že lékaři vědí, kdy je vhodné zahájit paliativní péči?***

*„V roce dva tisíce deset v březnu se nám podařilo s asociací a přes lékařskou komoru prosadit, že byla vydána metodika pro včasné zahajování paliativní péče pro lékaře, která je nejen na stránkách české lékařské komory, ale dostala se i do všech nemocnic všem lékařům a v rámci různých příležitostí a seminářů toto bylo prezentováno. Musím říct, že máme dobrou zkušenost s mladší generací lékařů, kteří už mají součástí studia i povinné předměty v oblasti paliativní medicíny. A pak je celá řada lékařů, kteří si skutečně zjednodušují život tím, že mnohdy neindikují paliativní péči, protože rodina žádá pokračování ve standardní kurativní léčbě, a když to žádá rodina, která si jaksí myslí, že je to, to právě ořechové tak lékař si už nedělá moc starostí s tím, aby té rodině trpělivě vysvětlil, že právě pro jeho příbuzného by byla vhodnější paliativní léčba“<sup>114</sup>*

Publikace s názvem „Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci - Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011“, podává ucelené informace o cílové skupině, principech a možnostech paliativní péče, dále jaká jsou kritéria pro přijetí a postupu při přijetí. Taktéž informuje o možnostech a postupech při léčbě bolesti. Brožura je zakončena seznamem hospiců v ČR.

## **7.2 Financování**

Oblast financování je stěžejní oblastí udržitelnosti samotné organizace. Z rozhovoru vyplývá, že se hospic každoročně potýká s nejistotou, zda a v jaké výši dotaci získají. Základním problémem toku peněz jsou legislativní nedostatky ve skloubení sociální a zdravotní politiky.

### **7.2.1 Diferenciální otázky**

Při rozhovoru musely být kladeny otázky dle finančních zdrojů, ze kterých hospic Citadela čerpá a jejich využitelnosti pro poskytování zdravotně- sociálních služeb.

---

<sup>113</sup> Citace rozhovoru, příloha III

<sup>114</sup> Tamtéž

***Pokrývají úhrady zdravotních pojišťoven zdravotní složku péče?***

*„Z pojišťoven máme asi šedesát procent, což je u hospicové paliativní péče. Zdravotní pojišťovna nám u těch sociálních lůžek platí tak zoufale nízké částky, které vycházejí v průměru šedesát osm korun na lůžko a den. Ale my i u těch lůžek, kterých dohromady máme třicet čtyři v režimu sociálních lůžek tak tam máme pět sester, to musíme mít, ale z úhrad to pokryje jen sestry dvě. Vezměme si třeba klienta v tom terminálním stádiu on je skutečně někdy tak náročný na péči, že se to dá srovnat s intenzivní péčí poskytovanou v nemocnicích, ale když ta zdravotní pojišťovna nám platí v tom režimu sedm set třicet, pouze v kategorii čtyři, když vezmu tu kategorizaci tisíc dvě stě čtyřicet osm korun na lůžko tak je to polovina toho co platí pojišťovna na interním oddělení a jen zlomek toho co platí na jednotkách intenzivní péče.“<sup>115</sup>*

***Pokrývají úhrady za sociální služby poskytnutou péči?***

*„Je tam veliký problém, protože když si vezmete věkovou strukturu klientů, tak minimálně polovina z nich nemá přiznán žádný příspěvek na péči a i když se zdravotní stav zhoršuje tak, že by se slušelo mu přiznat nějaký příspěvek z hlediska stupně závislosti tak se to nestačí vyřídit při těch procesech dříve, než ten člověk umírá. Jak říkám příspěvek na péči u poloviny pacientů prakticky není a ten příspěvek zdaleka nepokrývá náklady sociální složky péče.“<sup>116</sup>*

***V jaké výši si přispívají klienti?***

*„Klienti si platí v podstatě na sociálních lůžkách podle zákona, podle vyhlášky pět set padesát, tedy za ubytování, stravu a příspěvek na péči, ale ti ryze paliativní platí stokorun regulační poplatek jako nemocnici a sto korun za nezdravotnické řekl bych nadstandardní služby.“<sup>117</sup>*

***V jaké výši dostáváte dotace z Ministerstva práce a sociálních věcí?***

*„Ta dotace je jen symbolická, pouze na pokrytí, je to částka tak 200, 220 korun na lůžko.“<sup>118</sup>*

---

<sup>115</sup> Citace rozhovoru, příloha III

<sup>116</sup> Tamtéž

<sup>117</sup> Tamtéž

<sup>118</sup> Tamtéž

***Jaké jsou minimální náklady na jedno lůžko?***

„Dneska minimální náklady na lůžko jsou 1850 korun, to je absurdní a níž se to nedá stlačit. Spíše je to 2000 až 2100 korun, ale my na částce 1850 jedeme stále. Takže z toho je těch 1250 úhrada zdravotní pojišťovny a 600 korun je sociální složka a tam jde o to jak ji získat. Když si vezmeme 600 korun, dotace je 200 tak pořád 400 chybí.“<sup>119</sup>

***Získáváte příspěvek města či obce na péči o svého občana?***

„Analogicky se snažíme žádat ty obce, ze kterých ten klient přichází a tam je to na jejich vůli či nevůli, když každá obec je povinna vytvářet sociální fond na pokrytí takových mimořádných událostí pro své občany, ale málokdy se rozhodnou z toho mimořádného fondu podpořit, ale jsou i takoví, kteří podpoří. Nikde není ta zákonná povinnost, byť už 10 let se o tom hovoří, že by to tak mělo být a že by obce měly přispívat minimálně 15% z rozpočtu na své spoluobčany. My teda naštěstí díky velice dobré spolupráci s městem, řekl bych až nadstandardní spolupráci tak se daří získávat mimořádné dotace, formou tzv. kvazimandatorních výdajů, takže už při sestavování rozpočtu na další rok se počítá s nějakou částkou, o kterou pak všichni v té konkurenci tady se snažíme bojovat a usilovat, aby se na nás dostalo.“<sup>120</sup>

***Spolupracujete s nadacemi?***

„Nejlepší spolupráci máme s nadací Umění doprovázet, což je nadace, která je speciálně zaměřena na pomoc paliativní péči. No a standardní nadace OKD, to je taky neštěstí, tam se taky snažíme žádat, ale vždycky nám sdělí, že jsme mimo jejich zájmovou skupinu. Prostě o seniory není zájem mezi nadacemi obecně.“<sup>121</sup>

***Využíváte možnosti příspěvku z fondů Evropské unie?***

„Ty jsou pro nás nedosažitelné. Z fondů EU se podařilo spolu s městem získat dotaci na rekonstrukci budovy, kde máme sociální služby, ale jinak nic.“<sup>122</sup>

---

<sup>119</sup> Citace rozhovoru, příloha III

<sup>120</sup> Tamtéž

<sup>121</sup> Tamtéž

<sup>122</sup> Tamtéž

***Jaké další finanční zdroje používáte?***

„Pro nás jsou důležití dárci fyzické osoby, sponzoři, mnohdy my to nemůžeme samozřejmě nijak znásilňovat, ale fakt je ten, že pokud jsou rodiny spokojeny s péčí o své blízké u nás tak třeba po ukončení hospitalizace dají s vděčností nějaký dar finanční, který pak automaticky dáváme do mezd pro personál jako ocenění služby.“<sup>123</sup>

***Máte stále sponzory?***

„Ze začátku nebyl nikdo, jak se postupně rozbíhala činnost tak se postupně zvyšoval okruh sponzorů. Dnes u těch firem bych řekl, že to jsou stabilní sponzoři, kteří dávají standardně stejné částky. V době ekonomické krize někteří odpadli, že nemají.“<sup>124</sup>

***Jak komunikujete s Vašimi donátory?***

„Máme vlastního fundraisera na půl úvazku, my děláme aktivní fundraising jen u firem. Každý rok jim zasíláme žádosti s výročními zprávami. U fyzických osob, spíše je to tak, že když se vyřizuje agenda spojená s přijetím do hospice tak při tom, kdo tak se mu vysvětlí situace jaká je, protože se mu vysvětluje regulační příspěvek a stovka, že je to symbolická, a že se nebudem bránit tomu, když budou spokojeni tak podle svého uvážení, že můžou přispět. Čili tam na to nijak netlačíme, neapelujeme, upozorníme je při tom vstupu při projednávání podmínek.“<sup>125</sup>

***Jaká je výše příspěvku od donátorů?***

„Když to vezmu na těch dvacetjednamilionů tuším šestsettisíc, procentuelně to vychází na tři- čtyři procenta.“<sup>126</sup>

***Na co využíváte takto získané peníze?***

„No to využíváme vysloveně na obnovu zařízení, protože to je další průšvih neziskových organizací, že na rozdíl od příspěvkových organizací. My to nemůžeme financovat ani z ministerských dotací. Raději bychom byli, kdyby to všechno fungovalo jaksi systémově a

---

<sup>123</sup> Citace rozhovoru, příloha III

<sup>124</sup> Tamtéž

<sup>125</sup> Tamtéž

<sup>126</sup> Tamtéž



*tyto peníze bychom mohli použít na zkvalitňování péče nebo na nadstandardní formy služeb* „<sup>127</sup>

Stěžejní donátoři spolupracují s NNO od dob jejího založení jsou pro organizaci stabilními finančními zdroji. Nové organizace však neoslovuje, jejich získávání je spíše nahodilé, neexistuje jejich seznam a kontakty. Fyzické osoby jsou o možnosti dárcovství informovány při zahájení služeb, poté již ne.

### **7.3 Personální oblast**

#### ***Mají pracovníci možnost odborného růstu?***

*„Je zde několik sester, které postupně, nejdřív si udělaly specializace pak bakalářské vzdělání a dnes 2 studují magisterské studium, protože předpokládám, že do budoucna zaujmou pozice vrchních sester.*“ <sup>128</sup>

#### ***Je pro Vás důležitá týmovost?***

*„Já tady tvrdím a prosazuji od prvopočátku, že platným členem toho týmu je každý, počínaje lékařem a konče uklízečkou. Ze začátku, když jsme tým formovali, byla taková tendence, že zdravotní sestry se povyšovaly nad pečovatelkami, že ony jsou něco víc, pečovatelky nad uklízečky a tak dále. Vedu tady ten celý kolektiv k tomu, že co je platné, když tady bude vysoce kvalifikovaný lékař, kvalifikovaný personál, ale zároveň prach a nepořádek na pokojích. Tahle ta týmovost je nutná i z hlediska myšlení lidí, dostat jim to do podvědomí, aby to dělali takto rutinně.*“ <sup>129</sup>

#### ***Je platová úroveň zdravotnických pracovníků stejná jako v nemocnici?***

*„Je nižší než v nemocnicích u zdravotníků. Sestry se všemi příplatky v nepřetržitém provozu dosahují tak asi na osmnácttisíc hrubého. Pečovatelky zhruba čtrnácttisíc – to jsou ty klíčové profese. Pouze lékaři ti to mají standartě jako v nemocnicích.*“ <sup>130</sup>

---

<sup>127</sup> Citace rozhovoru, příloha III

<sup>128</sup> Tamtéž

<sup>129</sup> Tamtéž

<sup>130</sup> Tamtéž

***Co pro vás znamená multidisciplinární tým?***

*„To jsou tak trošku dobrovolníci, ty vám nikdo nezaplatí. Stejně tak jako nám nezaplatí rehabilitace, nenasmlouvá pojišťovna žádný výkon. Přitom víme, že rehabilitace, zvláště u sociálně zdravotních klientů přináší efekt, takže náš personál se snaží tuto rehabilitační činnost dělat alespoň základní prvky. Stejně tak jako nenasmlouvá výkon psychologa nebo psychoterapeuta. To je děs. Takže tam my to musíme platit z vlastních zdrojů. Máme psychoterapeuty, psychiatra na smluvní vztah, který sem dochází 1-2x týdně, případně podle potřeby, ale toto je úplně mimo vyhlášku o personálním vybavení tím pádem to ani pojišťovnu nezajímá.“<sup>131</sup>*

Nová vyhláška pozměnila v přepočtu na úvazek minimální počet pracovníků v paliativní péči. Snížení úvazku se týká profese lékař specialista; všeobecná sestra bez dohledu a všeobecná sestra nebo zdravotnický asistent; sanitář, ošetřovatel. Psycholog má být jen dostupný. Sociální pracovník dle MZ ČR není vůbec potřebný. S ohledem na multidisciplinární typ péče je kromě lékařského a ošetřovatelského personálu nutná přítomnost fyzioterapeuta, sociálního pracovníka a klinického psychologa.

---

<sup>131</sup> Citace rozhovoru, příloha III

## 8 SHRUTÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI

Na základě provedených analýz bylo zjištěno, že hospice jako neziskové organizace se potýkají s nedostatkem finančního krytí svých aktivit a nárůstem nároků na poskytování služeb. Problematika se nevyhýbá ani státním a nestátním hospicovým zařízením, přestože je zdraví hodnotným veřejným statkem, bývá platba za zdravotnický výkon podfinancována.

Praktická část přinesla odpovědi na výzkumné otázky:

### ➤ **Jaký je kvalita a rozsah poskytované péče zařízení Citadela?**

Hospic Citadela poskytuje: specializovanou paliativní péči nemocným v preterminálním a terminálním stádiu života, pobytové sociální služby klientům se sníženou soběstačností, demencí, dále respitní péči nemocným z domácího prostředí.

Péče je poskytována multidisciplinárním týmem. V současné době dle sdělení ředitele hospic eviduje 112 zaměstnanců v různých procentech úvazku a navíc 14 stálých dobrovolníků, kteří se podílejí na přímé péči o klienty a technické údržbě organizace.

Na pracovišti jsou příjemné pracovní vztahy. Lékař dosahuje finančního odhodnocení ve stejné výši jako je ve státním sektoru, ale NLZP pobírají mzdu mnohem nižší než je plat u kolegů ve státním zařízení. Přesto je fluktuace zaměstnanců nízká, což může být obrazem nastavené dobré firemní kultury a hodnoty poslání.

Analýza vnitřního prostředí přinesla zjištění, že rozsah a kvalita poskytovaných služeb je v současné době na standardní úrovni, probíhá v kultivovaném prostředí v pozitivní organizační kultuře. Zdroje zpětné vazby nemůžou být zcela zachyceny a objektivizovány, vzhledem k tomu, že hospice poskytují péči klientům v terminálním stadiu. Časový prostor a ani etika neumožňuje získávat zpětnou vazbu písemně, a pokud ano, tak prostřednictvím děkovných dopisů od příbuzných.

### ➤ **Jaké finanční zdroje zařízení Citadela využívá ke krytí nákladů?**

Ohnisko problémů se soustřeďuje na nedostatečné financování, které vychází z legislativních mezer v sociální a zdravotní politice ČR.

Největší složku financování představují úhrady od klientů (za pobyt, stravu, péči). Součástí je sociální příspěvek na péči dle výše stupně závislosti, ale s tím hospic nemůže počítat jako se stálou složkou u terminálně nemocných pacientů (časová prodleva ve vyřízení stupně závislosti).

Druhým největším zdrojem financování jsou úhrady zdravotních pojišťoven. Problémem jsou jejich krácené úhrady dle loňské tvorby a nenavyšování bodu za výkon. Dotace MPSV ČR, kraje a obcí jsou nenárokovou složkou a tak hospic neví v jaké výši jim stát a obec na daný rok dotaci přidělí.

Sbírkový, sponzorský dar tvoří spíše zanedbatelné množství (3% z financování), nejsou pravidelným příjmem hospice. Nabízí se otázka, zda to není způsobeno nízkou úrovní marketingových a komunikačních aktivit. Cíle hospice jsou orientované na úzce profilovanou skupinu lidí (umírající, nemocní a jejich příbuzní). Hodnota produktu je vysoká jak pro jednotlivce, tak pro celou společnost. Veřejnost vnímá potřebu klidného a důstojného umírání, ale často nenachází nabídku této služby v odborných kruzích. Sama organizace si je jista potřebností a dokonalostí své služby, ale výhody nedokáže účelně komunikovat.

#### ➤ **Jaké jsou možnosti zlepšení provozování hospicové péče?**

Jedinou cestou, která se odborníkům nabízí je úprava legislativy, ale to je dlouhodobý proces a ne příliš ovlivnitelný samotnou organizací. Co může organizace ovlivnit je lobbing veřejnosti.

Možnosti zlepšení vychází z myšlenky nedostatečné komunikace s dárci a s veřejností. PR není budována kontinuálním procesem, řízené jsou spíše jednorázové aktivity např. vánoční večírky, grilování na zahradě pro klienty (a jejich příbuzné), i pro zaměstnance (a jejich rodinné příslušníky). Jednou za rok se koná benefiční koncert. Sebe prezentace na internetu není aktualizována a hospic nevyužívá nové formy komunikační techniky.

V podstatě je PR častěji omezoována na osobní komunikaci při přijetí klienta do zařízení. Je neformálním způsobem nabídnuta možnost finančního příspěvku - daru ve výši 100 Kč/den, který je v dokumentech organizace označován jako příplatek za nadstandardní péči. Výše příspěvku byla šetřením zjištěna jako nejnižší v tomto druhu poskytovaných služeb.

V rámci konání Dnu otevřených dveří sociálních služeb ve Zlínském kraji, byl tento event zorganizován i v hospici Citadela, ale opakování už šetřením nebylo zaznamenáno.

V rámci vzdělávání spolupracuje Citadela se slovenskými kolegy, organizují vzájemné výměnné pracovní stáže. Taktéž je hospic výukovým centrem pro studující posluchače v oboru paliativní péče.

Možnosti zlepšení fungování organizace je námětem třetí části diplomové práce.

### **III. PROJEKTOVÁ ČÁST**

## 9 NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ

Kapitola je projektem s dlouhodobým cílem. Je strategickým plánem, jak dovést konkrétní organizaci k ekonomické stabilizaci.

Název projektu: **Navrhovaná opatření pro zkvalitnění paliativní péče NNO Citadela**

Strategie projektu nám určí, jakým způsobem bude optimální projekt realizovat, tak aby se proces změny ze stávajícího stavu (vymezila situační analýza) dostal do stavu cílového.

**Hlavním cílem projektu je poskytovat kvalitní a dostupnou paliativní péči dle doporučení WHO.**

**Účelem projektu je udržitelnost služeb hospicové péče ve Zlínském kraji.**

Jedinou cestou, která se odborníkům nabízí je úprava legislativy, ale to je dlouhodobý proces a ne příliš ovlivnitelný samotnou organizací. Co může organizace ovlivnit je lobbying veřejnosti. Praktická část avizuje nedostatečnou komunikaci s dárci a s veřejností. PR není budována kontinuálním procesem.

### 9.1 Oblasti navrhovaných změn

Navrhovaná opatření se týkají těchto oblastí:

- **Legislativy**
- **Vzdělávání**
- **Informovanosti**

#### 9.1.1 Oblast legislativy

Navrhovaná opatření pro hospic Citadela je v souladu s dokumentem „Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015“

**Termíny:** do roku 2016

**Dílčí kroky:**

- Zajištění a respektování práv pacientů
- Legislativní úprava terénní specializované paliativní péče
- Úprava pracovněprávních vztahů osob, které se podílejí na specializované paliativní péči

**Odpovědná osoba:** koncept byl vypracován Výborem pro lidská práva a biomedicínu ve spolupráci s Českou společností paliativní medicíny a Hospicovým občanským sdružením Cesta domů. Odpovědnost za úpravu legislativních kroků nesou ministerstva, kterým byl koncept předložen.

### 9.1.2 Možnost ve vzdělávání

Podporováním rozvoje středoškolského, vyššího odborného a vysokoškolského a postgraduálního vzdělávání v oblasti paliativní péče zvýšíme povědomí zainteresovaných stran o NNO a kvalitu její péče. Podporování manažerských schopností a dovedností, především v marketingu neziskových organizací zajistíme finanční a lidské zdroje pro provoz NNO.

**Termín:** dlouhodobý

#### Dílčí kroky:

- CŽV zaměstnanců lékařské i NLZP kategorie.
- Prohlubování vzdělávání lékařů v paliativní péči doporučujících zahájení paliativní péče.
- Vzdělávání v marketingové komunikaci stávajícího manažera na pozici fundraisera.

**Odpovědná osoba:** ředitel Citadely

### 9.1.3 Informovanost o poslání Citadely

Prohlubování informovanosti zainteresovaných stran může zajistit zájem o Citadelou poskytované služby a zvýšit tak obložnost lůžek.

**Termín:** dlouhodobý

#### Dílčí kroky:

- Zvýšit PR organizace směrem ke zdravotníkům
- Zvýšit PR k potenciálním klientům
- Zvýšit PR k donátorům

**Odpovědná osoba:** Fundraiser

### 9.1.4 Zainterесované strany:

Tab. 6: Přidaná hodnota zainterесovaným stranám.<sup>132</sup>

Ministři	Propojením sociálně zdravotního systému dle doporučení EU
Vedení hospice Citadela	Finanční stabilita
Zdravotničtí pracovníci	Znalosti, informace, morální kredit
Potencionální klienti a jejich příbuzní	Kvalitní péče, spokojenost
Donátoři	Morální kredit, protiplnění

### 9.1.5 Kritéria projektu

Projekt můžeme považovat za úspěšný, pokud dojde k pozitivnímu přijetí změn, které projekt avizuje, a to všemi uvedenými zainterесovanými stranami.

- Provedení legislativních úprav
- Zlepšení ekonomických ukazatelů organizace
- Kvalitní a dostupná péče
- Spokojenost zainterесovaných stran
- Zlepšení PR

---

<sup>132</sup> DOLEŽAL, J. a kol.: *Projektový management podle IPMA. Praha:Grada Publishing, 2012. 526 s. ISBN 978-80-247-4275-5*



## 9.2 SWOT analýza

Tab. 7: SWOT analýza<sup>133</sup>

<b>SILNÉ STRÁNKY:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lidské zdroje</li> <li>• Technické zázemí</li> <li>• Firemní kultura</li> </ul>	<b>SLABÉ STRÁNKY:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PR organizace</li> <li>• Finanční zdroje</li> <li>• Moderní metody řízení</li> </ul>
<b>PŘÍLEŽITOSTI:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Úprava legislativy</li> <li>• Vzdělávání zdravotnických pracovníků</li> <li>• Informovanost zainteresovaných stran</li> <li>• Manažerské vzdělávání managementu</li> <li>• Demografické (stárnutí populace)</li> </ul>	<b>RIZIKA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nepřijetí legislativních změn</li> <li>• Odliv pracovníků</li> <li>• Nezájem donátorů</li> <li>• Krácení úhrad za zdravotní péči</li> </ul>

Vzhledem k dlouhodobým cílům byl pro potřeby práce vystaven **projekt PR hospice Citadela**, který je v souladu s navrhovanými opatřeními a lze jej uskutečnit jako krátkodobý plán.

Zahrnuje takové dílčí aktivity, komunikační a vzdělávací, jež v konečném důsledku mohou způsobit tlak veřejnosti (dospělé populace i zdravotníků), který je mnohdy nutný k legislativním úpravám.

Jako pomůcku při stanovení SMART cílů konkrétního projektu se v projektovém řízení používá technika logického rámce (logframe). Metodikou logického rámce bude vystaven dokument, jenž bude definováním výstupů projektů, prostředkem ke sledování průběhu projektu a také komunikačním nástrojem zainteresovaných stranám.

<sup>133</sup> DOLEŽAL, J. a kol.: *Projektový management podle IPMA*. Praha: Grada Publishing, 2012. 526 s. ISBN 978-80-247-4275-5

## 10 PROJEKT PR HOSPICE CITADELA

Projekt PR byl vybrán, protože bylo Public relations definováno analytickými postupy jako nedostatečné. Moderní metody PR nejsou organizací plně využívány. Přístup je spíše pasivní, byly zaznamenány jen aktivity sporadického charakteru. Z pohledu moderního řízení PR se nabízí zvyšovat uvědomení zainteresovaných stran takovými prostředky, které mohou nabývat v prostředí NNO netradičních podob.

### 10.1 Současný stav PR:

Organizace se prezentuje na svých webových stránkách, nelze však zaznamenat četnější aktualizaci informací o činnostech a aktivitách organizace. Z rozhovorů s ředitelem vychází najevo, že zájmová skupina donátorů není aktivně oslovována a nijak evidována. Poděkování a morální kredit dárcům je etablován nástěnkou při vstupu do budovy a jednou za rok ve výroční zprávě.

Paliativní péče je disciplínou medicíny, která se vzhledem k demografickým vyhlídkám prudce rozvíjí. Trh není nasycen odborníky, natož uvědomělými zdravotníky. Znalosti o paliativní péči a fungování organizace, jejího poslání a vize, by měly být komunikovány právě k lidem ve zdravotnictví.

Samotní nemocní a jejich příbuzní mají spíše zkreslené informace o cílech hospicové péče, stále upřednostňují péči v nemocnicích, protože se domnívají, že je kvalitnější. Význam hospicové péče jim není dostatečně objasněn

#### Popis projektu:

Formou nových komunikačních prostředků budou cíle a vize organizace komunikovány těmto zainteresovaným stranám:

- Zdravotničtí pracovníci
- Potencionální klienti a jejich příbuzní
- Donátoři
- Dospělá populace

Bude využito prezentace a komunikace organizace na sociální síti Facebook, upraveny a aktualizovány webové stránky. Zavede se direkt mail databáze adres a bude zlepšena zpětná vazba dárcům cestou emailu.

Velký potenciál nabízí využití corporate designu, to je využití loga, hlavičkových papírů a vizitek. Součástí jsou osobní dopisy při příležitostech, jako je komunikace s donátory, dobrovolníky nebo příbuznými klientů. Jedná se zejména o poděkování, přání k vánocům nebo benefičních akcí.

PR ke zdravotníkům bude vedeno spíše klasickou formou, konáním odborných seminářů. Z moderních metod může být využito způsobu diskusního fóra.

Oslovováním regionálních médií docílí organizace u celé veřejnosti povědomí o její existenci, poslání a cílech. Příspěvky a odborné články nebo tiskové zprávy z Dnů otevřených dveří, mohou být také impulsem k dárcovství nebo dobrovolnictví.

## 10.2 Cíl projektu

Cíl projektu vychází z navrhovaných opatření, je ve shodě s dílčím cílem vzdělávacím i informačním.

**Název projektu:** PR hospice Citadela

**Hlavní cíl projektu:** Udržitelnost služeb hospicové péče ve Zlínském kraji.

**Účel projektu:** Zvýšit informovanost o službách poskytovaných hospicem Citadela

**Předběžné podmínky:**

- Harmonie s odsouhlasenými a navrhovanými opatřeními
- Finanční krytí výdajů
- Navýšení pracovního úvazku fundraisingového manažera pro PR aktivity
- Technické prostředky

**Analýza rizik:**

- Nesouhlas s navrhovanými opatřeními
- Nedostatek financí
- Nesouhlas manažera s navýšením pracovního úvazku
- Nedostatečné HW a SW vybavení
- Nekvalitní výstupy
- Nezájem zainteresovaných stran
- Transparentnost

### 10.2.1 Logický rámec projektu

<b>Logický rámec:</b>  <b>Projekt: PR hospice Citadela</b>	<b>Program:</b> 2013-2014
	<b>Navrhovaná opatření</b>
<b>Předkladatel: : Kijonková Jolana</b>	<b>Celkový náklady:</b> KČ
	<b>Přijatelné náklady:</b> KČ

Hlavní cíl	Objektivně ověřitelné indikátory	Zdroje k ověření	
<b>Udržitelnost služeb hospicové péče ve Zlínském kraji.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Provedení legislativních úprav</li> <li>• Zlepšen ekonomických ukazatelů organizace</li> <li>• Kvalitní a dostupná péče</li> <li>• Spokojenost zainteresovaných stran</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dotazníkové šetření</li> <li>• Výkazy organizace</li> <li>• Hospitalizovanost</li> <li>• Nové smlouvy o dárcovství</li> <li>• Dotazník</li> <li>• Zákony a vyhlášky</li> </ul>	
Účel/cíl projektu	Objektivně ověřitelné indikátory	Zdroje k ověření	Předpoklady/rizika (vnější)
<b>PR hospice Citadela</b>  Operační cíl: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zvýšit informovanost o službách poskytovaných hospicem Citadela:</li> <li>• 1.1 PR směrem ke zdravotníkům</li> <li>• 1.2 PR směrem k donátorům</li> <li>• 1.3PR k potenciálním klientům a jejich příbuzným</li> <li>• 1.4 PR k veřejnosti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zpětná analýza a vyhodnocení projektu</li> <li>• Veřejné a odborné akce</li> <li>• e-prezentace organizace</li> <li>• den otevřených dveří</li> <li>• kurzy, semináře</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dotazníky</li> <li>• Adresář, seznam donátorů</li> <li>• Internet</li> <li>• Sociální sítě,</li> <li>• Publicita v médiích</li> <li>• Fotodokumentace z akcí</li> <li>• Odborné články</li> <li>• Výroční zprávy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spokojenost zainteresovaných stran</li> <li>• Zlepšení ekonomických ukazatelů organizace</li> <li>• Kvalitní a dostupná péče</li> <li>• Provedení legislativních úprav</li> </ul>

Výstupy projektu	Objektivně ověřitelné indikátory	Zdroje k ověření	Předpoklady/rizika (vnější)
1.1. Seminář 1.2. Založení diskusního fóra 2.1. Vizitky 2.2. Hlavičkový papír 2.3. Osobní dopis 2.4. Direct mail databáze 2.5.e-pošta (výroční zprávy, poděkování, po- přání k svátkům)  3.1. Den otevřených dveří  4. 1. www prezentace 4.2. Prezentace na Facebooku 4.3. Příspěvky, odborné články 4. 4. Diskusní fórum	1.1. Podpisový arch zúčastněných 1.2. Odborná e- konference 2.1. Počet rozdaných vizitek 2.2. Šablona 2.3. Zvýšení nákladů na kanc. potřeby a pošt. 2.4. Zálohování dat 2.5. Počet rozeslaných zpráv  3.1. Počet návštěvníků 3.2. Náklady  4.1. Aktualizace stránek 4.2. Fcb profil 4.3. Tištěný materiál, e-dokumenty 4.4. Laická e- konference	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fotodokumentace</li> <li>• Projektová dokumentace</li> <li>• Statistika internet kliků</li> <li>• Ohlasy účastníků</li> <li>• Publicita v médiích</li> <li>• Výkazy</li> <li>• CD diskety</li> <li>• Internet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• malý počet zúčastněných</li> <li>• vysoké náklady</li> <li>• spamy</li> <li>• šíření poplašné zprávy, hoaxy</li> <li>• ochrana osobních dat</li> <li>• redakční pochybení</li> </ul>
Aktivity projektu	Prostředky/vstupy	Časový rámec aktivit	Předpoklady/rizika (vnější)
1.1.1Přednášející (zaměstnanec) ✓ přednáška 1.1.2 Organizace semináře ✓ pozvánky ✓ rezervace místnosti ✓ občerstvení ✓ dotazník 1.2.1 Založení 1.2.2 Vedení konference 2.1.1 Návrh 2.1.2 Objednávka tisku 2.2.2 Vytvoření šablony 2.3.1. Šablona, znění	1.1 Ústní smlouva ✓ HW, SW, zdroje 1.1.2 smlouva o pronájmu ✓ Platby za objednávky ✓ Organizátor ✓ Občerstvení z vlast. zdrojů ✓ Dovoz 1.2.1 technické prostředky ✓ Administrátor ✓ Jednorázová platba 2.1- 2.3; 2.5.1 Grafik ✓ Krytí nákladů 2.4 ICT technik	1.1.1. 6-10/2013 Odpovědnost: PR manažer 1.1.2. 8-10/2013 Odpovědnost: PR manažer  1.2.1. 6/2013 Odpovědnost: PR manažer jako administrátor+ IT technik  2.1. -2.3.1. 6-8/ 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nepřípravenost-neodbornost přednáš- ky</li> <li>• Špatná organizace</li> <li>• Technické selhání</li> <li>• Nedostatek všech zdrojů (lidské, fi- nanční, materiální)</li> </ul>

<p>2.4.1. Zakoupení programu                  2.4.2 Organizace dat a plnění                  2.5.1 Šablona odchozí pošty</p> <p>3.1.1. Organizace akce                  ✓ pozvánky donátorům, médiím                  ✓ občerstvení                  ✓ odstranění pavučin                  ✓ organizace, harmonogram                  ✓ tisková zpráva</p> <p>4.1.1. revize, úprava, aktualizace                  4.2.1. založení profilu                  4.3.1. příspěvek                  ✓ určení autora                  ✓ kontaktování redaktora</p> <p>4.4.1 Založení fóra                  4.4.2 Vedení konference</p>	<p>✓ Platba                  ✓ HW</p> <p>3.1                  ✓ Organizátoři                  ✓ Občerstvení z vlast. zdrojů                  ✓ Úklid                  ✓ Fin. zdroje</p> <p>4.1-4.2 IT technik                  ✓ Platba</p> <p>4.3 autor                  ✓ Platba</p> <p>4.4 IT technik                  ✓ SW, HW</p>	<p>Odpovědnost: PR manažer</p> <p>2.4-2.5 6/2013                  Odpovědnost: IT technik                  3.1 termín 5/2014                  ✓ 3/2014                  ✓ 5/2014                  ✓ 5/2014                  ✓ 1/2014                  ✓ 4/2014, po konání 5/2014</p> <p>Odpovědnost: PR manažer                  4.1-4.2 7/8/2013                  Odpovědnost: IT technik                  4.3 1/2014                  Odpovědnost: Ředitel                  4.4.1-4.4.2 6/2013                  Odpovědnost: PR manažer jako administrátor+ IT technik</p>	
			<p><b>Předběžné podmínky</b></p>
			<p>Harmonie s odsouhlasenými a navrhovanými opatřeními                  Finanční krytí výdajů                  Navýšení pracovního úvazku fundraisingového manažera pro PR aktivity                  Technické prostředky</p>

### 10.2.2 Předběžné podmínky projektu

- Harmonie s odsouhlasenými a navrhovanými opatřeními
- Finanční krytí výdajů
- Navýšení pracovního úvazku fundraisingového manažera pro PR aktivity
- Technické prostředky

Projekt musí být schválen výkonnými orgány Diakonie ČCE. Ředitel hospice sestaví společně s PR manažerem fundraisingový plán pro krytí nákladů a je schopen k němu sám aktivně přistupovat.

Vzhledem k tomu, že organizace je nezisková a ekonomicky nestabilní, je žádoucí, aby projekt PR byl co nejméně nákladný.

### 10.2.3 Rizika projektu

- Nedostatečné krytí výdajů
- Nezájem donátorů (dobrovolníků, sponzorů)
- Nezájem veřejnosti
- Nezájem zdravotníků
- Nesouhlas s navýšením pracovního úvazku fundraisingového manažera
- Selhání technických prostředků
- Nevhodně zvolený komunikační nástroj
- Špatná organizace

### 10.2.4 Rozpočet projektu

Na financování projektu PR hospice Citadela byl vytvořen přehled celkových nákladů pro rok 2013-2014. Příjmy projektu jsou ušetřené osobní a materiálové náklady zaměstnanců hospice, práce dobrovolníků a nehmotné dary.

Tab. 8: Náklady/výdaje

Náklady / výdaje	seminář			den otevřených dveří		
	jednotková cena /Kč/hod., ks/	počet	celkem	jednotková cena /Kč/hod., ks/	počet	celkem
Pronájem konferenčního sálu pro 100 osob	700,00 Kč	5	<b>3 500,00 Kč</b>	-	0	-
Pronájem kongresové techniky - flipchart , plátno	500,00 Kč	1	<b>500,00 Kč</b>	-	0	-
Ozvučení	500,00 Kč	1	<b>500,00 Kč</b>	-		-
Coffeebreak (káva, minerálka, zákusek, chlebíček)	100,00 Kč	100	<b>10 000,00 Kč</b>	20,00 Kč	100	<b>2 000,00 Kč</b>
Pozvánky - tisk A5, jednostranné, barva	4,67 Kč	50	<b>233,50 Kč</b>	4,67 Kč	50	<b>233,50 Kč</b>
Vizitky 300 ks	2,00 Kč	150	<b>300,00 Kč</b>	2,00 Kč	150	<b>300,00 Kč</b>
Propagační materiály - reklamní USB flash disky s podklady - 4GB	130,00 Kč	100	<b>13 000,00 Kč</b>	-	0	-
Poznámkový kroužkový blok A6 s kuličkovým perem - pro účastníky semináře	35,00 Kč	100	<b>3 500,00 Kč</b>	-	0	-
Kancelářský materiál pro přípravný tým	250,00 Kč	1	<b>250,00 Kč</b>	150,00 Kč	1	<b>150,00 Kč</b>
Webová grafika, vytvoření databáze pro direct mailing - mzda pro brigádníka IT (hodinová mzda -200 Kč)	200,00 Kč	6	<b>1 200,00 Kč</b>	200,00 Kč	3	<b>600,00 Kč</b>
Oslovení klientů direct mailingem -plat lidským zdrojům - PR manager	500,00 Kč	4	<b>2 000,00 Kč</b>	500,00 Kč	2	<b>1 000,00 Kč</b>
Dokumentace akce (foto, video) - plat lidským zdrojům - PR manager	600,00 Kč		-	400,00 Kč	1	<b>400,00 Kč</b>



Materiál pro dokumentaci a vyhodnocení	600,00 Kč	1	<b>600,00 Kč</b>	300,00 Kč	1	<b>300,00 Kč</b>
Celkové vyhodnocení a fead back - plat lidským zdrojům - PR manager	2 000,00 Kč	1	<b>2 000,00 Kč</b>	1 500,00 Kč	1	<b>1 500,00 Kč</b>
Ostatní náklady - doprava, identifikátory apod.	1 000,00 Kč	1	<b>1 000,00 Kč</b>	300,00 Kč	1	<b>300,00 Kč</b>
Poštovné - doporučené psaní standard, obálka	30,00 Kč	60	<b>1 800,00 Kč</b>	30,00 Kč	20	<b>600,00 Kč</b>
Organizace akce - plat lidským zdrojům	8 000,00 Kč	1	<b>8 000,00 Kč</b>	4 000,00 Kč	1	<b>4 000,00 Kč</b>
<b>Celkem</b>			<b>48 383,50 Kč</b>			<b>11 383,50 Kč</b>
<b>Celkem</b>						<b>59 767,00 Kč</b>

Tab. 9: Příjmy/výnosy

Příjmy/ výnosy	Seminář			den otevřených dveří		
	jednotková cena /Kč/hod., ks/	Počet	celkem	jednotková cena /Kč/hod., ks/	počet	Celkem
Pronájem konferenčního sálu pro 100 osob	699,00 Kč	5	<b>3 495,00 Kč</b>	-	0	-
Kancelářský materiál pro přípravný tým	250,00 Kč	1	<b>250,00 Kč</b>	150,00 Kč	1	<b>150,00 Kč</b>
Webová grafika, vytvoření databáze pro direct mailing - mzda pro brigádníka IT (hodinová mzda -200 Kč)	200,00 Kč	6	1 200,00 Kč	200,00 Kč	3	600,00 Kč
Organizace akce - plat lidským zdrojům	8 000,00 Kč	1	<b>8 000,00 Kč</b>	4 000,00 Kč	1	<b>4 000,00 Kč</b>
<b>Celkem</b>			<b>12 945,00 Kč</b>			<b>4 750,00 Kč</b>
<b>Celkem</b>						<b>17 695,00 Kč</b>

Náklady/ výdaje	59 767,00 Kč
Příjmy/ výnosy	17 695,00 Kč
<b>Celkem</b>	<b>42 072,00 Kč</b>

Roční celkové náklady projektu činí 59 767,00 Kč. Uznatelné náklady jsou 42 072,00 Kč a jsou akceptovatelné pro neziskovou organizaci. Výnosy jsou darem donátorů

## 11 SHRUTÍ PROJEKTOVÉ ČÁSTI

Na základě provedených analýz bylo zjištěno, že se organizace potýká s více než jen ekonomickým problémem. Finance jsou samozřejmě jejich prioritní oblastí. Dofinacování musí organizace v současné době (za stávajících legislativních podmínek) hledat jinde než jen ze státních zdrojů, popř. regionálních.

Pro projektovou část diplomové práce se jevila jako nejvhodnější obrátit svou pozornost na lidi, kteří chod organizace mohou více či méně ovlivnit. Z analýz vyplývá, že nejen financování, ale i vztahy s veřejností – PR je jejich slabší stránkou.

Projekt PR hospice Citadela byl segmentován pro cílové skupiny:

- Donátory (lidské, finanční, materiálové)
- Zdravotníky
- Potencionální klienty a jejich příbuzné
- Dospělou populaci

Pro komunikaci poslání, vizí a hodnot hospice byl vypracován projekt metodou logframe a byl vytvořen přehledný dokument.

**Cílem projektu je zlepšit PR hospice Citadela směrem k cílovým skupinám.** Přidanou hodnotou očekávaného projektu je zlepšení udržitelnosti hospicové péče ve Zlínském kraji.

Z nástrojů pro komunikaci k řízení vztahů s veřejností byly zvoleny např. tyto cesty:

- Facebook a diskusní fóra
- Corporate identity
- Den otevřených dveří
- Odborný seminář

Projekt byl zhodnocen z hlediska nákladovosti, splnění předběžných podmínek a možných rizik v období na jeden rok. Projekt je schopen realizace.

## ZÁVĚR

Předmětem diplomové práce byla problematika paliativní a konkrétně hospicové péče ve vybraných hospicích. Teoretická část může být pojímána jako ucelený informační materiál a smyslu a cílech paliativní péče. Paliativní péče je odborným a podpůrným doprovázením těžce nemocných a umírajících lidí. Jejím krédem je zmenšit utrpení, ctít život a naději, posílit smysl života a jistotu kontaktu s nejbližší lidmi. Je službou, kterou poskytují neziskové organizace a suplují tak v pomáhání úlohu státu.

Myšlenkou bylo oslovit manažery několika hospiců a požádat je o spolupráci při plánovaném šetření. Nemilým překvapením bylo pro mne zjištění, že v neziskovém sektoru pracují lidé, kteří, zdá se, pod tíhou ekonomického tlaku, jsou neochotni komunikovat o problémech, které jejich organizace tíží. Ač byl původní záměr více komparativní, musel být cíl práce pozměněn. Po nabytí teoretických vědomostí a zjištění, že pro spolupráci nezískám více manažerů, jsem se rozhodla pro hloubkovou analýzu konkrétní organizace - hospice Citadela, jejíž ředitel je významným odborníkem v oblasti paliativní péče poskytované v ČR. Praktická část práce popisuje marketingové prostředí na základě sekundárních zdrojů a celkový obraz je doplněn kvalitativním šetřením.

Samotný rozhovor, posléze prohlídka doprovázená výkladem na mně zanechala pocity spíše osobního a profesního charakteru. Jako zdravotní sestře se mi význam hospicové péče (ve smyslu doprovázení na poslední cestě) vryl do paměti. Stala se pro mne službou s větší potřebností, než může umírajícímu poskytnout intenzivní medicína.

Zjištěné aspekty paliativní péče, která je v dnešní uspěchané době natolik potřebnou, bylo pro mne praktickým potvrzením obecného studia o fungování neziskových organizací. Základním problémem je oblast legislativní a oblast financování.

Že jsou možnosti zlepšení hospicové péče většinou v rukách politiků, bylo vidět v praktické části práce. Přesto jsem, na základě marketingového prostředí, mohla najít cestu pro zlepšení fungování hospice Citadela. Projekt vybudovaný ve třetí části diplomové práce se zdá být originálním a efektivním postupem pro konkrétní organizaci za přijetí předběžných podmínek.

Veškerá marketingová opatření, která si organizace vytvoří, nemůžou suplovat legislativní změny, které jsou odborníky navrhovány.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

1. BACHMANN, Pavel, *Management neziskové organizace*, Hradec Králové: Gaudeamus, 2011, s. 57-52. ISBN 978-80-7435-130-3.
2. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*. Vyd. 2. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
3. KUPKA, Martin. *Psychologické aspekty paliativní péče*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2931-1.
4. MISCONIOVÁ, Blanka. *Péče o umírající - hospicová péče*. Praha: Národní centrum domácí péče ČR, 1998.
5. MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie nebo paliativní péče?*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1025-0.
6. O'CONNOR, Margaret a Aranda, SANCHIA. *Paliativní péče*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1295-4.
7. PAYENOVÁ, S., J. SEYMOUROVÁ A CH. INGLETONOVÁ. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-25-1.
8. REKTOŘÍK, Jaroslav et al. *Organizace neziskového sektoru*. Vyd. 2. Praha: Ekopress, s.r.o., 2007, s. 13. ISBN 978-80-86929-25-5.
9. SLÁMA, O., J. DRBAL, a J. PLÁTOVÁ, J. *Umřít doma příručka pro laické pečující*. Brno: Moravskoslezský kruh, 2008. ISBN 978- 80- 254- 2788-0.
10. SLÁMA, O., L. KUBELKA a J. VORLÍČEK et al., *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-505-5.
11. SOUKALOVÁ, Radomila. *Strategický marketing*. Zlín: UTB FMK, 2004. ISBN 80-7318-177-
12. STUDENT, J., CH. MUHLUM, a U. STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha: H and H, 2006. ISBN 80-73-19-059-1.
13. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospic a umění doprovázet*. Vyd. 7 dopl., Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, ISBN: 978-80-7195-580-1.

14. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. Vyd. 5. dopl., Praha: Ecce Homo, 2003, ISBN 80-902049-4-5.
15. ŠIMKOVÁ, Eva. *Management a marketing v praxi neziskových organizací*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. ISBN 978-80-7435-012-2.
16. TOŠNER, Jiří a Olga SOZANSKÁ. *Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-178-6.
17. VORLÍČEK, Jiří a Zdeněk ADAM. *Paliativní medicína*. Praha: Grada 1998. ISBN 80-7169-437-1.

### Internetové zdroje

18. ANALÝZA: Demografické stárnutí ČR podle výsledků projekce. *Demografie* [online]. © 2004 - 2009 [cit. 2013-04-10]. Dostupné z: [http://www.demografie.info/?cz\\_detail\\_clanku&artclID=824](http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=824)
19. GOLLA, Petr. Kolik peněz proudí do zdravotnictví? In: *Finexpert* [online]. 25. 3. 2013 © 2013 [cit. 2013-04-5]. Dostupné také z: <http://finexpert.e15.cz/kolik-penez-proudi-do-zdravotnictvi>
20. ČESKO. Vyhláška č. 411 ze dne 14. 12. 2011, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. In: *Sbírka zákonů České republiky. Portál veřejné zprávy*. [online] ©2013 Ministerstvo vintra [cit. 2013-03-21]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/download?idBiblio=75786&nr=411~2F2011~20Sb.&ft=pdf>
21. ČESKO. Vyhláška č. 619 ze dne 20. prosince 2006 kterou se stanoví hodnota bodu. In: *Sbírka zákonů ČR. Portál veřejné zprávy*. [online] ©2013 Ministerstvo vintra [cit. 2013-03-21]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=63343&fulltext=&nr=619~2F&part=&name=&rpp=15#local-content>
22. ČESKO. Vyhláška č.99 ze dne 22.března 2012 o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. In: *Sbírka zákonů České republiky. Portál veřejné zprávy*. [online] ©2013 Ministerstvo vintra [cit. 2013-03-21].

- Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/download?idBiblio=77218&nr=99~2F2012~20Sb.&ft=pdf>
23. ČESKO. Vyhláška. č. 620 ze dne 20.prosince 2006, kterou se vydává seznam zdravotnických výkonů. In: *Sbírka zákonů České republiky. Portál veřejné zprávy 2006* [cit. 2013-03-20]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/download?idBiblio=63344&nr=620~2F2006~20Sb.&ft=pdf>
24. ČESKO. Vyhláška. č. 620 ze dne 20.prosince 2006, kterou se vydává seznam zdravotnických výkonů. In: *Sbírka zákonů České republiky. Portál veřejné zprávy 2006* [online] © 2013 Ministerstvo vnitra [cit. 2013-03-20]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/download?idBiblio=63344&nr=620~2F2006~20Sb.&ft=pdf>
25. ČESKO. Zákon č. 101 ze dne 4. dubna 2000 o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů (zákon o ochraně osobních údajů). In: *Sbírka zákonů České republiky, Portál veřejné zprávy* [online]. © 2013 Ministerstvo vnitra [cit. 2013-03-15]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=49228&nr=101~2F2000&rp=15#local-content>
26. ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14.března 2006. In: *Sbírka zákonů České republiky, Portál veřejné zprávy*. [online] ©2013 Ministerstvo vnitra [cit. 2013-04-01]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/download?idBiblio=62334&nr=108~2F2006~20Sb.&ft=pdf>
27. ČESKO. Zákon č. 48 ze dne 7.března. 1997 o veřejném zdravotním pojištění. In: *Sbírka zákonů České republiky. Portál veřejné zprávy*. [online] ©2013 Ministerstvo vnitra [cit. 2013-03-21]. Dostupné z:
28. Demografický vývoj. *Český statistický úřad* [online]. © 2012 [cit. 2013-03-18]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/4B004B4B2B/\\$File/demograficky\\_vyvoj.pdf](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/4B004B4B2B/$File/demograficky_vyvoj.pdf)
29. *Diakonie Českobratrské církve evangelické* [online]. © 2013 VIZUS [cit. 2013-04-10]. Dostupné z: <http://www.citadela.cz/>

30. Finanční analýza podniku v praxi. *Ipodnikatel.cz*. [online]. 22. 3. 2012 © 2011 [cit. 2013-03-30]. Dostupné z: <http://www.ipodnikatel.cz/Financi-rizeni/financi-analyza-podniku-v-praxi.html>
31. HOSPIC. Poslání a cíle. In: *Hospic Anežky České* [online]. © 2013 VIZUS [cit. 2013-02-12]. Dostupné z: <http://www.hospic.cz/poslani-a-cile.html>
32. <http://www.zakonycr.cz/seznamy/048-1997-sb-zakon-o-verejnem-zdravotnim-pojisteni-a-o-zmene-a-doplneni-nekterych-souvisejicich-zakonu.html>
33. Index udržitelného rozvoje občanského sektoru v roce 2011 v České republice. *Neziskovky.cz* [online]. 2012 [cit. 2013-03-2]. Dostupné z: [http://www.neziskovky.cz/data/CSOSI\\_zprava\\_finaltxt12790txt12789.pdf](http://www.neziskovky.cz/data/CSOSI_zprava_finaltxt12790txt12789.pdf)
34. Legislativní ohlédnutí za rokem 2011. In: *Paliativní medicína* [online]. ©2013 [cit. 2013-03-22]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/standardy-normy/zakony-vyhlasky-v-cr>
35. Metodika Ministerstva práce a sociálních věcí ČR, 2011. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online] ©2013 [cit. 2013-03-26]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/13568/Methodika\\_021012.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/13568/Methodika_021012.pdf)
36. Moderní technologie pomáhají potřebným. *Novinky.cz* [online]. 29. 9. 2011 © 2003-2013 [cit. 2013-03-2]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/internet-a-apc/245957-moderni-technologie-pomahaji-potrebnym.html>
37. NÁRODNÍ CENTRUM DOMÁCÍ PÉČE ČESKÉ REPUBLIKY. Hospicová péče. *Domaci pece.info* [online]. ]. © 2006 [cit. 2013-03-15]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/hospicova-pece1>
38. SLÁMA, O. L. KABELKA a M. ŠPINKOVÁ, 2013. Paliativní péče v ČR v roce 2013. In: *Česká společnost paliativní medicíny* [online]. 12. 2. 2013 ©2013 [cit. 2013-04-02]. Dostupné z: [http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/paliativni\\_medicina\\_v\\_cr\\_v\\_roce\\_2013.pdf](http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/paliativni_medicina_v_cr_v_roce_2013.pdf)
39. SLÁMA, Ondřej a Štěpán ŠPINKA. Koncepce paliativní péče v ČR. In: *Cesta domů* [online]. © 2013 VIZUS [cit. 2013-03-12]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/rozvoj-paliativni-pece-v-cr.html>



40. SOUKUPOVÁ, Irena. © 2013. Jak demografický vývoj ovlivní české zdravotnictví? *Zdravotnické noviny* [online]. 10. 4. 2012 [cit. 2013-03-26]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/jak-demograficky-vyvoj-ovlivni-ceske-zdravotnictvi-464160>
41. Standardy hospicové paliativní péče. In: *Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče* [online]. © 2010 [cit. 2013-02-15]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/nase-projekty/standardy-kvality/>
42. Statistická ročenka České republiky 2012. *Český statistický úřad* [online]. 22. 11. 2012 © 2013 [cit. 2013-03-2]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/p/0001-12>
43. Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015. In: Česká společnost paliativní medicíny.[online].[cit. 2013-02-12]. Dostupné z: [http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users//simicek/strategie\\_paliativni\\_pece\\_pripominkoverizeni\\_fin\\_prani.pdf](http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users//simicek/strategie_paliativni_pece_pripominkoverizeni_fin_prani.pdf)
44. UMÍRÁNÍ. Dokumenty. *Umirani.cz* [online]. © 2013 VIZUS [cit. 2013-03-10]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/dokumenty.html>
45. *Úspěšné stárnutí - leitmotiv 21. století*. Rychtaříková, Jitka. 2002. 1, Praha : CZ - Česká republika, 2002, Sv. 44, stránky 43- 46. 0011-8265.
46. Vyhlášení dotačního řízení MPSV ČR pro rok 2013 v oblasti poskytování sociálních služeb. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. verze 19.9.2012 [cit. 2013-03-27]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/13566>
47. Výroční zpráva 2011, 2012. [Organizační struktura] In: *Diakonie ČCE hospic CITADELA* [online].2012 © 2013 VIZUS [cit. 2013-03-05]. strana 6. Dostupné z: <http://www.citadela.cz/res/data/004/000531.pdf>
48. Výsledky zdravotnických účtů ČR 2000-2011. *Český statistický úřad* [online]. © 2013 [cit. 2013-04-5]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/publ/3306-13-r\\_2013](http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/publ/3306-13-r_2013)

49. *Zdravnet. cz* [online] © 2012 [cit. 2013-03-26]. Dostupné z: [http://www.zdravnet.cz/zdravotni\\_pece/pecovatelske\\_a\\_socialni\\_sluzby/hospice/zlinsky\\_kraj.html](http://www.zdravnet.cz/zdravotni_pece/pecovatelske_a_socialni_sluzby/hospice/zlinsky_kraj.html)
50. Korejská deklarace o hospicové a paliativní péči. In: *Umírání* [online] 16.3.2005 © 2013 VIZUS [cit. 2013-04-10]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/korejska-deklarace-o-hospicove-a-paliativni-peci.html>
51. Charta práv umírajících. In: *Pečuj doma.cz* [online] © 2009-2012 [cit. 2013-04-10]. Dostupné z: <http://www.pecujdoma.cz/legislativa/schvaleno/charta-prav-umirajicich.html>
52. Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy (2004) 23 In: *Umírání* [online] © 2013 VIZUS [cit. 2013-04-10]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/res/data/010/001125.pdf>
53. Deklarace na podporu a dodržování práv onkologických pacientů. In: *Liga proti rakovině Brno* [online] © 2009 [cit. 2013-04-10]. Dostupné z: <http://www.onko.cz/prava-pacientu-deklarace-onkologickyh-pacientu/>
54. Charta práv umírajících. In: *Pečuj doma.cz* [online] © 2009-2012 [cit. 2013-04-10]. Dostupné z: <http://www.pecujdoma.cz/legislativa/schvaleno/charta-prav-umirajicich.html>
55. Všeobecná deklarace lidských práv In: *Informační centrum OSN v Praze*. [online] © 2005 [cit. 2013-04-10]. Dostupné z: <http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/vseobecna-deklarace-lidskych-prav.pdf>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

65+	starší 65 let
§	paragraf
-15	mladší 15 let
AIDS	syndrom získaného imunodeficitu
aj.	a jiné
APHPP	Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče
atd.	a tak dále
CMP	centrální mozková příhoda
CNS	církve a náboženské společnosti
CŽV	celoživotní vzdělávání
č.	číslo
ČCE	Českobratrská církev evangelická
ČR	Česká republika
ČSPM	Česká společnost paliativní medicíny
ČSÚ	Český statistický úřad
DMS	dárcovská zpráva
EU	Evropská unie
Fcb	Facebook
Fin.	finanční
HDP	hrubý domácí produkt
HW	hardware
CHOPN	chronická obstrukční plicní nemoc
Ing.	inženýr
IT	informační technik
kanc.	kancelářské
KPSS	Komunitní plánování sociálních a souvisejících služeb
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
max.	maximálně
MKČR	Ministerstvo kultury České republiky
MPH	akademický titul
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MUDr.	doktor medicíny

---

MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např.	například
NLZP	nelékařský zdravotnický personál
NNO	Nestátní nezisková organizace
OKD	Ostravsko karvinské doly
PR	Public relations
příp.	případně
Sb.	Sbírka
SMS	zpráva
SPP	Specializovaná paliativní péče
St.	svatá
STEP	sociální, technologické, ekonomické, politické prostředí
SW	software
SWOT	Silné, slabé stránky, příležitosti, hrozby
SZŠ	Střední zdravotnická škola
Tab.	tabulka
tzv.	takzvané
USA	Spojené státy americké
vlast.	vlastní
VM+K	Valašskomeziříčsko-Kelečsko
VOŠ	Vyšší odborná škola
VŠ	Vysoká škola
WHO	Světová zdravotnická organizace
x	krát
YMCA	Křesťanské sdružení mladých lidí
ZŠ	základní škola

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 2. Informační technologie ve zdravotnických zařízeních, **43**

Obr. 1 Struktura hospice Citadela, **53**

**SEZNAM TABULEK**

Tab. 1. Vývoj složení obyvatel ČR v letech 2010 – 2065 (v %), **41**

Tab. 2. Vývoj složení obyvatel ve Zlínském kraji v letech v procentech (v %), **41**

Tab. 3 Výše příspěvku dle stupně závislosti (v Kč), **51**

Tab. 4 Struktura nákladů za rok 2011, **56**

Tab. 5 Struktura příjmů za rok 2011, **56**

Tab. 6. Přidaná hodnota zainteresovaným stranám., **72**

Tab. 7: SWOT analýza, **73**

Tab. 8: Náklady/výdaje, **80**

Tab. 9: Náklady/výdaje, **81**

## SEZNAM PŘÍLOH

<b>Příloha P I: Mezinárodní dokumenty související s paliativní péčí.....</b>	<b>96</b>
<b>Příloha P II: Finanční analýza hospice Citadela.....</b>	<b>99</b>
<b>Příloha P III: Rozhovor .....</b>	<b>105</b>

## **PŘÍLOHA P I: MEZINÁRODNÍ DOKUMENTY SOUVISEJÍCÍ S PALIATIVNÍ PÉČÍ**

### ***Všeobecná deklarace lidských práv***

**Článek 7** „Všichni jsou si před zákonem rovni.....“<sup>134</sup>

**Článek 22** „Každý člověk má právo na .....sociální práva.“<sup>135</sup>

**článek 25** „ Každý má právo na..... péči,..... sociální opatření .....ve stáří.“<sup>136</sup>

**Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitel-  
ně nemocných a umírajících.“ – tzv. „Charta práv umírajících“**

- 1) „Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvo-  
dit.“<sup>137</sup>
- 2) „.....rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života.....a odsouvání okamžiku  
jeho smrti. V důsledku toho se... nebere ohled na kvalitu života,.... osamělost a utr-  
pení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.“<sup>138</sup>
- 3) „V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, „že umírající  
nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a  
za podpory jeho rodiny a přátel.“<sup>139</sup>
- 8) „Povinnost respektovat a chránit důstojnost.... nevléčitelně nemocných a umírají-  
cích.“<sup>140</sup>
- 9) „Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou  
legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo.... nebezpečím a obavám, se kterými mo-  
hou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni.“<sup>141</sup>

---

<sup>134</sup> Všeobecná deklarace lidských práv In: *Informační centrum OSN v Praze*. [online] © 2005 [cit. 2013-04-10]. Dostupné z: <http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/vseobecna-deklarace-lidskych-prav.pdf>

<sup>135</sup> Tamtéž

<sup>136</sup> Tamtéž

<sup>137</sup> Charta práv umírajících. In: *Pečuj doma.cz* [online] © 2009-2012 [cit. 2013-04-10]. Dostupné z: <http://www.pecujdoma.cz/legislativa/schvaleno/charta-prav-umirajicich.html>

<sup>138</sup> Tamtéž

<sup>139</sup> Tamtéž

<sup>140</sup> Tamtéž



**Doporučení Rec (2003)24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům** patří mezi významné dokumenty, ve kterých se také uvádí

... “ *systém zdravotní péče by měl být orientovaný na pacienta* ...;

..... “ *úcta k nevléčitelně nemocným a umírajícím vyžaduje především poskytování patřičné péče ve vhodném prostředí, jež jim umožní zemřít důstojně;*

...*uznáváje, že paliativní péči v evropských zemích je třeba dále rozvinout;*

..... “*paliativní péče je aktivní, úplná péče o pacienty v pokročilém stádiu progredujících nemocí s cílem mírnit bolest a jiné symptomy a nabízet psychologickou, sociální a duchovní podporu*....

*doporučuje, aby vlády členských států:*

„*aby přijaly....opatření nezbytná k vytvoření jednotného a komplexního národního rámce pro paliativní péči*“ .....<sup>142</sup>

**Deklarace na podporu a dodržování práv onkologických pacientů** byla přijata v roce 2002, mimo jiné obsahuje:

**Článek 2** ..... „ *všichni pacienti mají právo na kvalitní život....který nesmí být příčinou diskriminace.*“

**Článek 3** „*Nádorově nemocní mají právo na stejnou dostupnost léčby.... na přiměřenou úroveň péče.... na nezbytnou zdravotní péči... včetně preventivní péče a rehabilitace... právo na svobodnou volbu a změnu lékařů a zdravotnického zařízení stejného zaměření.*“<sup>143</sup>

---

<sup>141</sup> Charta práv umírajících. In: *Pečuj doma.cz* [online] © 2009-2012 [cit. 2013-04-10]. Dostupné z: <http://www.pecujdoma.cz/legislativa/schvaleno/charta-prav-umirajicich.html>

<sup>142</sup> Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy (2004) 23 In: *Umírání* [online] © 2013 VIZUS [cit. 2013-04-10]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/res/data/010/001125.pdf>

<sup>143</sup> Deklarace na podporu a dodržování práv onkologických pacientů. In: *Liga proti rakovině Brno* [online] © 2009 [cit. 2013-04-10]. Dostupné z: <http://www.onko.cz/prava-pacientu-deklarace-onkologicky-pacientu/>

**Korejská deklarace o hospicové a paliativní péči** schválena v roce 2005 apeluje na vlády, aby podporovaly a financovaly rozvoj paliativní péče. Vlády jsou povinny:

*„Začlenit hospicovou a paliativní péči do vládních systémů;*

*Zahrnout přístup k hospicové a paliativní péči mezi lidská práva;*

*Vytvořit finanční zdroje pro hospicové a paliativní programy;*

*Integrovat hospicovou a paliativní péči a výcvik do negraduálních a postgraduálních curriculum lékařství, ošetrovatelství, výzkumu a dalších oborů;*

*Paliativní péče musí být dostupná celé populaci.....;*

*....neformální poskytovatelé péče jsou základními spolupracovníky....tato jejich role má být uznána a posilována vládní politikou.“<sup>144</sup>*

**Lisabonská deklarace o právech nemocných** z roku 1981 vymezuje tato ustanovení:

*...“pacient má právo zemřít v důstojnosti“;*

*...“má právo přijmout nebo odmítnout spirituální a morální útěchu, včetně pomoci duchovního patřičného vyznání“;*

*...“má právo přijmout nebo odmítnout léčbu poté, co byl adekvátním způsobem informován“.<sup>145</sup>*

---

<sup>144</sup> Korejská deklarace o hospicové a paliativní péči. In: *Umírání* [online] 16.3.2005 © 2013 VIZUS [cit. 2013-04-10]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/korejska-deklarace-o-hospicove-a-paliativni-peci.html>

<sup>145</sup> Munzarová, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Praha: Grada, 2005, s. 15. ISBN 80-247-1025-0.

## PŘÍLOHA P II: FINANČNÍ ANALÝZA HOSPICE CITADELA

Je třeba sdělit, že některé údaje nebylo možné vypočítat díky nekompletnosti poskytovatelských rozvah, které byly vedeny ve zjednodušeném rozsahu, proto bylo vhodnější uvést pouze údaje, jež jsou ověřitelné a relevantní.

Tab. Rentabilita

Název	Vzorec	2010	2011
<b>ROA - Rentabilita celk.aktiv</b>	EBIT/AKT		
	(VH před zdaněním+N.úroky)/aktiva celkem	1,76%	-8,74%
<b>Rentabilita tržeb</b>	EBIT/T		
	(VH před zdaněním+N.úroky)/tržby celkem	0,39%	-1,59%
<b>Obrat celkových aktiv</b>	T/AKT		
	Tržby/Aktiva	4,46	5,51
<b>ROCE - Rentabilita kapitálu</b>	(EBIT/(VK+DL.K))		
	EBIT/VK+Rezervy+Dl.Závazky+Bankovní úvěry a výpomoci	6,57%	-
			23,31%
<b>ROE - Rentabilita vl.kapitálu</b>	ČZ/VK		
	VH za účetní období/Vlastní kapitál	7,77%	-
			28,19%
<b>Rentabilita tržeb</b>	ČZ/T		
	VH za účetní období/Tržby	0,39%	-1,59%
<b>Finanční páka</b>	AKT/VK		
	Aktiva/Vlastní kapitál	440,80%	322,49%
<b>Mzdová náročnost tržeb</b>	Mzdové náklady/Tržby	51,4%	52,1%

V roce 2010 bylo ROA v plusové hodnotě avšak v roce 2011 došlo k poklesu. Pozitivně na ROA působila obrátkovost, kdy došlo k vzrůstu ze 4,46 v roce 2010 až na 5,51 v roce 2011. Ohledně závěru rozkladu ROE, kde byl výrazný vliv finanční páky, bylo zjištěno, že finanční páka klesla vlivem změn na straně aktiv a vlastního kapitálu za sledovaná účetní období.

Tab. Aktivita

Název	Vzorec	2010	2011
<b>Obrat aktiv</b>	T/AKT		
	Tržby/Aktiva	4,46	5,51
<b>Obrat zásob</b>	T/ZÁSObY		
	Tržby/Zásoby	201,88	236,07
<b>Doba obratu aktiv</b>	(AKT/(T/360))		
	Aktiva celkem/(T. za prod.zboží+T.za prodej vl.výr.a služeb)/360	0,001	0,001
<b>Doba obratu zásob</b>	(ZÁS./(T./360))		
	Zásoby/(Tržby/360)	1,78	1,52
<b>Doba inkasa pohledávek</b>	POHL./(T/360)		
	(Kr.pohl.+Dl.pohl.)/(Tržby/360)	12,35	24,51
<b>Doba úhrady kr. závazků</b>	(KZ/(T/360))		
	Kr.závazky/(Tržby/360)	27,58	76,44
<b>Obrat dlouhodobého ma- jetku</b>	T/DM		
	Tržby/ Dlouhodobý majetek	18,56	16,98

Došlo k mírnému nárůstu obratu celkových aktiv od roku 2010 do 2011. Zvýšení zásob naopak vedlo k snížení obrátkovosti zásob. Ukazatele doba obratu aktiv a doba obratu zásob jsou vyjádřeny ve dnech. Je zřejmé, že pokud se snižuje obrátkovost aktiv, musí se zvyšovat doba obratu aktiv.

Ukazatel doby obratu pohledávek stanovuje průměrný počet dní, po které jsou odběratelé podniku dlužni. Je vidět, že průměrný počet dní v roce 2011 stoupl o cca 12 dní. Obrat úhrady krátkodobých závazků nám ukazuje, kolik uplyne dní od příjmů zboží a následné zaplacení dodavateli.<sup>146</sup> Ukazatel doby úhrady krátkodobých závazků se zvyšuje až o 76 dní. Nejvyšší hodnoty byly díky navýšení položky krátkodobé závazky. Organizace využívá v průměru více krátkodobých závazků – doba splacení krátkodobých závazků je delší než doba splacení pohledávek.

---

<sup>146</sup> Je zde jistá nepřesnost, neboť poměr by neměl vycházet z tržeb, ale průměrných denních nákupů na obchodní úvěr, ale to se nedá zjistit z běžně dostupných údajů.

Tab. Zadluženost

Název	Vzorec	2010	2011
<b>Equity Ratio (%)</b>	VK/AKT		
	Vlastní kapitál/aktiva	22,69%	31,01%
<b>Debt Ratio I. (%)</b>	CZ/AKT		
	Cizí zdroje/Aktiva	77,31%	68,99%
<b>Debt Ratio II.</b>	(CZ+OP)/AKT		
	(Cizí zdroje+Ostatní pasiva)/Aktiva	0,77	0,69
<b>Debt Equity Ratio</b>	CZ/VK		
	Cizí zdroje/Vlastní kapitál	3,41	2,22
<b>Cash Flow</b>	CF/(CZ-R)/360		
	(VH za účetní období+odpisy)/(Cizí zdroje-Rezervy)/360	0,00035	0,00006

### *Ukazatele zadluženosti*

Udávají vztah mezi cizími a vlastními zdroji financování firmy, měří rozsah, v jakém firma používá k financování dluhy. Zadluženost není pouze negativní charakteristikou firmy. Její růst může přispět k celkové rentabilitě a tím i k vyšší tržní hodnotě firmy, avšak současně zvyšuje riziko finanční nestability. K analýze zadluženosti slouží mnoho ukazatelů např. celková zadluženost.<sup>147</sup> Zadluženost, byť vysoká, nemusí mít negativní charakter pro podnik. V dobře fungujícím podniku může vysoká finanční páka pozitivně přispívat k rentabilitě vlastního kapitálu.<sup>148</sup>

Podíl vlastního kapitálu na celkových aktivech se pohybuje mezi 22 – 31 %. Podíl cizích zdrojů na celkových aktivech je tedy rozdílem oproti podílu VK/AKT. Ukazatel úrokového krytí zde nebyl zařazen z důvodů neznalosti relevantních údajů potřebných pro výpočet, avšak do budoucna by bylo vhodné, aby nákladové úroky byly ziskem minimálně třikrát kryty.

---

<sup>147</sup> KISLINGEROVÁ, E., HNILICA, J., *Finanční analýza*. Praha: C. H. Beck, 2005. 137 s. ISBN 80-7179-321-3

<sup>148</sup> Tamtéž

Tab. Likvidita

Název	Vzorec	2010	2011
<b>Ukazatel kapitalizace</b>	DM/DL.K		
	Dlouhodobý majetek/(VK+Rezervy+Dl.závaz.+B.úvěry dlouhodobé)	0,90	0,87
<b>Celková likvidita</b>	OAKT/KD		
<b>Běžná likvidita</b>	Oběžná aktiva/(Kr.závazky+Kr.b.úvěry+Kr.finan.výpomoci)	2,22	0,58
<b>Běžná likvidita</b>	(KrP+FM)/KD		
<b>Pohotová likvidita</b>	(Kr.pohledávky+Finanční majetek)/(Kr.závazky+Kr.b.úvěry+Kr.finan.výpomoci)	0,45	0,32
<b>Doba úhrady krát.závazků</b>	(KZ/(T/360))		
	Kr.závazky/(Tržby/360)	27,5 8	76,4 4

### *Ukazatele likvidity*

Ukazatele likvidity charakterizují schopnost firmy dostát svým závazkům. Úzce navazují na ukazatele finanční závislosti. Zabývají se nejlíkvinnější částí aktiv společnosti a rozdělují se podle likvidnosti položek aktiv dosazovaných do čitatele z rozvahy. Nevýhodou ukazatelů je, že hodnotí likviditu podle zůstatků finančního (oběžného) majetku, ale ta je závislá především na budoucích cash flow.<sup>149</sup>

U doporučovaných hodnot se literatury rozcházejí, ale v zásadě lze říci, že pro:<sup>150</sup>

- okamžitou likviditu platí hodnoty doporučovaná hodnota v rozmezí 0,9 - 1,1
- pohotovou likviditu platí, že čítatel by měl být stejný jako jmenovatel tedy poměr 1:1 případně až 1,5 : 1
- běžnou likviditu platí, že hodnoty čítatele jsou k hodnotě jmenovatele v rozmezí od 1,5 do 2,5.

Běžná likvidita<sup>151</sup> - ukazuje, kolikrát pokrývají oběžná aktiva krátkodobé závazky podniku nebo také kolika jednotkami oběžných aktiv je kryta jedna jednotka krátkodobých závazků.<sup>152</sup>

<sup>149</sup> KISLINGEROVÁ, E., HNILICA, J., *Finanční analýza*. Praha: C. H. Beck, 2005. 137 s. ISBN 80-7179-321-3.

<sup>150</sup> Tamtéž

<sup>151</sup> Tamtéž

<sup>152</sup> Tamtéž

Pohotová likvidita<sup>153</sup> - ve snaze odstranit nevýhody předchozího ukazatele vylučuje z oběžných aktiv zásoby a ponechává v čitateli jen peněžní prostředky. Výrazně nižší hodnota pohotové likvidity ukazuje nadměrnou váhu zásob v rozvaze společnosti.<sup>154</sup>

Okamžitá likvidita<sup>155</sup> - měří schopnost firmy hradit právě splatné dluhy.

Ukazatel kapitalizace poměří celková dlouhodobá aktiva k celkovým dlouhodobým zdrojům. Pohybuje-li se ukazatel kolem 1, pak dlouhodobý majetek je plně kryt dlouhodobými zdroji.<sup>156</sup> V případě, že by byl ukazatel kapitalizace  $>1$ , pak ke krytí dlouhodobých aktiv je použit i jiný než dlouhodobý kapitál. Všeobecně se doporučuje, aby dlouhodobý majetek byl spíše kryt dlouhodobými zdroji. To ovšem není splněno, ale trend vede ke zvyšování hodnoty ukazatele v letech.<sup>157</sup>

---

<sup>153</sup> KISLINGEROVÁ, E., HNILICA, J., *Finanční analýza*. Praha: C. H. Beck, 2005. 137 s. ISBN 80-7179-321-3.

<sup>154</sup> Tamtéž

<sup>155</sup> Tamtéž

<sup>156</sup> Tamtéž

<sup>157</sup> Tamtéž





## **PŘÍLOHA III:ROZHOVOR**

Přepis rozhovoru provedeným s ředitelem hospice Citadela Ing. Miloslavem Běťákem, v rámci výzkumného šetření. Účastník s nahrávkou souhlasil ústním sdělením.

Začínal jsem tak, že jsem dlouho řídil velkou fabriku, akciovou společnost, do té doby než došlo k privatizaci a na scénu nastoupili tuneláři. Pak jsem působil v oblasti krizového řízení a menezementu, pomocí outsourcingu jsem koučoval různé strukturalizace v různých firmách a odtud jsem se dostal sem, protože hospic je permanentní krizové řízení. Možná to mnozí tak třeba nevidí, ale tady nastala situace, že se postavil hospic díky různým občanským iniciativám, a když se postavil, ukázalo se, že rozjezd jeho provozu je nad lidské síly. V podstatě těch aktivistů a hlavně z důvodu té šílené legislativy, která nás doprovází dodnes, kdy hospice ještě nejsou systémově zakotvené v naší legislativě. Diakonie mě oslovila, abych šel jim pomoci. První půlrok jsem se snažil pomoci externí spolupráce, pak se ukázalo, že je to složitější než se může z vnějšku zdát tak jsem se tomu musel začít věnovat naplno a v podstatě už jsem tady u tohoto zůstal, protože krizové řízení jak říkám funguje doposud svým způsobem. Protože hospice začaly nějakým způsobem vznikat i v jiných krajích republiky tak jsme založili asociaci poskytovatelů paliativní péče, na které jsem se aktivně podílel. Měl jsem možnost se účastnit všech jednání legislativních procesů jak na ministerstvu práce a sociálních věcí, tak na ministerstvu zdravotnictví. Tím jenom chci předeslat, že mám docela dobrou orientaci v celém tom vývoji legislativy a tak dále. Od nás opisovali další následníci. Hospic v Ostravě martin Pražák, převzali nějaké prvky architektury od nás. Hospice ve Frýdku Místku, který vznikl jako příspěvková organizace, což je unikát v celém měřítku, tam jsem jim taky pomáhal s rozjezdem a všemi těmi procesy. To jsem jen chtěl trochu předeslat. No a u nás je to asi tak. Máme 36 registrovaných lůžek jako hospicové paliativní péče, nicméně s pojišťovnou se nepodařilo nikdy nasmlouvat více než 23 lůžek a dokonce tam dochází k takové strukturalizaci, že pouze 15 lůžek je nasmlouvaných v té specializaci paliativní péče, 8 lůžek je nasmlouvaných v režimu následné péče, podobně jako LDN. Máme to tedy tak, že pro ty terminálně nemocné je těch 15 lůžek, pro ty preterminální stádia je těch 8 lůžek a 13 lůžek je v režimu jakoby sociálně zdravotního lůžka pro ty preterminální stádia, ale s pomalou progresí. Pojišťovny, přesto, že by měly nasmlouvat plnou kapacitu, tak tvrdě vyhazují úhrady u klientů, kteří jsou tady déle než měsíc, to je prostě absurdní situace, ale tak to je. V každém kraji je to jinak, záleží na místě, příslušné pobočce zdravotní pojišťovny. Takže teď samozřejmě tím jak je to

strukturováno, tak na každém tom oddělení je jiná délka pobytu. Tak jenom pro zajímavost. Na těch vlastních paliativních lůžkách, tak tam nám vychází průměrná doba pobytu 23,83 dne, u té LDNkové 49,96. A teď nejde udělat prostý průměr, musí se udělat vážený průměr podle té struktury, takže to bych řekl, že je takový asi údaj celkem reálný 27,53 setin dne jako za celé to zařízení. Uvádí se, že tak zhruba 3 týdny až měsíc je doba pobytu v hospici. V jiných hospicích tam se to nijak nerozlišuje. S pojišťovnou mají nasmlouvanou plnou kapacitu a vykazují všechna lůžka v tomhle tom režimu a vycházejí taky zhruba ty 3 týdny. S tím je samozřejmě spojena obložnost. Budete se divit, ale kapacita českých hospiců je dostatečná, ale my spíše bojujeme o klienty a to protože celý zdravotní systém je založený na ekonomických parametrech. Je tam vícero vlivů, ale v podtextu je tam ekonomický vliv. My to vidíme takto. Chování nemocnice se během dvou let změnilo v tom smyslu, že se snaží pacienty léčit doslova do posledního dne. My bychom měli tady pořádník na hospicové klienty, kdyby nám neposílaly nemocnice mnohé pacienty den před smrtí. Oni je léčí, přitom ví, že je to úplně nesmyslné, ví, že člověk je už v terminálním stádiu, ale oni ho pošlou ještě na cetečko, nasazují mu krevní transfúze a další a až je ve stavu antefinem tak nám ho přeloží do hospice. Mnohdy pacient umře v sanitce nebo my ho tady nestačíme ani přijmout a tohle to je fenomén doby a tahle situace je průřezově v celé republice stejná. Čili tady něco totálně selhalo, i to co málo fungovalo, přestalo fungovat před dvěma, třemi lety a tam já vidím jednoznačně ekonomický aspekt, prostě boj o obložnost lůžek ať už to jsou akutní lůžka nebo lůžka následné péče. Je to zvěrstvo, ale je to tak a moc s tím nenaděláme. My třeba máme teď dobou spolupráci s onkologickým centrem v Novém Jičíně, celkem i s Ostravou. Oni těm pacientům ne jen doporučují, ale vysvětlují jim, co by bylo pro ně lepší, ale ne všichni to dělají. Mnohdy z některých těch nemocnic nebo klinik, když ten pacient začne být náročný na péči tak je mají tendenci propustit domů do domácího ošetřování, nebo sám pacient prohlásí, že chce umřít doma tak samozřejmě se mu vyjde vstříc, ale, není edukován ani pacient a ni rodina v tom, co si teda mají počít, až ten zdravotní stav skutečně začne být dramatický. My jsme právě k tomuto účelu vydali nějaké publikace- Péče v domácím prostředí. Jsou to pokyny pro rodiny, praktické lékaře atd., protože nám se stávalo často to, že zhoršil-li se zdravotní stav v té domácí péči tak příbuzní zavolali rychlou tak ho odvezla na jednotku intenzivní péče tam umíral, nebo ho tam nějakým způsobem zaléčili. Nejhorší je, když ho pak přeložili na standardní lůžko následné péče. Musím říct, že díky takové te trpělivé práci a edukaci všech místních zdra-

votních služeb se nám podařilo tady místní záchrannou službu tedy díky paní ředitelce, která je velice vnímavá pro tyto potřeby, je naučit to, že když přijedou na zavolání ke klientovi domácí péče a prokazatelně má sebou zdravotnickou dokumentaci že se jedná o preterminální, terminální stádium tak ho nevezou na jednotku intenzivní péče, ale zavezou ho do hospice a takhle se nám občas podaří, že sem toho pacienta dostaneme, ale ten systém nefunguje. Další záležitost, WHO má kritéria od upuštění od kurativní léčby a zahájení paliativní a třeba časovost. Naše VZP pojišťovna prohlašuje, že když pacient do měsíce neumře, nebyl terminálně nemocný, ale to je vágní pojem, který nikde není definován, kdy začíná terminální stádium. Čili pro nás je to jenom takový ÚZUS s pojišťovnou, že ti co tady jsou déle, než měsíc byli preterminální a automaticky platí méně, protože nebyli tak nároční na péči. Ale WHO hovoří o tom, že terminální stádium může u některých typů onemocnění začít už třeba rok před úmrtím a nijak se to neomezuje, kdežto u nás i tohle to se reguluje. Ono, já říkám, že vézt pacienta do hospice, který tady hned umírá je kontra-produktivní, protože jestli skutečně chcete rozvinout paliativní péči v těch multidisciplinárních dimenzích tak ten pacient by tady měl být aspoň 14 dnů. Protože první týden, než se udělá anamnéza, než se nastaví ty procesy tak to fakt jinak nejde. V roce 2010 v březnu se nám podařilo přes asociaci a přes lékařskou komoru, prosadit, že byla vydána metodika, pro včasné zahajování paliativní péče pro lékaře, která je ne jen na stránkách české lékařské komory, ale dostala se i do všech nemocnic, všem lékařům a v rámci různých příležitostí a seminářů toto bylo prezentováno. Někteří lékaři se vymlouvali, že nemůžou doporučit paliativní léčbu, protože k tomu nemají žádnou podporu a mají forenzní odpovědnost, takže tam se jednoznačně definovaly ty podmínky, kdy mají zahájit paliativní léčbu a tím jaksi aby byli vybaveni argumenty a měli pro to i jakousi legislativní podporu. Problém je ovšem ten, že ne všichni to myšlení změnili. Musím říct, že máme dobrou zkušenost s mladší generací lékařů, kteří už mají součástí studia i povinné předměty v oblasti paliativní medicíny. Největší průšvih jsou takoví ti starší lékaři, kteří jedou po staru, a vůbec je to nezajímá. A pak je celá řada lékařů, kteří si skutečně zjednodušují život tím, že mnohdy neindikují paliativní péči, protože rodina žádá pokračování ve standardní kurativní léčbě, a když to žádá rodina, která si jaksi myslí, že je to, to právě ořechové tak lékař si už nedělá moc starostí s tím, aby té rodině trpělivě vysvětlil, že právě pro jeho příbuzného by byla vhodnější paliativní léčba. Na rozdíl od našich lékařů, kteří možná právě proto, že mají už doplňující vzdělání v paliativní péči, i když někteří už mají důchodový věk, no my tady

mám takové jakési partnerství s UTB, ale krom toho jsme teď řešili po tři roky společný projekt s vyšší odbornou školou zdravotnickou ve Zlíně, kde se podařilo získat nějaké granty pro specializační studium pro zdravotní sestry v oboru paliativní péče. Takže samozřejmě všechny naše sestry, které měly registraci mají specializované vzdělání a zároveň se nám podařilo proškolit řadu sester i z terénních služeb tady v tomto oboru. Ony měly možnost ve větším kolektivu konfrontovat svojí praxi s teorií a utvrdit se v tom, že tak jak to dělají, to dělají dobře a správně a podělit se o své zkušenosti s dalšími. Nebylo to nic nového, objeveného pro náš personál, který k tomu byl po celých těch 10let veden, ale bylo to takové to utvrzení se v tom, že to dělají dobře. V našem zařízení probíhaly stáže pro všechny zúčastněné. Také se podařilo domluvit stáže na onkologické klinice ve Zlíně, kde měly 3 dny stáž. Ale musím říct, že všichni, kteří u nás pracují, to jsou tak trošku dobrovolníci, ty vám nikdo nezaplatí. Stejně tak jako nám nezaplatí rehabilitace, nenasmlovává pojišťovna žádný výkon. Přitom víme, že rehabilitace, zvláště u sociálně zdravotních klientů přináší efekt, takže náš personál se snaží tuto rehabilitační činnost dělat alespoň základní prvky. Stejně tak jako nenasmlovává výkon psychologa nebo psychoterapeuta. To je děs. Takže tam my to musíme platit z vlastních zdrojů. Máme psychoterapeuty, psychiatra na smluvní vztah, který sem dochází 1-2x týdně, případně podle potřeby, ale toto je úplně mimo vyhlášku o personálním vybavení tím pádem to ani pojišťovnu nezajímá a mimo segment sociálních služeb taky. A pak máme tady ještě dobrovolníky, ale ono je to trošku složité. Využití dobrovolníků je vázáno zákonnými předpisy, kdy musí být proškoleni, musí mít smluvní vztah a tak dále, jinak nesmí na klienta ani sáhnout. Máme stálý okruh dobrovolníků, někteří chodí pravidelně, někteří přicházejí nahodile podle potřeby, ale i to je platné protože my ty dobrovolníky využíváme na to, aby vytvářeli nějaké společenství s těmi klienti, kteří nemají své známé ani příbuzné. Takto přicházejí dobrovolníci a jenom s nimi třeba hovoří, předčítají jim, zapojujeme je také do rehabilitačních činností. V létě když je příznivé počasí, vyvázejí klienty i s postelemi ven do zahrady. Ještě k tomu financování, k její struktuře. Tak z pojišťoven máme asi šedesát procent což je u hospicové paliativní péče. My ještě provozujeme sociálně zdravotní lůžka a domov se zvláštním režimem, což jsou vlastně jakoby sociální lůžka, ale zároveň pro pacienty s demencí, alzhaimem a podobně, se ukázalo, že díky danému systému sociálních služeb, kdy chybí infrastruktura, nám začali na sociálních lůžkách zůstat klienti dál nečistitelní. Podle zákona paragrafu 52 sociální lůžka ve zdravotnických zařízeních by měla sloužit jenom

k překlenutí nezbytně nutné doby, pro nalezení cílového řešení pro toho uživatele / klienta, ale řešení se nedá nalézt, protože domovy pro seniory tyto lidi nechtějí, protože jsou příliš náročni na péči, na zdravotní složku péče, takže to je neřešitelné. Teď nám začal kraj vytýkat, že nám tady leží dlouhodobě, nakonec nám zaregistrovali domov se zvláštním režimem, kde zůstávají dlouhodobě tito klienti. Tím jak se prodlužuje střední délka života a stárne nám populace těchto lidí přibývá. V dnešní době zůstávají v ústavní péči totálně imobilní, odkázáni na péči ve všech oblastech existence a nikdo je nechce a nikdo je nechce platit zároveň. Zdravotní pojišťovna nám u těch sociálních lůžek platí tak zoufale nízké částky, které vycházejí v průměru šedesátosm korun na lůžko a den. Což nezaplátí ani personál. Přitom podle vyhlášky tam musíte mít personální vybavení v nepřetržitém provozu minimálně pět zdravotních sester a pojišťovna vám zaplatí s bídou dvě a ten zbytek zahrnuje sponzoring. V hospici podle personálního vybavení musíme mít dvacet zdravotních sester na přicetšest lůžek, které máme, dvacet pečovatelek, které mnohé věci dělají v tandemu. Tam je to dáno vyhláškou Ministerstva zdravotnictví. V oblasti sociálních služeb to platí stejně jako pro domovy pro seniory, ale tam je to takové kouzelné. Tam neexistuje vyhláška o minimálním personálním vybavení. Tam pojišťovna podle nějakých svých metodik požaduje, že tam má být v nepřetržitém provozu minimálně pět sester, ale již není řečeno na kolik lůžek. Mým vnitřním metodickým pokynem, který veřejně není znám je řečeno, že do padesáti lůžek by to mělo být pět sester, když to překročí hranici padesáti, mělo by to být dvakrát tolik, tedy deset sester. Ale jestli máte jenom deset lůžek, stejně pojišťovna požaduje pět sester. Ale my i u těch lůžek, kterých dohromady máme třicetčtyři v režimu sociálních lůžek tak tam máme pět sester, to musíme mít, ale z úhrad to pokryje jen sestry dvě. Teď kde máte další nezbytný zdravotnický materiál, samozřejmě tam v tomto režimu třeba medikace se děje na standardní předpis tak že by to měl předepisovat praktický lékař. My máme jedinou výjimku, kterou se podařilo nasmlouvat s VZP, že náš jeden lékař z hospice je na jednadestina nasmlouván do role praktického lékaře pro tato lůžka. Čili má oprávnění předepisovat recepty, což je samo o sobě docela havárka, protože šedesát procent z těchto lidí jsou zatíženi různými formami demence nebo mají nějaké psychiatrické diagnózy a podobně. Potřebují třeba nějaké speciální léčiva, například psychofarmaka a ty zase může předepisovat jen lékař se specializací a pojišťovna teď požaduje, že to musí být specialista z místa trvalého bydliště toho klienta. Jenomže klienti jsou tady nasbíráni z širokého okolí, třeba z Ostravy, Opavy a teď tohoto totálně imobilního

člověka vezte ke specialistovi někde do Opavy, to je úplně absurdní. Takže když nám to předepíše ten náš praktický lékař, tak nám to pojišťovna vyhodí z úhrad. Klienti si platí v podstatě na sociálních lůžkách podle zákona, podle vyhlášky pětsetpadesát, tedy za ubytování, stravu a příspěvek na péči, ale ti rize paliativní platí sto korun regulační poplatek jako nemocnici a sto korun za nezdravotnické řekl bych nadstandardní služby. Na rozdíl od nemocnic tady jsou jednolůžkové pokoje, komplexně vybavené i nástěnnými televizory a v podstatě dnes je to všechno již obsaženo v paušálu za fakultativní služby. Takže úhrada paliativního klienta je u nás dvě stě korun na den což je nejnižší v republice. Co se týká příspěvků podle stupně závislosti tak tento příspěvek dostávají paliativní klienti od loňského roku, kdy se podařilo konečně vybojovat výjimku na rozdíl od nemocnic, že klientům pokud je mají tyto příspěvky nezastavují a můžou nebo měli by je odevzdat poskytovateli. Nicméně tam je velký problém, protože když si vezmete věkovou strukturu klientů, tak minimálně polovina z nich nemá přiznan žádný příspěvek na péči a i když se zdravotní stav zhoršuje tak, že by se slušelo mu přiznat nějaký příspěvek z hlediska stupně závislosti tak se to nestačí vyřídit při těch procesech dříve, než ten člověk umírá. Takže ano, je tam, my to bereme jako nějaké přilepšení, ale vůbec se na to nedá sázet a spoléhat, zhruba tak od té poloviny těch starších pacientů seniorů jsme schopni příspěvek na péči získat. Ale ten příspěvek zdaleka nepokrývá náklady sociální složky péče. Měl by tam být ještě jako příspěvek dotace ministerstva práce a soc. věcí, tak jako jsou dneska dotovány všechny ústavní služby. Bohužel, ale tím, že ten hospic není v zákoně stoosm nikde zakotven tak mimo systém je to řešeno tak, že musí být sociální složka paliativní péče registrována jako pobytová odlehčovací služba, na kterou se to složitě žádá. A těch kterých se to týká, to berou s nelibostí, protože si myslí, že se jim to odkrajuje z jejich příspěvkových organizací domů pro seniory a jiných takže se to snaží všelijak omezovat a redukovat. No a to je teď situace aktuální, kdy znovu jednáme s ministerstvem, protože v některých krajích to dopadlo tak, že nedostali hospice žádnou dotaci. Ta dotace je jen symbolická, pouze na do-krytí, je to částka tak dvě stě, dvě stědvacet korun na lůžko. Když se potom podíváme na strukturu nákladů tak se jedná o zanedbatelnou částku i proti ostatním zařízením ať už zdravotních nebo sociálních služeb. Vezměme si třeba klienta v tom terminálním stádiu on je skutečně někdy tak náročný na péči, že se to dá srovnat s intenzivní péčí poskytovanou v nemocnicích, ale když ta zdravotní pojišťovna nám platí v tom režimu sedmsettčicet, pouze v kategorii IV, když vezmu tu kategorizaci tisícdvěstěčtyřicet osm korun na lůžko

tak je to polovina toho co platí pojišťovna na interním oddělení a jen zlomek toho co platí na jednotkách intenzivní péče. Tam je zřejmá disproporce a oni jako všichni předpokládají, že ten zbytek by měla doplnit ta sociální složka péče. Jenže ta to doplňuje žalostně, jak říkám příspěvek na péči u poloviny pacientů prakticky není, symbolická stokoruna nehraje žádnou roli celkově v těch výnosech a pak teda jak se to dá doplnit, třeba z těch dotací. Dneska minimální náklady na lůžko jsou tisícosmsetpadesát korun, to je absurdní a níž se to nedá stlačit. Spíše je to dvatisíce až dvatisícesto korun, ale my na částce tisícosmsetpadesát jedeme stále. Takže z toho je těch tisícdvěstěpadesát úhrada zdravotní pojišťovny a šestset korun je sociální složka a tam jde o to jak ji získat. Když si vezmeme šestset korun, dotace je dvěstě tak pořád čtyřista chybí. No, je to možno pokrýt z příspěvku na péči, když je a pokud není, obracíme se na města a obce kde má pacient trvalé bydliště a teď je to vyloženo o vyjednávání a o ochotě těch obcí. Nikde v zákoně neexistuje povinnost obcí participovat na financování sociálních služeb. Oni jsou podle zákona povinni se postarat o své občany, ale to je tak vágní, že v těch mandatorních výdajích a hlavně z hlediska rozpočtového určení daní se vůbec nepočítá s povinností obcí přímo financovat tady toto. Podařilo se společným úsilím ne jen nás, ale i dalších poskytovatelů sociálních služeb prosadit to, že od loňského roku výnosy z herních automatů a podobných hazardních her jdou prostřednictvím finančních úřadů do pokladen obcí a tam je zákonem dáno, že by tyto prostředky měly být přednostně použity pro oblast školství, zdravotnictví, sociálních služeb, sportu a tělovýchovy. Což je sice pěkné, ale teď si představte standardní zastupitelstvo a různý lobbying, tak samozřejmě ty sociální služby jsou vždycky na posledním místě. První se podporuje sport, pak kultura, školství a něco málo zůstane na sociální služby. Nikde není ta zákonná povinnost, byť už deset let se o tom hovoří, že by to tak mělo být a že by obce měly přispívat minimálně patnáct procent z rozpočtu na své spoluobčany. My teda naštěstí díky velice dobré spolupráci s městem, řekl bych až nadstandardní spolupráci tak se daří získávat mimořádné dotace, formou takzvaných kvazimandatorních výdajů, takže už při sestavování rozpočtu na další rok se počítá s nějakou částkou, o kterou pak všichni v té konkurenci tady se snažíme bojovat a usilovat, aby se na nás dostalo. Ale není to dáno zákonem. Analogicky se snažíme žádat ty obce, ze kterých ten klient přichází a tam je to na jejich vůli či nevůli, když každá obec je povinna vytvářet sociální fond na pokrytí takových mimořádných událostí pro své občany, ale málokdy se rozhodnou z toho mimořádného fondu podpořit, ale jsou i takoví, kteří podpoří. Takže takhle to doplňujeme. Pro nás

jsou důležití dárce fyzické osoby, sponzoři, mnohdy my to nemůžeme samozřejmě nijak znásilňovat, ale fakt je ten, že pokud jsou rodiny spokojeny s péčí o své blízké u nás tak třeba po ukončení hospitalizace dají s vděčností nějaký dar finanční, který pak automaticky dáváme do mezd pro personál jako ocenění služby. Já říkám řídit hospicové zařízení je určitým způsobem skutečně adrenalinový sport, protože loni v tuhle dobu mě chybělo jenom na vyrovnání nezbytného provozního rozpočtu tři a půlmilionu korun, což reprezentovalo asi dvacet procent z celkových nákladů. My nemáme jiný manévrovací prostor, protože musíme nakoupit samozřejmě léky, potraviny, energie, nezbytné provozní náklady, takže jediný manévrovací prostor je ve mzdách, nám osobní náklady tvoří dvě třetiny všech nákladů. Takže my jsme vloni od března až do začátku října jeli na zkrácené mzdy všem zaměstnancům o dvacet procent paušálně. Takhle jsme jeli než se podařilo nějaké prostředky vyhádat. Nakonec se podařilo v poslední den než odešel ministr Drábek z ministerstva tak ještě podepsal výnos na základě kterého nám ještě malý bolus MPSV poskytlo, ale procesně to trvalo to tak dlouho, že jsme ty peníze dostali až před vánoci. Takže já jsem po celou dobu jel na úvěr s tím rizikem, že buď ho splatím nebo ho nesplatím a můžu to tady zavřít. A takhle to je stále. Letos jsme relativně na tom lépe, protože mi chybí miliony dva ne tři jako vloni. Zatím jsme nepřikročili ke krácení mezd, čekáme, jak to vyjde co se kde podaří získat. Kolegové na tom nejsou o nic lépe, když půjdeme třeba do Ostravy, kde jsou taky výrazně krácení, takže ty prostředky jim vydrží možná do září a co bude na konci roku, když se jim nepodaří ještě někde něco vyškemrat tak to budou moci zavřít, taková je reálná situace. Hospic v Litoměřicích dopadl úplně nejhůř ten dostal jen třistatisíc tisíc místo požadovaných třech milionu. Takže zrovna teď se roztáčí ten tradiční kruh lobbingu o záchranu. A musím říci, že je někdy kuriózního bojuje o záchranu hospicové paliativní péče, tam kde by to člověk ani nepředpokládat. Takže například jedním ze spolubojovníků je sám ministr financí, který se snaží prosadit do systému tyhle věci, ale nedaří se mu protože je převálcovaný v parlamentu nebo i ve vládě samotné. Takže teď znovu masírujeme různými cestami novou ministryni práce a sociálních věcí. Je zvláštní, když se s nimi jedná, každý řekne ano je to průšvih, musí se to řešit, ale pak se rozběhne ta mašinerie a zasekne se to na nižších patrech úředníků MPSV. My víme přímo kdo tomu nepřeje, tam je třeba jeden náměstek, který prohlašuje, že státní kasa má málo peněz a tudíž není na rozdělování a ani na to, abychom si mohli dovolit nadstandard, který podle nich představuje hospicová péče, doslova tomu říkal nadstandard příštího století. A teď on to



účinně blokuje a ani paní ministryně nemá zatím tu určitou sílu jeho názor odvrátit a nemá sílu ani pan ministr Kalousek, který jakožto reprezentant státní pokladny by na to i ty zdroje našel, ale neprojde se přes nějakého úředníka, který to blokuje. Musím říct, že my jsme nejlepší období zažili, když byla úřednická vláda, když byla ministryni zdravotnictví paní ministryně Jurásková a doktor Šimerka byl ministrem práce a sociálních věcí, to bylo poprvé, kdy tito dva ministři si byli schopni sednout ke společnému stolu a měli jsme tam upřímnou snahu ten problém řešit a vyřešit. Bohužel tato vláda měla taky jen limitovaný čas a nestihlo se to všechno zúradovat. Ono všichni vidíme jaký je to průšvih obecný že spolu bojuje ministerstvo práce a sociálních věcí a ministerstvo zdravotnictví. Na jedné straně jsou nějaké proklamace, ale pořád ty dva rezorty spolu vedou zákopovou válku mezi sebou. A ten náš systém financování je obecně úplně absurdní v porovnání s Evropou. Například, při minulých volbách všechny volební strany měly ve svých programech sjednocení výběrného místa pro sociální a zdravotní pojištění, vždyť ten systém je absurdní, že se vybírá odděleně, tohle nikde v Evropě nenajdete, stejně tak jako v Evropě nemáte dvě ministerstva, ale máte ministerstvo veřejného zdravotnictví, pod které spadají všechny potřeby člověka, klienta o kterého tady jde. U nás ten systém se udržuje jaksi proto, že je politickým problémem udělat nějaké racionalizační opatření a změnu, protože by najednou vznikala spousta nezaměstnaných úředníků. Tím, že máme oddělené systémy tak každou tu agendu spravuje tisíce úředníků na všech těch úrovních, ale na tom to nekončí. Pak jde o to rozdělování zdrojů, třeba ty státní dotace, na tom se podílí takové množství úředníků, teď je s tím spojena taková šílená administrativní agenda a to všechno odpadá, třeba v Německu nebo Holandsku, tam jsem měl možnost nějakou dobu pobývat a sledovat toto. Tam sociální a zdravotní pojištění je součástí daně, je to v gesci ministerstva financí s těmi poskytovateli sociálních a zdravotních služeb ty místní úřady mají nasmlouvány rámcové smlouvy třeba na zajištění určitých kapacit a dostane li se klient do takového zařízení ať už třeba do zdravotnického nebo do sociálního tak se tam v ten den dostaví posudkový lékař a sociální pracovník toho města. Na místě samém posoudí zdravotní stav a míru potřeby jak té zdravotní tak sociální složky péče, mají na to bodovací systém, i když ten je u nás taky a mají nákladové normativy a vědí přesně podle diagnóz, podle stupně závislosti, kolik bude ta péče stát. takže to takhle parafují a tím všechno končí. To zařízení potom za měsíc pošle fakturu příslušnému finančnímu odboru města. To za ten měsíc sumarizuje faktury od všech poskytovatelů a pošle fakturu k úhradě přímo ministerstvu financí. Je to

jednoduché, průhledné, jasné. U nás ne, u nás přímo v záhlaví zákona o poskytování státních dotací je klauzule, že na dotaci není právní nárok. Což znamená, že tím, že není právní nárok, není nárok na rovný přístup všech k těmto zdrojům. To znamená, ten kdo má lepší lobbying, silnější lokty tak dostane víc, někdo nedostane nic a je v tom šílený chaos. Tento systém je úplně absurdní, ale bohužel, takhle to funguje, všichni usilují o změny, ale nikomu se do těch změn nechce. A když si vezmete třeba pro zajímavost takové srovnání, že z výdajů zdravotního a sociálního pojištění co nejsou malé částky, na zdravotní a sociální služby jde asi šestsetpadesát miliard ze státního rozpočtu, to je více jak padesát procent celkového národního rozpočtu, takže patnáct procent spotřebuje samotná administrativa tohoto systému. Kdyby spotřebovali jenom pět procent jako je tomu jinde ve světě a deset dali do nemocnic a sociálních služeb tak jsme všichni vysmátí. Je spočítáno a ví se, je k tomu dostatek empirických podkladů, že do rezortu sociálních služeb na ústavní zařízení je potřeba šest celých osm miliardy korun. Loni to bylo šest celých tři miliardy korun, letos prošlo státním rozpočtem šest celých jedna. Takže sedmset milionu korun chybí jenom na základní dofinancování. Dokonce co bylo na úrovni roku dvatisícedeset, čili v tom vývoji tříletém. Na straně jedné je takovýto deficit a na druhé straně mezitím narostly prokazatelně náklady těm zařízením z titulu nárůstu DPH, inflace a další, minimálně o deset až patnáct procent. Není na financování ani toho co je dnes potřeba financovat natož na financování paliativní péče, která pořád je chápána, že to je něco nadstandardního. A pak ta komunikace, to je děs. Historicky nejobtížněji se komunikuje s VZP. S revírní bratrskou jak v čem a jak kdy. S revízní lékařkou revírní bratrské je celkem slušná spolupráce, s ředitelem taky se dá říct, ale někdy se naráží na super špióny tam v té pojišťovně, kteří mají problém s tím či oním tak se to pak musí všelijak obodovat a tak. A například, my máme s VZP nasmlouvaných těch osm lůžek LDN té následné péče pro ty preterminální stádia a já jsem v rámci unifikace to takhle požadoval u těch ostatních pojišťoven, ať máme stejnou strukturu vykazování, jediná revírní bratrská na tohle nechce přistoupit a chce po nás abychom prošli výběrovým řízením na těch osm lůžek následné péče. Neznají zákon, protože třístasedmdesát dva nový zákon o sociálních službách vysloveně hovoří, že lůžka paliativní péče bez ohledu na odbornost, všechna spadají do režimu dlouhodobé péče. Čili nám stačí registrace dlouhodobé péče, kterou máme aktuálně podle nového zákona. Ovšem tam to někdo nechápe, mě to je jedno, je to jejich problém, protože by mohli ušetřit dvě stovky na lůžko, kdyby nám nasmlouvali. Problém je i u plateb z VZP. Teď nám ab-

surdně uplatňují regulaci na rok 2009, 2011 a teď s odstupem 2 let, nám jenom oznámili, že si započtou nějaká regulační opatření, což znamená, že nám vyhodili 350 000 z výnosů, takže nám nepřišla platba za leden letošního roku, kterou si započteli. My od prvopočátku tvrdíme, že regulace v paliativní péči, je stejně nesmyslná jako v porodnictví. Nemůžete plánovat počet porodů, stejně tak jako počet pacientů, počet úmrtí. Nehledě k tomu, jak ta zařízení vznikala tak postupně navyšovala lůžkovou kapacitu podle potřeb a jestliže vás zregulují na dobu, to se nám stalo v případě vedlejšího domova se zvláštním režimem, který byl otevřen v roce dvatisícadeset a oni nám uplatnili regulaci dvatisícejedenáct na dvatisícdevět takže nám úplně vyhodili platby, týká se to VZP. Poslal jsem námitku, protest, už 2 měsíce se nic neděje), taková je práce s VZP. Další důležitou věcí při poskytování paliativní hospicové péče jsou standardy. Já tomu říkám proklamativní standardy, které se používaly při různých vyjednáváních na ministerstvech, samozřejmě ony už mají své stáří ten vývoj šel neustále dále a těch standardů je dnes několik. Právě tím, že je naše péče multidisciplinární a hospice musí mít sociální složku paliativní péče mít registrovanou jako sociální službu pod paragrafem čtyřicetčtyři, protože se pět let nedaří prosadit to do legislativy jako samostatný paragraf, možná teď v té novele zákona stoosm k tomu dojde, zase už je vše nachystáno. Standardy hospicové paliativní péče jsou jakýmsi průnikem standardů pro zdravotnictví, tady mám na mysli standardy pro následné péče ve zdravotnictví – pro nemocnice podle kterých se akreditují, zároveň standardy pro sociální služby, pak se k tomu sluší přiřadit standardy pro řízení a správu a ty naše standardy jsou jakýmsi průnikem. V podstatě v naší paliativní péči jsou takové procesy, které musí být nějakým způsobem standardizovány v podstatě tak jak jsou standardizovány procesy v nemocnici. Tak procesní standardy jsou tematické oblasti a je to průnik všech těch typů standardů, které jsou zpracovány do formy akreditačních standardů tak jako jsou v nemocnicích běžné, nicméně pro hospice zatím nebyla uložena povinnost nějaké akreditace nebo certifikace, nicméně my jsme v tom jakýmsi předvojem a snažíme se ty standardy naplňovat a neustále na nich pracujeme Tohle to vzniklo v roce 2007 a teď se to jakýmsi způsobem uvádí do praxe ,spíš my se řídíme tady těmito standardy. Protože standardy pro sociální služby se neustále vyvíjejí, vznikají nové a nové požadavky,takže my na těch standardech pořád pracujeme. Každý týden se schází tým na dvě hodiny a probírá se nějaká oblast. V oblasti standardizace a řízení kvality my dneska splňujeme ne jen to co se požaduje po nemocnicích, ale ještě něco navíc, co nemocnice teprve čeká v okamžiku kdy budou přinuceny část

akutních lůžek transformovat do lůžek dlouhodobé péče. To si nikdo neuvědomuje, jaký to bude průšvih. My jsme si tímhle tím prošli, protože v ten moment tam vznikne povinnost uvést do života standardy pro sociální služby a ty jsou bohužel v některých věcech možná náročnější než ty zdravotní. Zdravotnické jsou jaksi zavedené, známe, ale u těch standardů pro sociální služby, tam je kladen veliký důraz na multidisciplinární péči a ta zdravotní složka je jen jednou částí této péče. Já si upřímně řečeno nedokážu představit jak by nemocnice byly schopny zajistit tu multidisciplinární péči podle požadavku zákona 108, protože například u lůžek následné péče, tam se celá sociální péče scvrkává do role sociální sestry. Teď v některých nemocnicích mají nemocničního kaplana pro spirituální oblast, ale to je vše. V první řadě by museli, pokud mají zdravotnický personál, část sester přesvědčit, aby šly do režimu sociálních pracovníků, pečovatelek atd. Ale hlavně tam ze zákona je požadovaná kvalifikace v oblasti sociálních služeb a je velký problém sehnat kvalitní, znalé pracovníky. Kdybychom se podívali do zahraničí, já jsem si získal standardy z celého světa z různých hospiců například Australské standardy, německé, anglické. Měl jsem možnost být na stáži ve spojených státech. Řekl bych, že pro naši oblast nejpoužitelnější jako inspirace byly standardy irské. Takže tohle všechno jsem samozřejmě prostudoval a nějakým způsobem jsem se snažil konfrontovat se standardy pro nemocnice, tehdy ještě nebyly standardy pro následnou péči. Nicméně, to bylo takové zajímavé, spolu se mnou studovali specializaci doktor Marx a doktor Vlček, což jsou dneska protagonisté standardizace a akreditace. Dokonce i dělali nějaké oponentury mé práce. Marx je dneska už členem té mezinárodní komise JIC. Takže jsem se snažil ty zahraniční standardy využít jako zdroj inspirace a při znalosti nemocničních standardů vytvořit systém, který by nejlépe vyhovoval praxi, není to nic opsaného někde, protože přece jenom ta praxe je tady trochu specifická, odlišuje se od nemocnic. Tyhle standardy mají mnoho úskalí a nedostatků, řekl bych, že je to takový ideál. Nemůžu říct, že splňujeme všechny podmínky, vše nesplňujeme, my se o to snažíme už pátým rokem a něco funguje lépe, něco hůře. Bohužel já říkám a tvrdím to jak na Ministerstvu práce a sociálních věcí tak na Ministerstvu zdravotnictví, že je třeba si uvědomit, že kvalita má své ekonomické limity. Takže je limitována ať chceme či nechceme taky množstvím peněz, které jsou k dispozici. Samozřejmě, kvalitu ovlivňují samotní lidé, dílem, je to odrazem vybavenosti, podmínek, ale bez těch financí to nejde a bohužel hospice jsou v letošním roce zvláště zase v kritické situaci, protože my jsme permanentně podfinancovaní a tím, že se zhruba 15% financí nedostává na zajištění základního

provozu, takže si nemůžeme ani moc vyskakovat v této oblasti. Stejně tak je tomu i ve vzdělávání pracovníků, které něco stojí. Čili nám se zatím podařilo vždy získat nějaké granty. Letos poprvé nemáme dostupné granty docela s tím budeme zápasit a oslovovat sponzory s nějakou žádostí o příspěvek na to, abychom mohli pokračovat v těch vzdělávacích aktivitách. A to je taky takový problém.

**Mají zaměstnanci možnosti dalšího vzdělávání?** Z hlediska počtu a odborné kvalifikace máme v současné době 112 zaměstnanců. Věnujeme hodně času a prostředku na permanentní vzdělávání pracovníků, protože práce v hospicové paliativní péči není jen o multidisciplinarity, ale také o týmové práci. Já tady tvrdím a prosazuji od prvopočátku, že platným členem toho týmu je každý, počínaje lékařem a konče uklízečkou. Ze začátku, když jsme tým formovali, byla taková tendence, že zdravotní sestry se povyšovaly nad pečovatelkami, že ony jsou něco víc, pečovatelky nad uklízečky atd. vedu tady ten celý kolektiv k tomu, že co je platné, když tady bude vysoce kvalifikovaný lékař, kvalifikovaný personál, ale zároveň prach a nepořádek na pokojích. Tahle ta týmovost je nutná i z hlediska myšlení lidí, dostat jim to do podvědomí, aby to dělali takto rutinně. Člověk musí organizovat a řídit, ale zároveň musí zajišťovat jakousi zpětnou vazbu. Je zde několik sester, které postupně, nejdřív si udělaly specializace pak bakalářské vzdělání a dnes 2 studují magisterské studium, protože předpokládám, že do budoucna zaujmou pozice vrchních sester. Ony mají bakalářské vzdělání v oboru zdravotnictví, a teď si dodělávají magisterské na sociálních školách v Brně a v Olomouci. U nich je vidět, jak jejich přístup k práci dostává úplně novou dimenzi, jak dochází k průniku myšlení zdravotnického pracovníka a myšlení sociálního pracovníka. Na tohle to budou šíleně narážet v nemocnicích, protože pokud tam je specialista jen toho jednoho směru tak se ten průnik hledá docela obtížně.

**Využíváte sponzoring?** Ze začátku nebyl nikdo, jak se postupně rozbíhala činnost tak se postupně zvyšoval okruh sponzorů. Dnes u těch firem bych řekl, že to jsou stabilní sponzoři, kteří dávají standardně stejné částky. V době ekonomické krize někteří odpadli, že nemají. U těch fyzických osob je to různé. Jsou fyzické osoby, kteří dají stovku, jsou fyzické osoby které nají třeba nějakou živnost takže dají částku třeba pět tisíc. Dále když se vyřizuje agenda s přijetím do hospice tak s každým klientem je sepsaná smlouva, ne jen informovaný souhlas tak při tom vysvětlování příspěvku jaký je se kontaktní osobě, která je u podepisování smlouvy s klientem. Vysvětluje se regulační příspěvek a

jednak ta stovka. Máme taky vlastního fundraisera na půl úvazku. My děláme aktivní fundraising jen u firem. Každý rok jim zasíláme žádosti s výročními zprávami. U fyzických osob, spíše je to tak, že když se vyřizuje agenda spojená s přijetím do hospice tak při tom, kdo tak se mu vysvětlí situace jaká je, protože se mu vysvětluje regulační příspěvek a stovka, že je to symbolická, a že se nebudem bránit tomu, když budou spokojeni tak podle svého uvážení, že můžou přispět. Takže tady už potom při vyřizování agendy spojené s úmrtím, kdy si příbuzní přebírají věci tak se dobrovolně rozhodnou nějaký příspěvek dát, třeba 200 korun, 100 korun, je to různé. Čili tam na to nijak netlačíme, neapelujeme, upozorníme je při tom vstupu při projednávání podmínek. Když to vezmu na těch 21mil tuším 600tisíc, procentuelně to vychází na 3-4%.a využíváme to vysloveně na obnovu zařízení, protože to je další průšvih neziskových organizací, že na rozdíl od příspěvkových organizací. Ti, když potřebují nějakou investici, z rozpočtu dostanou nějakou dotaci. My nic takového nemáme šanci získat, my maximálně dotaci jako provozní, takže jakoukoliv obnovu zařízení, vybavená, můžeme financovat jenom z těchto prostředků. My to nemůžeme financovat ani z ministerských dotací. Pokud, to taky dáváme tu možnost třeba ten dar není účelově směřován, že třeba z vděčností chtějí, aby byl použit na nějaké odměny personálu tak to samozřejmě rádi splníme. Raději bychom byli kdyby to všechno fungovalo jaksi systémově a tyto peníze by jsme mohli použít na zkvalitňování péče nebo na nadstandardní formy služeb. Pak taky spolupracujeme s nadacemi. Nejlepší spolupráci máme s nadací Umění doprovázet, což je nadace, kteráže speciálně zaměřena na pomoc paliativní péči. Pak tady byla taky nadace děti kultura a sport z Uherského Hradiště, ale dneska už nefunguje. No a standartní nadace OKD, to je taky neštěstí, tam se taky snažíme žádat, ale vždycky nám sdělí, že jsme mimo jejich zájmovou skupinu. Prostě o seniory není zájem mezi nadacemi obecně. Co se týká fondů Evropské unie ty jsou pro nás nedosažitelné. Jen se podařilo spolu s městem získat dotaci na rekonstrukci budovy, kde máme sociální služby, ale jinak nic. Když už jsme u toho financování určitě Vás bude zajímat jak jsou na tom naši zaměstnanci. Sestry se všemi příplatky v nepřetržitém provozu dosahují tak asi na osmnáct tisíc hrubého. Pečovatelky zhruba čtrnáct tisíc – to jsou ty klíčové profese. Pouze lékaři ti to mají standartně jako v nemocnicích. Jednak jsou tady hodně na smluvní mzdu.

**Myslíte si, že náboženství ovlivňuje přístup příbuzných klienta k hospicové péči?**

Myslím si, že ani ne. Byly vytvořeny studie tady na to, třeba do jaké míry náboženství

nebo víra sehrává roli. V tomhle tom směru jsou si asi všichni rovni. Přirozená reakce rodiny, která funguje standartně je to zajistit pro něho to nejlepší a když už není zbylí tak samozřejmě nejlepší podmínky paliativní péče. Bohužel přes všechny snahy o edukaci, kdy pořádáme různé semináře, přednášky, tak prostě rodiny nejsou dostatečně informovány, některé jsou některé nejsou, takže dost často se setkáváme s tím, že klient se k nám dostane a příbuzní řeknou, no kdybychom to bývali věděli, že podmínky tady jsou takové tak bychom už dávno přišli dříve. Takže na základě toho my se pořád snažíme o edukaci rodin. Tady v našem regionu už to není takový problém, protože i s podporou města a odboru sociálních služeb máme katalog sociálních služeb jak v elektronické tak papírové podobě kde všude je tady toto popsáno. Paliativní péče a umírání není populární téma, většinou se o to rodina začíná zajímat až se jí to osobně týká, do té doby to jde mimo ně veškeré ty edukační aktivity. My jsme se snažili v rámci různých rozhlasových pořadů v regionálních rádiích dostat nějaký rozhovor na toto téma a ta účinnost je tam těžko definovatelná. Máme za to, že většina lidí, kterých se to netýká tak tímto projde úplně mimo, ale možná, že to zanechá stopy v podvědomí, že když se pak dostanou do nějaké situace tak si vzpomenou, že třeba to někde něco slyšeli a začnou pátrat. V tomto směru vidíme, že se již hodně uplatňuje internet tak, že lidi pátrají po internetu a tam už mají možnost chytit stopu. V tom bych ani takový problém neviděl jako v tom, že se k nám klienti dostávají pozdě nebo vůbec a bohužel statistika je v tomhle tom nesmlouvavá osmdesát procent pacientů terminálně nemocných stále umírá v nemocnicích, nejfrekventovaněji na LDNkách a bohužel na pokojích, které k tomu nejsou vůbec uzpůsobeny, bez důstojnosti. Nevím, nevím, co se s tím dá dělat.

**Myslíte si, že v budoucnu dojde spíše k rozvoji poskytování paliativní péče nebo naopak k zániku:** Vidím to značně problematičtě, určitě už nebudou vznikat specializované hospice, jako třeba tady takováto jednotka, protože to byl podle mého od samého prvopočátku úlet koncepce naprosto nešťastná. Nechápu, proč se pracovníci MZ a MPSV v době kdy vznikaly první hospice nepoučili ze zahraničí. Tady je jaksi fatální problém ten, že vždy všude ve světě nejdříve vznikla rozvinutá terénní forma paliativní péče a teprve následně vznikala ústavní zařízení právě proto, aby, když ten klient už není schopen pobývat v domácím prostředí nebo rodina už to nezvládá, aby měli

záštitu a aby mohli přejít do tohoto zařízení. To je jedna věc. Druhá věc je, že tím pádem, aby mohla být zajištěna ta profesionální péče v terénu, jsou v zahraničí rozvinuty tzv. mobilní hospice paliativní péče. U nás tohle to hned v prvopočátku bylo zamítnuto, bránily se pojišťovny, takže se šlo obrácenou cestou a ta koncepce MZ z r.97 vymyslela systém, že v každém kraji vznikne jeden kamenný hospic, který se stane základnou pro rozvinutí domácí paliativní péče, což mělo v sobě logiku s tím že profesionální tým pracovníků nelépe zaštití ten mobilní hospic a budou vyrazet do terénu atd. My to takhle máme zakotveno ve smluvních podmínkách s ministerstvem zdravotnictví, který přispívalo na výstavbu těch hospiců dotacemi v dobách minulých. Nicméně toto se nepodařilo naplnit, protože doposud se zdravotní pojišťovny brání financovat specializovanou paliativní péči v terénu. Oni hovoří, že je dostatečně zajištěna obecná paliativní péče, my víme, že tomu tak není, protože jediné co se podařilo dosáhnout před dvěma lety, že, ne že by vznikl samostatný úhradový kód pro specializovanou paliativní péči domácí tak jako je 725 pro zdravotní ošetrovatelskou péči, ale jediné co se nám podařilo dosáhnout to, že tam může praktický lékař indikovat takzvaný signální kód, který pouze rozšiřuje ten časový limit na nezbytně potřebnou dobu a ne na tři hodiny a dost jak je u domácí péče. Čili ta zdravotní sestra by tam teoreticky mohla být třeba celý den. Jenomže to zase pojišťovny, když ho ten praktický lékař nasmlouvá tak mu to pak vyhodí z úhrad, protože mají svoje regulace, takže situace je taková, že to praktičtí lékaři neindikují, tím, že jim to pojišťovny nezaplatí, jde jim to do úhrad a platí to ze svého, což se nikomu nechce. Takže vůbec nefunguje ta primární péče v terénu, takže jestli by se mělo něco rozvíjet tak ne ústavní zařízení těch je tady dostatek, ale měla by se rozvinout ta možnost mobilní paliativní péče. Na Moravě fungují dvě jednotky, ale úplně sponzorsky, je to třeba hospic Ondrášek a nebo hospic sv. Lukáše, ale ten to dělá vyloženě v rámci své domácí paliativní péče. My to děláme taky, my tady máme sesterskou organizaci Diakonie domácí péče. My to v našem regionu, pokud se dozvíme, že je někdo takhle potřeby a to je vůbec problém se dovědět, pokud se to doví ta standardní domácí ošetrovatelské péče, ti zdravotníci tak tam už automaticky přijdou a i náš lékař tam zajede atd., ale narážíme zase na legislativu, která chybí z hlediska forenzní zodpovědnosti. Náš lékař tam jde jenom v roli poradce, protože on nemůže nic předepsat, protože pacient je v péči svého ošetřujícího lékaře praktika a tak tam vzniká napnelismus. Naštěstí my tady máme už vybudovaný systém, kdy mnozí osvědčení prak-



tičtí lékaři akceptují doporučení a medikaci našeho lékaře. Úroveň v terénu je zoufalá, žalostná. Nám se podařilo do vyhlášky té čtyřicetism zdravotní pojištění to, že je tam zakomponována i domácí paliativní péče, ale z hlediska úhrady vlastní ta prováděcí vyhláška tohle to pomíjí je tam jen ten kód sedmsetdvacetpět. Ještě bych možná řekl jednu věc, co může být do budoucna trošičku nosné, poučit se z toho modelu zahraničního. Když by se podařilo dosáhnout nějakého legislativního zakotvení terénní služby a jejího financování, respektive toho mobilního hospice, tak pak, ve světě je to tak, že třeba i v domovech pro seniory anebo dokonce i v některých nemocnicích jsou vyhrazené pokoje, kam přesunou toho klienta v terminálním stádiu a ten mobilní tým hospicový tam zajíždí a ve spolupráci personálu toho daného zařízení pak tam zajišťuje tuhle tu péči. Ten model se všude osvědčil a tady by tomu taky nic nebránilo.

Děkuji za rozhovor