

Projekt založení dětského hospice v Jihomoravském kraji

Bc. Ester Jugasová

Diplomová práce
2022

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky

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

Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Ester Jugasová**
Osobní číslo: **M20868**
Studijní program: **N0413A050020 Management ve zdravotnictví**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Projekt založení dětského hospice v Jihomoravském kraji**

Zásady pro vypracování

Úvod

Definujte cíle práce a použité metody zpracování práce.

I. Teoretická část

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

II. Praktická část

- Proveďte situační analýzu hospicové péče v Jihomoravském kraji.
- Na základě výsledků analýzy navrhnete projektové řešení vybudování dětského hospice v Jihomoravském kraji.
- Podrobně projekt časové, nákladové a rizikové analýze.
- Zhodnoťte přínosy, náklady a rizika projektu.

Závěr

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

Seznam doporučené literatury:

- ABRAMS, Rhonda. *The Successful business plan: Secrets & Strategies*. Seventh edition. Palo Alto, California: PlanningShop, 2019, 444 s. ISBN 978-1-933895-82-6.
- BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. První vydání. Praha: Grada, 2015, 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
- CONNOR, Stephen R. *Hospice and Palliative Care: The Essential Guide*. Third edition. London: Taylor and Francis, 2017, 290 s. ISBN 978-1-138-64862-3.
- DOLEŽAL, Jan. *Projektový management: komplexně, prakticky a podle světových standardů*. První vydání. Praha: Grada, 2016, 424 s. ISBN 978-80-247-5620-2.
- SHIRLEY, David. *Project Management for Healthcare: concepts and practice*. Second edition. Hoboken: Computer Press, 2016, 283 s. ISBN 14-398-1954-8.
- SRPOVÁ, Jitka et al. *Podnikatelský plán a strategie*. První vydání. Praha: Grada, 2011, 194 s. ISBN 978-80-247-4103-1.

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

Datum zadání diplomové práce: **11. února 2022**
Termín odevzdání diplomové práce: **27. dubna 2022**

L.S.

prof. Ing. David Tuček, Ph.D.
děkan

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

Ve Zlíně dne 11. února 2022

PROHLÁŠENÍ AUTORA
BAKALÁRSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE

Prohlašuji, že

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

Prohlašuji,

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

Ve Zlíně 1. 4. 2022

Jméno a příjmení: Bc. ESTER JUGASOVA

podpis diplomanta

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá tématem založení hospice v Jihomoravském kraji, konkrétně v Brně. Hlavním cílem je vytvořit projekt, který povede k založení a provozu zdravotnického zařízení. Teoretická část definuje význam paliativní péče, dále se zaměřuje na specifikaci podnikání ve zdravotnictví. Praktická část se zabývá analýzou podkladů, které jsou potřebné pro zpracování projektového řešení. Projektová část se věnuje založení dětského hospice. Projekt obsahuje postup při založení, marketingový plán, personální zajištění, finanční plán, časovou a rizikovou analýzu. Ve finální části diplomové práce je provedeno zhodnocení projektu a jeho implementace do praxe.

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

ABSTRACT

The diploma thesis focuses on the issue of establishing a hospice in the South Moravian region, specifically in Brno. The main goal is to prepare a project that will lead to the establishment and subsequent operation of the facility. The theoretical part defines the importance of palliative care, further focuses on the specifications of business in health care. The practical part deals with the analysis of documents that are needed to develop a project solution. The project part is dedicated to the establishment of a children's hospice. The project includes the establishment procedure, marketing plan, staffing, financial plan, time and risk analysis. In the final part of the diploma thesis, the evaluation of the project and its implementation in practise is performed.

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

Ráda bych zde poděkovala svému vedoucímu diplomové práce, profesorovi MUDr. Jaroslavu Slanému, CSc., za odborné vedení a poskytování cenných rad během vedení mé diplomové práce.

Dále bych poděkovala rodině, přátelům a rodinám mých pacientů za podporu v průběhu studia.

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

OBSAH

ÚVOD	9
CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 PALIATIVNÍ PÉČE V PEDIATRII	13
1.1 DEFINICE PALIATIVNÍ PÉČE.....	13
1.3 ROZDĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE DLE SPECIALIZACE	14
1.3.2 Obecná paliativní péče	15
1.4 DĚLENÍ DLE TYPU ONEMOCNĚNÍ.....	16
1.5 PERINATÁLNÍ PALIATIVNÍ PÉČE	17
1.6 TRAJEKTORIE NEMOCI.....	17
1.7 POTŘEBY DÍTĚTE A RODINY V PALIATIVNÍ PÉČI	18
1.8 VÝVOJ DĚTSKÉ PALIATIVNÍ PÉČE.....	20
1.10 SOUČASNÁ SITUACE DĚTSKÉ PALIATIVNÍ A HOSPICOVÉ PÉČE U NÁS	23
2 PODNIKÁNÍ	27
2.1 ZAHÁJENÍ PODNIKATELSKÉ ČINNOSTI.....	27
2.2 PRÁVNÍ FORMA FYZICKÉ OSOBY	28
2.3 PRÁVNÍ FORMA PRÁVNICKÉ OSOBY	30
2.5 PRÁVNÍ FORMY NESTÁTNÍCH ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ	34
2.6 FORMY ÚHRADY ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB	34
2.7 PLATNÁ LEGISLATIVA PRO ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ	36
3 PODNIKATELSKÝ PLÁN	37
3.1 STRUKTURA PODNIKATELSKÉHO PLÁNU.....	38
3.2 TYPY PODNIKATELSKÝCH PLÁNŮ	39
II PRAKTICKÁ ČÁST	41
5 ANALÝZA EXTERNÍCH FAKTORŮ PRO ZALOŽENÍ DĚTSKÉHO HOSPICE	42
5.1 PEST ANALÝZA – ANALÝZA VNĚJŠÍHO PROSTŘEDÍ.....	42
5.3 ANALÝZA PEDIATRICKÉ PALIATIVNÍ PÉČE V ZAHRANIČÍ A ČESKÉ REPUBLICE	56
5.4 SWOT ANALÝZA DĚTSKÉ HOSPICOVÉ PÉČE V JIHMORAVSKÉM KRAJI.....	59
5.5 ANALÝZA KONKURENČNÍHO PROSTŘEDÍ	61
5.6 SHRNUÍ POZNATKŮ Z ANALYTICKÉ ČÁSTI.....	67
6 PROJEKTOVÉ ŘEŠENÍ VYBUDOVÁNÍ DĚTSKÉHO HOSPICE V BRNĚ	68
6.1 PŘEDPOKLÁDANÝ POSTUP PŘI ZALOŽENÍ DĚTSKÉHO HOSPICE	68

6.1.1	Zakládací listina	68
6.2	HYGIENICKÉ POŽADAVKY NA PROVOZ DĚTSKÉHO HOSPICE	73
6.3	MATERIÁLNĚ-TECHNICKÉ VYBAVENÍ DĚTSKÉHO HOSPICE	76
6.6	NAVÁZÁNÍ SMLUVNÍHO VZTAHU S POJIŠŤOVNAMI	82
6.7	MARKETINGOVÝ PLÁN	83
6.9	FINANČNÍ PLÁN	90
6.10	HOSPODÁŘSKÝ VÝSLEDEK HOSPICE	102
6.11	CASH FLOW	111
6.12	HODNOCENÍ RIZIK PROJEKTU.....	112
6.13	ČASOVÝ PLÁN PROJEKTU.....	114
6.14	ZHODNOCENÍ PROJEKTU Z HLEDISKA IMPLEMENTACE DO PRAXE	115
6.15	CELKOVÉ SHRnutí PROJEKTU	116
	ZÁVĚR	118
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	119
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	128
	SEZNAM OBRÁZKŮ	130
	SEZNAM GRAFŮ	131
	SEZNAM TABULEK.....	132
	SEZNAM PŘÍLOH	134

ÚVOD

„Největší bolestí na světě je vidět umírat své dítě.“

Euripidés

Diplomová práce se zabývá vypracováním projektu, jehož výstupem je založení dětského hospice poskytující paliativní péči dětem, u kterých již byla ukončena kauzální léčba.

Paliativní péče u dětí je pro většinu z nás velmi citlivé téma. Lidé se tématům o umírání a myšlence, že děti umírají a trpí nevléčitelným onemocněním, snaží vyhnout. Útěk od takové situace je přirozeným obranným mechanismem člověka.

Smrt je přirozenou součástí života. Smířit se se smrtí dítěte je prakticky nemožné. Bolest časem oslábne, nikdy však nezmizí. Smrt dítěte je v naší společnosti brána jako tabu. Lidé se zdráhají nebo i nechtějí o smrti mluvit. Přesto jsem názoru, že by se o dané problematice měla šířit osvěta, více o tom mluvit. Krutá realita, že i děti jsou smrtelně nemocné, vyhýbáním nezmizí.

Dětská paliativní péče se ve světě stává běžnou součástí pediatrické praxe, v České republice je tento stav přijímán velmi pomalu. Většina pacientů si přeje prožít své poslední dny tam, kde se cítí bezpečně, ve svých domovech. Ne vždy to jejich zdravotní stav umožňuje. Pečovat o nemocného člověka je pro jeho blízké psychicky i fyzicky náročné. Řada rodin by uvítala možnost využít zařízení, která by jim v náročné situaci pomohla. Podnětem k výběru tématu diplomové práce byla osobní zkušenost s prací na dětském onkologickém oddělení a umírání v nemocničním zařízení. Proto bylo zvoleno téma založení dětského hospice.

Cílem diplomové práce je sestavit projektové řešení pro založení dětského lůžkového hospice v Jihomoravském kraji, konkrétně v Brně. V celém Jihomoravském kraji, ani v celé České republice nemá zatím žádná organizace sídlo, kde by byla poskytována hospicová péče dětem.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část definuje pojmy z oblasti dětské paliativní a hospicové péče a z oblasti podnikání, jako jsou právní formy zdravotnických zařízení a formy úhrad zdravotní péče. Praktická část je členěna do dvou úseků. První úsek tvoří analytická fáze vnějšího prostředí. Je provedena analýza prostředí dětské paliativní péče v Jihomoravském kraji a v České republice. Část zahrnuje PEST

analýzu, analýzu konkurenčního prostředí pomocí Porterova modelu pěti konkurenčních sil a OT analýzu. Druhá sekce se věnuje projektu založení dětského hospice. Součástí projektu je předpokládaný postup při založení hospice, marketingový mix, finanční plán, analýza rizik a časový plán projektu. Závěr se věnuje následnému zhodnocení implementace do praxe a jeho celkovému shrnutí.

Výsledný projekt dětského lůžkového hospice bude provozuschopný a finančně udržitelný.

CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE

Hlavním cílem diplomové práce je sestavit projekt k založení dětského hospice v Jihomoravském kraji, který by se dokázal plně rozvinout v praxi.

Dílčí cíle diplomové práce jsou:

- Nastudování odborné literatury související s tématem diplomové práce;
- Provedení současné analýzy prostředí v Jihomoravském kraji;
- Analýza, vyhodnocení a interpretace zjištěných dat;
- Vypracování projektu na zřízení dětského hospice v Brně.

Hlavním úkolem práce je na základě poznatků nastudovaných v odborné literatuře zjistit, jaké jsou možnosti k založení dětského hospice včetně důležité legislativy týkající se jeho založení a aplikace do praxe.

V praktické části bude provedena analýza vnějšího prostředí pomocí PEST analýzy.

Za pomoci zkrácené SWOT analýzy se zjistí příležitosti a hrozby při založení dětského hospice. Bude provedena analýza současného stavu pediatrické paliativní péče jak v České republice, tak ve světě. V neposlední řadě bude využit Porterův model pěti konkurenčních sil.

Na podkladě vytvořených analýz bude vypracován projekt na zřízení dětského lůžkového hospice s postupnými kroky vedoucími k jeho založení.

Výstupem práce by měl být fungující projekt dětského lůžkového hospice.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PALIATIVNÍ PÉČE V PEDIATRII

Paliativní péče jako taková zahrnuje několik zásadních pojmů. V úvodní části této kapitoly bude definována paliativní péče se zaměřením na dětskou paliativní péči. Dále bude definována hospicová péče, její formy a hospicová péče v České republice.

1.1 Definice paliativní péče

Světová zdravotnická organizace definuje paliativní péči jako *„přístup zaměřený na zvyšování kvality života pacientů a jejich rodin v situaci, kdy čelí život ohrožující nemoci. Cílem je komplexní léčba/řešení/tišení bolesti a dalších příznaků nemoci, včetně psychických, sociálních a spirituálních obtíží, které mohou pacienta a jeho blízké trápit“* (WHO, 1998, s. 8).

Obdobně se na paliativní péči dívá i Mezinárodní asociace hospicové a paliativní péče. Ta definuje paliativní péči jako holistickou péči pro jednotlivce bez rozdílu věku se závažnými onemocněními a s bolestmi, které jsou s nemocí spojené. Cílem je zlepšení kvality života pacientů, ale i rodiny. Paliativní péče má být poskytována s respektem na kulturní hodnoty a víru pacienta a jeho rodiny. Péče se může aplikovat napříč všemi zdravotnickými zařízeními a na všech úrovních péče (od primární po terciární). Paliativní péče by měla být poskytována profesionály nejméně se základním kurzem paliativní péče. Paliativní péči poskytuje multidisciplinární tým (IAHPC, © 2019).

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (§ 5) mluví o paliativní péči jako o *„péči, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyléčitelnou nemocí“* (Česko, 2011).

1.2 Definice paliativní péče v pediatrii

Paliativní péče u dětí je těžké a psychicky velmi náročné téma. Smrt dítěte je jednou z nejhorších událostí, s jakou se může rodič setkat. Vyhýbáním se tématům o smrti se realita, že i děti umírají, nezmění.

Diagnostikování vážného onemocnění je jak pro rodinu, tak dítě samotné velký šok.

Nastávají pocity beznaděje, bezmoci. V této situaci jim může alespoň částečně pomoci

vědět, že dítě je v nejlepších rukou multidisciplinárního týmu. Pocit, že na situaci nezůstanou sami a mohou se na někoho obrátit, jim dodá ztracenou sílu.

„Pediatriká paliativní péče je aktivní komplexní péčí o tělo, mysl a duši nemocného dítěte a zahrnuje také poskytování podpory jeho rodině. Péče je zahájena v okamžiku stanovení diagnózy nemoci a pokračuje bez ohledu na to, zda je dítě léčeno se zaměřením na onemocnění“ (WHO, 1998, s. 8).

Dětská paliativní péče v mnoha směrech dle Mojžíšové (2017) vychází z klasické paliativní péče, existují však výrazné rozdíly. Zejména se odlišuje v přístupu k dítěti, komunikaci, potřebám dítěte a rodiny.

Péče začíná stanovením diagnózy a pokračuje bez ohledu na to, zda je dítěti poskytována léčba na jeho onemocnění. Cílem je vyhodnotit a mírnit psychické, fyzické i sociální utrpení dítěte. Paliativní péče vyžaduje multidisciplinární tým, který do péče začleňuje i rodinu dítěte. Paliativní péče může být poskytována jak v zdravotním zařízení, tak v domácím prostředí dítěte (Bužgová, 2019, s. 15).

Bužgová (2019, s. 15) doporučuje tři stupně dětské paliativní péče. Prvním stupněm je myšlen **paliativní přístup**, který by měl být dodržovat všemi zdravotníky. Jedná se o zavedení základních principů paliativní péče do praxe. Druhým stupněm je **obecná paliativní péče**, tím je myšlena dobrá klinická praxe poskytována v pokročilé fázi onemocnění, poskytována zdravotníky napříč jejich odbornostmi. Třetím stupněm je **specializovaná paliativní péče**, tím je myšlena péče poskytována odborníky paliativní péče, kteří jsou odborně vzděláni.

Nejčastější formou specializované paliativní péče jsou hospice, mobilní a lůžkové. Dále je možné se setkat s denními stacionáři nebo paliativním týmem v rámci daného zdravotnického zařízení (Bužgová, 2019, s. 16).

1.3 Rozdělení paliativní péče dle specializace

Dle Radbrucha a kol. (2010, s. 28) může být paliativní péče poskytována na různých úrovních. Nejméně by však měly být poskytovány dvě úrovně: obecný paliativní přístup a specializovaná paliativní péče. Paliativním přístupem se myslí postup, jak se metody a postupy paliativní péče integrují do prostředí, která na paliativní péči nejsou

specializována. Přístup zahrnuje kromě farmakologických a nefarmakologických způsobů ke tlumení příznaků také komunikaci jak s pacientem, tak rodinou a dalšími zdravotníky.

1.3.1 Paliativní přístup

Univerzální paliativní přístup je dle Chambers (2018, s. 16) termín používaný pro takové služby, který je přístupný všem dětem a jejich rodinám. Přístup zahrnuje místní nemocnice, primární péči, zdravotnické pracovníky. Praktičtí lékaři mohou v dětské paliativní péči hrát velmi důležitou roli. Mohou informovat rodinu o poskytování paliativní péče, zajistit její kontinuitu a spolupracovat s místními specialisty.

Stále více se do podpory rodin zapojují různé dobrovolnické programy.

Dle Ratiborského a Fendrychové (2013, s. 13) by všichni zdravotničtí pracovníci, kteří pečují o nemocné s terminálním či život ohrožujícím onemocněním, měli využívat základních vědomostí souvisejících s paliativní péčí. Dále by měli být empatictí, měli by umět rozpoznat potřeby nemocného a postarat se o jejich saturaci. Potřeby, které jsou nad jejich kompetence a znalosti, by měli konzultovat se specialisty v paliativní péči.

1.3.2 Obecná paliativní péče

Obecná paliativní péče je poskytována zdravotnickým personálem a odborníky, kteří mají dovednosti a vědomosti v oblasti paliativní péče. Zdravotníci, kteří se s paliativní péčí setkávají, není však pro ně hlavním zaměřením, poskytují obecnou paliativní péči (Radbruch, 2010).

1.3.3 Specializovaná paliativní péče

Pojem specializovaná paliativní péče vyjadřuje instituci, jejíž hlavní činností je poskytování paliativní péče. Jelikož dané instituce pečují o pacienty se složitými potřebami, vyžadují vyšší úroveň vzdělání. Specializovaná péče vyžaduje týmovou práci spojující různé profese. Členové týmu musí být vysoce kvalifikovaní, poskytování paliativní péče by měla být jejich hlavním zaměřením (Radbruch, 2010).

Dle Kelnarové (2007, s. 46) specialisty paliativní péče mohou být primární poradci, kteří poskytují primární ošetrovatelskou péči.

1.4 Dělení dle typu onemocnění

Hlavním rozdílem mezi dospělou paliativní péčí a péčí o dětské pacienty je spektrum diagnóz vyžadujících paliativní péči. V dětské péči je oproti dospělým vyšší podíl nenádorových onemocnění (Bužgová, 2019, s. 20).

Paliativní péči vyžadují dvě skupiny dětí: děti s **život limitujícím onemocněním (Life-limiting)** a děti s **život ohrožujícím onemocněním (Life-threatening)**.

Potřeby paliativní péče u dětí trvá podstatně déle než u dospělých. Příčinou jsou mnohá onemocnění, kdy prognóza přežití je v řádu několika mnoha let (Mojžíšová, 2021).

Dle autorky Chambers (2018, s. 10) lze pacienty s život limitujícím a život ohrožujícím onemocněním dále rozdělit do 4 skupin. Dětské pacienty se mohou napříč těmito skupinami pohybovat nebo být současně ve více skupinách. Přejít mezi skupinami může být důsledkem průběhu nepříznivého onemocnění nebo možností nové léčby.

Exnerová a Krejčí (2021, s. 3) rozlišují čtyři kategorie dětských pacientů, kteří potřebují paliativní péči.

1. *Děti s život ohrožující diagnózou, jejichž léčba nemusí být úspěšná.* Při dosažení remise onemocnění není nutné, aby paliativní péče pokračovala. Řadí se sem zejména děti s onkologickým onemocněním, děti s orgánovými selháními.
2. *Děti s diagnózami, kdy je předčasná smrt nevyhnutelná, předchází jí dlouhá období intenzivní léčby.* Cílem léčby je prodloužení života. Jedná se o onemocnění, kdy se nemocní dožívají dospělého věku. Jedná se o děti s cystickou fibrózou, svalovou dystrofií aj.
3. *Do třetí skupiny patří děti, které mají progresivní onemocnění bez možnosti kurativní léčby.* Od počátku stanovení diagnózy je léčba výhradně paliativní, zaměřena na symptomy. Léčba může trvat několik měsíců. Patří sem neurodegenerativní a neuromuskulární onemocnění, dále také některé dědičné metabolické choroby.
4. *Poslední, čtvrtou skupinou jsou děti s nezvratnou diagnózou, bez progresivního stavu.* Děti trpí komplexními zdravotními problémy. Mluvíme o dětech po vážných zraněních CNS, s těžkými formami DMO. Paliativní péče se poskytuje od stanovení infaustní diagnózy.

1.5 Perinatální paliativní péče

Samostatným odvětvím dětské paliativní péče je perinatální paliativní péče. British Association of Perinatal Medicine (BAPM) definuje perinatální péči jako poskytování podpůrné péče rodině v průběhu nebo na konci života dítěti (plodu, novorozenci) v následujících několika případech:

- Prenatální nebo postnatální diagnóza není slučitelná s dlouhodobým přežitím dítěte.
- Diagnóza onemocnění sebou nese vysoké riziko postižení nebo úmrtí dítěte.
- Dítě narozené na hranici života viability, kdy není vhodné zahájení intenzivní péče.
- Stav dítěte vede k nesnesitelnému utrpení v průběhu nemoci či léčby (Ratislavová, 2016, s. 32).

Dle Ratislavové (2016, s. 35) je cílem perinatální paliativní péče zejména pomoci rodinám. Hlavní součástí péče je zejména komunikace, péče o novorozence, zmírnění nepříjemných příznaků a psychosociospirituální podpora rodiny.

Perinatální paliativní péče zahrnuje nejen péči o děti a jejich rodiny, ale také péči zdravotníkům a jiným profesionálům, kteří jsou do péče zapojeni. Perinatální paliativní péče je, pokud je to nutné, zahájena již před porodem (Balaguer, 2012).

1.6 Trajektorie nemoci

Husovská (2014, s. 24) zmiňuje, že dětská paliativní péče sdílí několik znaků s klasickou paliativní péčí pro dospělé pacienty. Je potřeba si uvědomit, že mezi nimi jsou zásadní odlišnosti. Děti umírají v důsledku jiných onemocnění než dospělí, často mívají odlišný průběh. Podle Polákové (2016, s. 19) se liší také časový průběh nemoci, kdy paliativní péči mohou děti potřebovat v rádech týdnů, měsíců i let.

U dětí v paliativní péči se trajektorie vyznačuje pěti odlišnými fázemi:

1. *Diagnóza;*
2. *Ztráta normality;*
3. *Přizpůsobování se nové normalitě;*

4. *Paliativní fáze;*

5. *Smrt* (Poláková, Tučková a Loučka, 2017, s. 14-15).

Jednotlivé milníky jsou často spojeny s pocitem ztráty, rodiče potřebují čas na přizpůsobení se nové situaci. Během průběhu onemocnění dochází ke změnám stavu dítěte, rodina musí reagovat a přizpůsobit se jim. Často jsou přechody spojeny s nejistotou (Poláková, 2016, s. 19).

Pro trajektorii dětských pacientů je obvyklé, že mnoho dětí projde několika život ohrožujícími epizodami. Rodiče jsou informováni a často připravováni na situaci, kdy dítě může zemřít, navzdory prognóze se však dítě vyléčí. Tento fenomén je znám jako Lazarův syndrom, který je pro rodiče velice psychicky vyčerpávající (Goldman, Ann a Hain, 2021).

1.7 Potřeby dítěte a rodiny v paliativní péči

Rodiny, které pečují o dítě s život limitujícím nebo život ohrožujícím onemocněním, mají velkou škálu potřeb. Od dospělých pacientů jsou jejich potřeby odlišné a vyžadují jiný přístup. Dle Polákové, Tučkové a Loučky (2017, s. 20) mají všechny rodiny potřeby týkající se komunikace, vzájemného respektu, efektivní koordinace péče.

Potřeby se v paliativní péči dle Adistie et al. (2019, s. 2) dělí na biologické, psychologické, duchovní a sociální. Jednou ze základních potřeb dítěte je naplnění potřeb biologických (výživa, saturace kyslíku, hygiena, dostatek tekutin). Do psychologických potřeb patří potřeba vzdělání, informací. Dítě má potřebu si hrát, chodit do školy, být v kontaktu se svými kamarády. Tyto potřeby řadíme do sociálních potřeb.

Mezi konkrétní potřeby řadí Boucher, Downing et Shemilt (2014, s. 307) potřebu hraní, komunikace a potřebu být nezávislý.

Každý pacient a jeho rodina mají individuální potřeby. Je nutné sestavit seznam jejich problémů a seřadit je dle priorit (Amery, 2017, s. 52). Paliativní tým a odborníci poskytující paliativní péči by si měli uvědomit, že dítě navzdory své infaustní diagnóze je stále dítětem. Je proto důležité, aby paliativní tým měl přehled o vývojových stádiích dítěte, potřeby mladistvého se liší od potřeb malého dítěte (Boucher, Downing et Shemilt, 2014, s. 307).

Dále se nesmí opomenout, že každé dítě je individuální, jeho potřeby jsou tudíž odlišné s ostatními dětmi. Potřeby se mění jak s jeho onemocněním, tak s věkem, individualitou rodiny a individualitou dítěte (Aoun et al., 2015, s.1; Gurková, Andraščíková a Čáp, 2015, s. 201).

Mezinárodní síť na podporu paliativní péče¹ (dále jen ICPCN) vydala Chartu práv dětí s život limitujícím nebo život ohrožujícím onemocněním, která v 10 bodech charakterizuje potřeby dětí v paliativní péči.

1. Každé dítě má právo na péči uzpůsobenou jeho potřebám, věku a kulturním požadavkům tak, jak ji definuje WHO. V plánování péče by měly být zohledněny specifické potřeby dětí a dospívajících.
2. Paliativní péče by měla být zahájena při stanovení diagnózy, pokračovat v průběhu nemoci, během smrti a v období truchlení. Cílem paliativní péče by mělo být zachování nejvyšší kvality života a zmírnění utrpení.
3. K rodičům nebo zákonným zástupcům by se mělo přistupovat jako k rovnocenným partnerům, měli by být přijímáni jako primární osoby v poskytování péče.
4. Dítě by se mělo účastnit v rozhodování týkajících se jeho péče, úměrnou formou jeho věku a porozumění.
5. Každé dítě by mělo mít přístup ke vzdělání. Měly by mu být poskytnuty přístupy k volnočasovým aktivitám, ke hře, k interakci s přáteli a sourozenci.
6. Dítě by mělo mít svého klíčového pracovníka. Jeho úkolem vytvořit podpůrnou síť, které se účastní členové multidisciplinárního týmu.
7. Dítě a rodina by měly zůstat v péči specialisty, s patřičnými znalostmi a zkušenostmi v péči o děti.
8. Domov dítěte by měl zůstat centrem poskytování péče, pokud je to možné. Péči mimo domov by měli poskytovat pracovníci vyškolení v pediatrické paliativní péči.
9. Je nutné přistupovat v komunikaci s dítětem s důstojností, respektem na jeho soukromí bez ohledu na fyzický stav a duševní zralost.
10. Podpora v truchlení by měla být k dispozici tak dlouho, jak to pozůstalí členové rodiny potřebují (ICPCN, 2008).

¹ International Children's Palliative Care Network

1.8 Vývoj dětské paliativní péče

Dětská paliativní péče se do povědomí společnosti dostávala velmi pomalu. Oproti ostatním státům je vývoj v České republice opožděn. Vývoj dětské paliativní péče ve světě je datován k 20. století, v České republice se paliativní péče pro děti dostává do popředí až v posledních letech 21. století.

1.8.1 Vývoj dětské paliativní péče v zahraničí

První dětský hospic byl založen v roce 1982 sestrou Frances Dominicou v anglickém městě Oxford. Hospic byl pojmenován jako Helen House, podle její první dětské pacientky. Zanedlouho poté vznikla ve Spojených státech amerických organizace Children's Hospice International (CHI), její zakladatelka si dala za cíl rozšířit vědomí o dětské paliativní péči. Díky vzrůstajícímu povědomí docházelo v jednotlivých státech USA k rozvoji dětské paliativní péče.

V roce 1986 v Londýně, v nemocnici Great Ormond Street Children's Hospital, vznikl první nemocniční tým, který se zaměřoval na léčbu symptomů pokročilého onemocnění.

Vzhledem k významnému vývoji dětské paliativní péče Světová zdravotnická organizace definovala v roce 1998 dětskou paliativní péči (Bužgová, 2019, s. 20).

V Evropě je poskytování paliativní péče na vysoké úrovni. V Polsku již v roce 1994 vznikl první dětský hospic. Hospic je vzorem domácí péče a podílí se na rozvoji dětské paliativní péče i v dalších zemích Evropy, nejen v Polsku.

Na počátku 21. století stále více států poskytuje dětskou paliativní péči. Mluvíme o zemích, jako jsou Zimbabwe, Itálie, Francie, Izrael, Indie. V roce 2003 vznikla celosvětová organizace s cílem osvěty a standardizace péče, ICPCN. Organizace sdružuje organizace poskytující dětskou paliativní péči a snaží se o implementaci péče do zdravotnictví (Bužgová, 2019, s. 21).

1.8.2 Vývoj dětské paliativní péče v České republice

Oproti paliativní péči pro dospělé, která je u nás na dobré úrovni, dětská paliativní péče výrazně zaostává.

První konference týkající se dětské paliativní péče se konala v roce 2014. Hlavním tématem konference byla péče o nevléčitelně nemocné děti a jejich rodiny. Dále bylo cílem

konference otevřít diskusi o dětské paliativní péči, navázat spolupráci se zainteresovanými osobami a zahájit tvorbu standardů péče. Konference byla zorganizována společností TŘI. V roce 2021 se konference konala již popáté.

V roce 2015, o rok později od první konference, byla založena Pracovní skupina pro dětskou paliativní péči, která byla poté přijata do České společnosti paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (dále jen ČSPM ČSL JEP). Skupina získala podporu Ministerstva zdravotnictví ČR a také podporu mnoha lékařských a nelékařských odborných společností. Cílem skupiny je zařadit standardy dětské paliativní péče do zdravotnického systému ČR (Česká společnost paliativní medicíny, © 2016).

Pracovní skupina dětské paliativní péče České společnosti paliativní medicíny chce dlouhodobě dodržovat dostupnost v rámci republiky. Je důležitá spolupráce s fakultními a ostatními nemocnicemi, s pediatry, mobilními a kamennými hospici. Pracovní skupina dále poukazuje na nedostatek financí, apeluje na ministerstvo zdravotnictví ČR, aby podpořilo vznik systému úhrady multidisciplinární paliativní péče. Důležitým cílem je především dostupnost, systémovost a kvalita péče (Mojžíšová, 2017).

Prvním poskytovatelem a provozovatelem hospice je nadační fond Klíček, který v roce 2004 zahájil provoz respitního domu v Malejovicích. V roce 2008 byla zahájena péče o onkologicky nemocné děti v domácím prostředí, kterou poskytuje mobilní paliativní tým MUDr. Petra Lokaje pod Klinikou dětské onkologie, ve spolupráci s nadačním fondem Krtek. O několik let později tým rozšířil péči také pro neonkologické pacienty (Bužgová, 2019, s. 22).

Dalším poskytovatelem je mobilní hospic Ondrášek, který cílí na dětské pacienty v Ostravě a v Moravskoslezském kraji. Dalšími poskytovateli dětské paliativní péče je občanské sdružení Cesta domů (Praha), mobilní hospic Nejste sami (Olomouc), tým mobilní péče při Krajské nemocnici v Ústí nad Labem.

1.9 Hospicová péče

Ve spojení s paliativní péčí se setkáváme také s pojmem hospicová péče. Důležitým rozdílem mezi paliativní a hospicovou péčí je ten, že paliativní péče se zabývá všemi hledisky dlouhodobé péče o nevléčitelné pacienty, hospicová péče se soustřeďuje na pacienty v terminálním stadiu onemocnění. Péče je směřována zejména na zmírnění fyzického trápení, duchovní potřeby a potřeby související s blížící se smrtí (Tomeš a kol., 2015, s. 12).

Termín hospic byl již využíván ve středověku. Označoval dům odpočinku, který byl vyhledáván unavenými poutníky na cestě do Palestiny. Dům vedl člověk zběhlý v jak v pohostinství, tak v ranhojičství (Haškovcová, 2007, s. 39).

Conner (2017, s. 2) používá pro hospic definici dle Národní organizace hospicové a paliativní péče² (dále jen NHPCO): „*Hospic poskytuje podporu a péči osobám v posledních fázích nevléčitelné nemoci, aby byl závěr jejich života naplněný a co nejkomfortnější.*“

Hospic považuje smrt a umírání za součást života, soustřeďuje se na kvalitu života umírajícího. Hospic se snaží o respektování života i v poslední fázi života. Hospic poskytuje péči bez ohledu na věk, vyznání, zdravotní postižení, diagnózu, majetek. Často je hospicová péče špatně označována jako hospicová paliativní péče. Cílem hospicové péče není však uzdravení pacienta, ale léčba bolesti, zajištění důstojného úmrtí, smrt a podpora pozůstalých. Hospicová péče se dále liší časovým horizontem poskytování péče, u hospicové péče mluvíme o péči poskytované u pacientů s prognózou přežití kratší než 6 měsíců (APHPP, 2016, s. 3).

1.9.1 Hospicová péče v České republice

Rozlišujeme tři typy poskytování hospicové péče:

1. **Lůžkový hospic** – samostatně stojící lůžkové oddělení poskytující specializovanou paliativní péči pacientům s nevléčitelným onemocněním. Péče je orientována na přání a potřeby pacientů a vytvoření příjemného prostředí, ve kterém mohou strávit důstojně sklon svého života (APHPP, 2016, s. 4).

² National Hospice and Palliative Care Organization

2. **Denní hospicový stacionář** – péče je poskytována formou denních návštěv. Během pobytu jsou prováděny potřebné léčebné úkony, fyzioterapie, psychoterapie (Vorlíček a kol., 2012).
3. **Mobilní hospic** – paliativní péče je poskytována týmem v domácím prostředí pacienta. Dle Radbrucha, Payne a kol. (2010. s. 41) bývá tato forma péče nejčastěji preferována. Ve skutečnosti však převážná část pacientů umírá v nemocnicích.

1.10 Současná situace dětské paliativní a hospicové péče u nás

Jak již bylo zmíněno v přechozí kapitole, je nemoc a smrt dítěte ve společnosti tabuizovaným tématem. Poskytování a dostupnost dětské paliativní péče v České republice se zlepšují, stále jsou však nedostačující. Dostupnost péče závisí především na místě bydliště a na druhu onemocnění. Rodiny s nemocným dítětem v paliativní péči mají omezenou dostupnost zdravotních služeb, zejména v terminální fázi onemocnění (Exnerová, 2020).

Paliativní péče u dětí je nejčastěji poskytována v nemocnici nebo v domácím prostředí dítěte.

1.10.1 Péče v nemocničním prostředí

Historicky prvním paliativním týmem pro dětské pacienty byl Tým dětské podpůrné a paliativní péče FN Motol. Tým se stará jak o hospitalizované dětské pacienty, tak o děti, které jsou propuštěné do ambulantní péče. Paliativní tým spolupracuje s několika motolskými pracovišti, dále také s regionálními nemocnicemi a agenturami domácí péče a s mobilními hospici napříč celou republikou. Tým je veden MUDr. Lucií Hrdličkovou a v současné době má 22 členů tvořených lékaři, dětskými sestrami, psychology a ostatními pracovníky. Motolský tým je jedním ze 7 podpořených paliativních týmů v rámci projektu Ministerstva zdravotnictví, jehož cílem je implementace paliativní péče do nemocnic (FN Motol, © 2012).

Dalším segmentem péče v nemocničním prostředí je dlouhodobá lůžková péče pro děti se závažným onemocněním. Této péči se věnují dvě zdravotnická zařízení – nemocnice Hořovice a Vojenská nemocnice v Olomouci.

Některá dětská centra poskytují mimonemocniční dlouhodobou lůžkovou péči, nesmím také opomenout zdravotní respitní péči, která jako taková nemá oporu v zákoně o zdravotních službách. Zdravotní respitní péče by mohla být poskytována v zařízeních dlouhodobé lůžkové péče, v některých dětských centrech, ale také v dětských lůžkových hospicích, která zatím a bohužel v České republice chybí (Exnerová, 2020).

1.10.2 Péče v domácím prostředí

Péče v domácím prostředí závisí hlavně na místě bydliště a na druhu onemocnění.

Onkologicky nemocným dětem je péče nejlépe dostupná v rámci onkologických center v Brně a v Praze. U neonkologických diagnóz chybí komplexnost paliativní péče jak v domácím prostředí, tak v samotných zdravotnických zařízeních.

Dostupnost paliativní péče není v každém kraji zajištěna. Od roku 2018 je však možnost úhrady tohoto typu péče z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Mobilní specializovaná paliativní péče (dále MSPP) je součástí úhradové vyhlášky (Exnerová, 2020).

V České republice najdeme 14 poskytovatelů různých forem dětské paliativní péče. Následně bude uvedeno několik z nich.

Cesta domů

Mobilní hospic Cesta domů zajišťuje pediatriickou paliativní péči v domácím prostředí v Praze a ve Středočeském kraji. Svého prvního pacienta přijal na konci roku 2014.

Mobilní hospic se snaží umožnit těžce nemocným dětem na sklonu svého života dožít poslední dny v důstojnosti, v domácím prostředí a s dostupnou zdravotní péčí. Domácí hospic dále nabízí i podpůrnou psychologickou pomoc (Cesta domů, © 2022).

Domácí hospic při FN Brno

Domácí hospic je provozován nadačním fondem dětské onkologie (dále NFDO) Krtek. Tým je veden MUDr. Petrem Lokajem, součástí týmu jsou lékař, čtyři sestry a sociální koordinátorka. Tým je pro pacienty k dispozici 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Primárně byla péče nabízena onkologicky nemocným dětem, v posledních letech tato péče byla nabídnuta i dětem s jiným než onkologickým onemocněním.

Činnost NFDO je založena na třech pilířích, kdy třetím pilířem je již zmiňovaná domácí péče. U dětí, u kterých se nepokračuje v onkologické léčbě, je nejdříve za jejich hospitalizace nastavena podpůrná léčba ke zmírnění nepříjemných příznaků, poté jsou

zdarma vybaveny potřebnými přístroji, léky, pomůckami, aby mohly odejít domů (Nadační fond dětské onkologie Krtek, © 2022).

Mobilní hospic při Masarykově nemocnici, Ústí nad Labem

Mobilní hospic Masarykovy nemocnice poskytuje péči nevléčitelně nemocným pacientům, u kterých selhala kurativní léčba. Mobilní hospic pečuje i o nevléčitelně nemocné děti. Péče Mobilního hospice je bezplatná, podmínkou pro převzetí do péče je ukončená onkologická léčba a nutná celodenní přítomnost pečující osoby (Krajská zdravotní a.s., ©2017).

Domov – plzeňská hospicová péče, z. ú.

Mobilní hospic Domov je nezisková organizace, která pečuje jak o dospělé, tak dětské pacienty v terminálním stadiu onemocnění, v jejich domácím prostředí. Jedná se především o pacienty s onkologickým onemocněním. Dojezdový rádius hospice zahrnuje město Plzeň a okolí do vzdálenosti přibližně 40 km od kontaktního místa hospice v Plzni (Domácí hospic Plzeň, © 2022).

Domácí dětská paliativní péče – Energeia, o. p. s

Jedná se o nestátní zdravotnické zařízení, které poskytuje obecnou paliativní péči dětem s život ohrožujícím nebo život limitujícím onemocněním v domácím prostředí. Zřizovatelem je nezisková organizace Energeia, o. p. s. Péče je poskytována dětem a rodinám v dojezdové vzdálenosti 60 km od Heřmanova Městce. Péče je poskytována v době od 8 do 14 hodin (Dětská paliativní péče, © 2022).

Nejste sami – mobilní hospic, z. ú.

Nezisková organizace poskytuje mobilní hospicovou péči v okolí Olomouce. Mobilní hospic je zaměřen jak na péči dospělým osobám, tak dětským pacientům a jejich rodinám. Služby hospice jsou poskytovány nonstop (Nejste sami – mobilní hospic, z. ú., © 2022).

Mobilní hospic Ondrášek, o. p. s

Mobilní hospic poskytuje péči nevléčitelně nemocným dětem a dospělým, na území Moravskoslezského kraje, v dojezdové vzdálenosti 30 km od Ostravy. Zařízení provozuje také dětský hospicový stacionář. Ondrášek dále pořádá setkání pozůstalých sourozenců a

sourozenců vážně nemocných dětí, pod názvem Dětský klub Ouško (Mobilní hospic Ondrášek, © 2022).

Dům pro Julii

Dům pro Julii je neziskovou organizací, která vznikla za účelem zrealizování výstavby prvního dětského hospice, Domu pro Julii. Jednalo by se o první dětský hospic v České republice. Hospic bude součástí areálu sociálních služeb Kociánka. Kapacita bude 10 lůžek, součástí bude také denní stacionář a terénní odlehčovací služba. Výstavba začne na jaře tohoto roku (Dům pro Julii, © 2021).

2 PODNIKÁNÍ

Termín podnikání není v současné platné legislativě jasně vymezen. Definice byla obsažena ve zrušeném obchodním zákoníku, v zákoně č. 513/1991 Sb. Právní úprava byla přesunuta do nového občanského zákoníku, který obsahuje definici podnikatele.

Podnikatelem dle § 420 a § 421 je ten, „*kdo samostatně vykonává na vlastní účet a odpovědnost výdělečnou činnost živnostenským nebo obdobným způsobem se záměrem činit tak soustavně za účelem dosažení zisku.*“ „*Za podnikatele se považuje osoba zapsaná v obchodním rejstříku, podnikatelem je osoba, která má k podnikání živnostenské nebo jiné oprávnění podle jiného zákona*“ (Česko, 2012).

Živnostenský zákon pohlíží na živnost (§2) jako „*soustavnou činnost provozovanou samostatně, vlastním jménem, na vlastní odpovědnost, za účelem dosažení zisku a za podmínek stanovených tímto zákonem*“ (Česko, 1991).

Z historického významu byla podnikatelem osoba, která zprostředkovávala obchody a dodávky pro vládu (Srpková a Veber, 2012, s. 15).

Podnikatelem je tedy osoba, která má schopnosti důležité pro obchodování (aktivita, iniciativa, pracovitost), přebírá zodpovědnost, nese riziko spojené s podnikáním, investuje svůj čas a vlastní zdroje za účelem zisku.

Podnikání má několik interpretací. Dle Srpkové a Vebera (2012, s. 15) lze podnikání vysvětlit 3 pojmy:

- **Ekonomické pojetí** – podnikáním se rozumí dynamický proces za účelem zvýšení původní hodnoty zdrojů, které jsou do procesu vloženy.
- **Sociologické pojetí** – podnikáním se vytváří hodnota pro všechny zainteresované, vytváří se pracovní místa, hledají se nové cesty k využití zdrojů.
- **Psychologické pojetí** – podnikání je prostředkem k dosažení seberealizace, postavení se na vlastní nohy. Jde o motivaci něčeho dosáhnout, splnit si potřeby.

2.1 Zahájení podnikatelské činnosti

V listině základních práv a svobod je zakotvena právní úprava podmínek pro podnikání, v listině je zakotveno právo každého občana podnikat či provozovat jinou hospodářskou činnost (Veber a Srpková, 2012, s. 65). Kostru právní úpravy tvoří tři normy: občanský

zákoník, živnostenský zákon a zákon o obchodních korporacích. Dalšími důležitými normami jsou zákon o dani z přidané hodnoty, zákon o účetnictví, zákoník práce, zákon o živnostenském podnikání.

Občanský zákoník, zákon č. 89/2012 Sb., definuje základní pojmy – fyzické a právnické osoby, podnikatel, sídlo podnikání, obchodní firma a jiné. Na výše zmíněný občanský zákoník navazuje zákon č. 90/2012, zákon o obchodních korporacích. Zákon se především věnuje úpravě obchodních společností. Významným zákonem pro podnikání je zákon 455/1991 Sb., živnostenský zákon ve pozdějších předpisů.

Zmíněné zákony nabízí podnikatelům několik možností forem podnikání. Výběr představuje významné rozhodnutí. Změna je vratná, přináší však komplikace a náklady, kterým lze předejít důslednou rozvahou.

Pro vytvoření nové firmy přicházejí do úvahy 2 právní normy:

- **fyzická osoba** jako „*osoba samostatně výdělečně činná*“ na základě živnostenského či jiného oprávnění;
- **právnická osoba**, která při zakládání firmy musí složit základní kapitál, firma musí být zapsána v obchodním rejstříku. Do úvahy přicházejí společnost s ručením omezeným, komanditní společnost, veřejná obchodní společnost a akciová společnost (Hučka, 2021, s. 154).

2.2 Právní forma fyzické osoby

Podnikání fyzických osob (dále FO) upravuje zákon č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání. FO se stává živnostníkem nebo též osobou samostatně výdělečně činnou (dále jen OSVČ), pokud splní všeobecné podmínky, kterými podle §6 živnostenského zákona jsou plná svéprávnost a bezúhonnost. FO musí být zapsána do živnostenského rejstříku (Česko, 1991).

Proces založení ohlašovací živnosti je vcelku jednoduchý. Živnostník musí splňovat základní povinnosti dané zmiňovaným zákonem (plnoletost, svéprávnost a trestní bezúhonnost). Vesecký (2013) uvádí, že živnostník musí svůj záměr podnikat oznámit příslušnému živnostenskému úřadu. Oprávnění vzniká dnem ohlášení, dokladem oprávnění k provozu živnosti je živnostenský list. Osoba výdělečně činná je dle Kandlera (2014) zapsána do živnostenského rejstříku.

Podle požadavků na odbornou způsobilost dělí živnostenský zákon živnosti na ohlašovací a koncesované.

Ohlašovací živnost vzniká a je provozována na základě ohlášení. Živnosti mají osvědčení výpisem z živnostenského rejstříku. Ohlašovací živnosti se dále dělí na řemeslné, vázané a volné.

Řemeslné živnosti jsou takové živnosti, jejichž získání a provozování je podmíněno výučním listem, maturitou, diplomem nebo šestiletou praxí v oboru. **Vázané živnosti** mohou být provozovány pod podmínkou prokázání odborné způsobilosti. Pro získání a provozování **volné živnosti** nepotřebujeme k prokázání žádnou odbornou způsobilost.

Poslední variantou jsou **koncesované živnosti**. Živnosti jsou provozovány jednak na základě odborné způsobilosti, tak na základě správního rozhodnutí. Jedná se o obory se zvýšeným rizikem ohrožení bezpečnosti, zdraví, majetku a jiných veřejných zájmů. V případě koncesované živnosti neexistuje právní nárok na udělení živnostenského oprávnění (Srpová, 2020, s. 68).

2.2.1 Povinnosti fyzické osoby

Podnikání FO nese s sebou svá práva i povinnosti. Po zahájení podnikání se na FO vztahuje povinnost si vést daňovou evidenci, pokud se nerozhodne vést účetnictví.

Podnikatel musí vést údaje o příjmech a výdajích, všechny doklady se musí archivovat po dobu, na kterou se na ně vztahuje lhůta pro vyměření daně. Do 15 dnů od ohlášení živnosti je poplatník povinen podat přihlášku k registraci k dani z příjmů fyzických osob. Zdaňovacím obdobím je většinou jeden kalendářní rok. Základem daně ze samostatné činnosti jsou příjmy, které jsou sníženy o výdaje vynaložené na jejich dosažení.

Dále musí FO nahlásit na příslušné zdravotní pojišťovně informaci o zahájení, přerušení či ukončení podnikání. Na konci kalendářního roku se stanoví skutečná výše pojistného, stanoví se měsíční zálohy na další období. Pojistné se vyměřuje jako součin sazby a vyměřovacího základu (závisí na dosažených příjmech) za dané období (Srpová, 2020, s. 68).

Účast na nemocenském pojištění je pro OSVČ dobrovolná, nikoli však účast na sociálním zabezpečení. OSVČ má povinnost za každý rok podnikání podávat správě sociálního zabezpečení přehled o příjmech a výdajích. Podle výpisu se stanoví výše měsíční zálohy

na pojistné. Poplatník, který vykonává samostatně výdělečnou činnost a jeho obrat za 12 kalendářních měsíců přesáhl 1 milion korun, se stává plátcem daně z přidané hodnoty (DPH). Plátcem DPH se OSVČ může stát i dobrovolně za několika podmínek, které jsou ve výsledné fázi pro něj výhodné (Srpová, 2020).

2.3 Právní forma právnické osoby

Další variantou, jak lze podnikat, je podnikat jako právnická osoba. Zahájení bude administrativně a finančně náročnější, při zakládání firmy je potřeba základního kapitálu. Všechny typy právnických osob (dále PO) musí být zapsány v obchodním rejstříku (Veber a Srpová, 2012, s. 80).

Zákon č. 89/2012 Sb. definuje právnickou osobu jako „organizovaný útvar, o kterém zákon stanoví, že má právní osobnost, nebo jehož právní osobnost zákon uzná. Právnická osoba může bez zřetele na předmět své činnosti mít práva a povinnosti, které se slučují s její právní povahou“ (Česko, 2012).

Zákon č. 90/2012 Sb., o obchodních korporacích v platném znění uvádí, že obchodními korporacemi jsou obchodní společnosti a družstva (Česko, 2012). Mezi obchodní společnosti se dle Srpové (2020) řadí veřejná obchodní společnost a komanditní společnost. Za společnosti kapitálové řadí zákon společnost s ručením omezeným a akciovou společnost. Právnické osoby vznikají dnem zapsání do obchodního rejstříku. PO mohou mít podstatu osobní či majetkovou. V prvním případě se jedná o zmiňované obchodní korporace, v druhém případě jsou to různé nadace, fondy, založené za účelem správy majetku, spojeny nejčastěji s humanitární činností. PO je při všech úkonech zastoupena fyzickými osobami. Ty jsou buď pověřeny plnou mocí, nebo součástí správních orgánů (Srpová, 2020).

Nejčastější formou PO jsou v České republice společnosti s ručením omezeným.

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

Legislativou je společnost s ručením omezeným zakotvena v zákoně č. 90/2012 Sb., o obchodních korporacích. Dle § 142 je výše minimálního vkladu 1 Kč. Výše vkladu může být pro jednotlivé podíly stanovena rozdílně. Základní kapitál je tvořen vklady společníků, společníci ručí za závazky společnosti omezeně do výše svých vkladů. Společnost může

být založena i jednou osobou, maximálně však 50 společníky. Orgány společnosti jsou jednatel, valná hromada a dozorčí rada. *Jednatel* je statutárním orgánem společnosti. Zajišťuje vedení předepsané evidence, účetnictví, informuje společníky. Každý jednatel je uveden v obchodním rejstříku. *Valná hromada* je nejvyšším orgánem s. r. o. Všichni členové se řadí do valné hromady, rozhodují o změnách ve společnosti. Valná hromada bývá svolávána nejméně jednou za účetní období. *Dozorčí rada* dohlíží na činnost jednatelů. Jednou ročně podává valné hromadě zprávu o své činnosti. Jednatel ani jiná osoba s oprávněním jednat za danou společnost nemůže být členem dozorčí rady (Česko, 2012).

Akciová společnost (a. s.)

Základním kapitálem akciové společnosti jsou akcie. Akciemi se rozumí cenné papíry, které potvrzují, že držitel vložil určitý majetkový podíl do akciové společnosti. Práva akcionáře přiznaná zákonem jsou spojena s podílem.

Akcionář má právo se podílet na řízení společnosti, jejím zisku, případně na likvidačním zůstatku v případě zániku. Výše základního kapitálu je minimálně 2 miliony korun českých nebo 80 000 euro. Přijetím veřejné listiny se zakládá akciová společnost. Zakladatel se podílí na úpisu akcií, přijímá stanovy.

Základními orgány akciové společnosti jsou valná hromada, představenstvo a dozorčí rada. *Valná hromada* je nejvyšším orgánem akciové společnosti, prostřednictvím ní vykonávají akcionáři své právo podílet se na řízení společnosti. *Představenstvo* je statutárním orgánem, které řídí činnost společnosti a jedná jejím jménem. Valná hromada volí členy představenstva. V monistickém systému je ředitel statutárním orgánem, jmenován správní radou. *Dozorčí rada* je v dualistickém systému kontrolním orgánem. Členové jsou voleny valnou hromadou. Rada dohlíží na působnost představenstva a činnost společnosti (Česko, 2012).

Zapsaný ústav (z. ú.)

K právnickým osobám lze zařadit i zapsané ústavy. Jejich hlavní činností není podnikání, podnikání nesmí být na újmu hlavní činnosti. Zisk je možný použit pouze k podpoře provozu a k úhradě nákladů vynaložených k vlastnímu řízení. Ústav provozuje činnost,

kteřá je stejně dostupná za předem stanovených podmínek. Ústav se zakládá zakládací listinou, v případě úmrtí pořízením. Výše vkladu není zákonem stanovena. Statutárním orgánem je ředitel, který je volen správní radou (Česko, 2012).

2.4 Specifika podnikání ve zdravotnictví

Podnikání ve zdravotnictví naráží na spoustu překážek. V oblasti zdravotnictví se setkáváme se specifiky mezi nabídkou a poptávkou oproti jiným oblastech podnikání. Poptávka po zdravotnictví je odlišná svou nepravidelností a nepředvídatelností. Neznalost vlastního zdravotního stavu může zkomplikovat léčebné postupy, s rostoucím věkem je zvýšena pravděpodobnost onemocnění. Zvyšující se počet poskytovatelů zdravotních služeb ovlivňuje zvyšující se poptávku po zdravotních službách (Charvátová, 2021).

Poptávka po zdraví je málo elastickou, protože není závislá na ceně. V případě onemocnění je našim cílem nejrychlejší uzdravení bez ohledu na výši ceny. Poptávku po zdraví nejvíce v poslední době ovlivňuje rostoucí výskyt civilizačních chorob. Dále poptávku po zdraví ovlivňuje zvyšující se počet soukromých zdravotnických zařízení, kteří zdravotní péči nabízejí za přímou úhradu.

Podnikání je dále spojeno s dodržováním přísných a specifických právních norem. Samotné plánování zisku je ovlivněno zejména státem, který prostřednictvím svých orgánů určuje cenu jednotlivých zdravotnických výkonů. Provázanost na státní sektor vytváří jistou podnikatelskou stabilitu (Štěpánová, 2017).

V oblasti zdravotnictví není dle Šatery (2010) podnikání čistě soukromé, činnost je regulována a legislativně upravována státem. Péče je v České republice poskytována zdravotnickými zařízeními v různých právních formách. Většina je tvořena nestátními zdravotnickými zařízeními, jejichž vlastníky bývá kraj, obec, církev, či soukromý objekt. Zdravotnické zařízení může provozovat fyzická nebo právnická osoba, která získala oprávnění dle zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. Péči lze poskytovat ošetrovatelskou, diagnostickou, preventivní, léčebnou aj. Péče je poskytována v ambulantním i ústavním režimu.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZ ČR) svými vyhláškami stanovuje hygienické požadavky na provoz zdravotnického zařízení a požadavky na technické, věcné a personální vybavení. Krajské úřady, Magistrát hlavního města Prahy nebo MZ ČR

vyhlašuje výběrové řízení, které se koná před uzavřením smlouvy mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením. Zdravotní pojišťovny při uzavírání smluv přihlíží k výsledkům výběrového řízení, výsledek řízení však nezakládá právo na uzavření smlouvy mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením. Zdravotnické zařízení se při uzavření smlouvy stává součástí sítě dané pojišťovny (Šatera, 2010).

Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních stanovuje podmínky:

- poskytovat zdravotní péči pouze takového rozsahu a druhu, jak je stanoveno v registraci;
- pokud je potřeba, spolupracovat s jinými zdravotnickými zařízeními;
- vést zdravotnickou a provozní dokumentaci;
- předem informovat o rozsahu, druhu a podmínkách poskytované péče;
- pokud příslušný kraj požádá, uzavřít s krajem smlouvu o zajištění potřebných zdravotnických služeb, zejména pohotovostní služby, zdravotní péče při hromadných nehodách, přírodních katastrofách apod. (Česko, 1992).

Žadatel ke své žádosti musí podle zákona č. 382/2011 Sb., o zdravotních službách doložit:

- osvědčení o způsobilosti k samostatnému výkonu zdravotnického povolání;
- zdravotní posudek o způsobilosti výkonu zdravotnického povolání;
- doklad o bezúhonnosti;
- seznam zdravotnických a odborných pracovníků;
- prohlášení o technickém vybavení zdravotnického zařízení;
- rozhodnutí o schválení provozního řádu zdravotnického zařízení;
- doklad o využívání vhodných prostor (Česko, 2011).

2.5 Právní formy nestátních zdravotnických zařízení

Pro poskytování služeb platí obecně platné právní předpisy, tyto činnosti jsou možné pouze v určitém právním rámci (Zlámal, Bellová, 2013).

Ve zdravotnictví se setkáváme s 2 právními normami: fyzické a právnické osoby.

Fyzické osoby

Fyzické osoby jsou nejčastější formou podnikání v ČR. Do této kategorie můžeme zařadit praktické lékaře a stomatology, privátní odborné lékaře, lékárníky, provozovatele zdravotní dopravy, majitele soukromých klinik, majitele soukromých laboratoří apod. (Zlámal, Bellová, 2013).

Právnické osoby

Problematice právnických osob byla věnována předešlá kapitola. V oblasti zdravotnictví bývají realizovány nejčastěji společnosti s ručením omezeným (s. r. o.) a akciové společnosti (a. s.).

2.6 Formy úhrady zdravotních služeb

Zdravotnické služby a péče jsou hrazeny v České republice z povinného veřejného zdravotního pojištění v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, z ostatních veřejných zdrojů a ze soukromých zdrojů.

Zdravotní pojišťovny uzavírají se zdravotnickými zařízeními smlouvy za účelem poskytování zdravotní péče. Úhrada zdravotnickému zařízení probíhá na základě vykázaných výkonů podle Seznamu zdravotních výkonů s bodovým ohodnocením, vydaných vyhláškou MZ ČR.

Nejdůležitějším dokumentem pro poskytování úhrad za poskytnutou zdravotní péči je **úhradová vyhláška**. Pro rok 2022 byla vyhláška vydána ve Sbírce zákonů pod č. 396/2021 Sb. Vyhlášku zveřejňuje MZ ČR o stanovení hodnot bodu, výši úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2022 (Česko, 2021).

2.6.1 Kapitační platba

Kapitační platby se využívají při financování ordinace praktických lékařů. Část odměny lékaře je poskytována jako paušál podle počtu registrovaných pacientů, další část podle objemu provedených výkonů. Kapitační platba zohledňuje věk pacienta, podle věkové kategorie se přiřazuje určitý koeficient. Praktický lékař předává příslušné zdravotní pojišťovně seznam provedených výkonů a výsledné kapitační jednotky. Dále se s kapitací vykazují výkony s bodovou hodnotou (Peková, 2012).

2.6.2 Platba za ošetřovací den

Každá nemocnice má nastavenou úhradu za obsazené lůžko. Výpočet platby se provádí podle vzorce, do kterého se zadá den přijetí a den propuštění.

2.6.3 Platba za diagnózu DRG

Způsob úhrady DRG stanovuje platbu za konkrétní diagnózu pro hospitalizované pacienty. Nevýhodou této úhrady jsou předem neznámé komplikace léčby a prodloužení hospitalizace.

2.6.4 Platba za výkon

Platba je prováděna na základě provedených výkonů v daném zdravotnickém zařízení. Platba za výkon je využívána nejčastěji u praktických lékařů a stomatologů.

2.6.5 Přímá platba

Výkony spadající do přímé platby jsou nejčastěji ambulantní výkony u specialistů. Lékař si může výši úhrady nastavit sám, nebo může být nastavena centrálně. Nejčastějšími výkony jsou výkony neindikovány lékařem, ale na vlastní žádost klienta. Můžeme sem zahrnout nadstandardní péči u stomatologů, kosmetické výkony, doplatky za léčivé přípravky a některé zdravotnické prostředky (Brejchová, 2017).

2.7 Platná legislativa pro zdravotnická zařízení

Všechna zdravotnická zařízení se v České republice musí řídit platnými právními předpisy, a to:

- Ústava České republiky;
- Listina základních práv a svobod,
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování;
- Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách;
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění;
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví;
- Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta;
- Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče;
- Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních;
- Zákon č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích;
- Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb;
- Vyhláška č. 396/2021 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezeních pro rok 2022;
- Vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče;
- Zákon č. 455/1991 Sb., živnostenský zákon;
- Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.

3 PODNIKATELSKÝ PLÁN

Před zahájením realizace vzniku zdravotnického zařízení je potřeba vytvoření podnikatelského plánu, který ověří životaschopnost a reálnost podnikatelského záměru.

Podnikatelský plán se sestavuje ke zjištění potřebné výše finančních prostředků pro zahájení podnikání a k ověření, zda je reálné rozjet podnikání vlastními silami (Svobodová, Andera, 2017, s. 74).

Srpová a kol. (2011, s. 14) uvádí definici podnikatelského plánu: „*Podnikatelský plán je písemný dokument, který popisuje všechny podstatné vnější i vnitřní okolnosti související s podnikatelským záměrem. Je to formální shrnutí podnikatelských cílů, důvodů jejich reálnosti a dosažitelnosti a shrnutí jednotlivých kroků vedoucích k dosažení těchto cílů.*“

Podnikatelský plán by měl podle Srpové a kol. (2011, s. 14) splňovat několik zásad:

- srozumitelnost a stručnost;
- reálnost a pravdivost;
- inovativnost;
- přehlednost a logičnost;
- respekt k rizikům.

Podnikatelský plán je dle Synka s Kislingerovou a kol. (2015, s. 80) strategickou volbou a představuje implementaci strategie organizace. Je také prostředkem k získávání kapitálu.

Dle Abramse (2019) je funkcí podnikatelského plánu posouzení všech kritických hledisek podnikání, jako jsou poslání, zaměstnanci, cash flow, konkurence.

Při tvorbě podnikatelského plánu Srpová, Řehoř a kol. (2010, s. 67) zdůrazňují význam dodržování zásad. Podnikatelský plán by měl být:

- **Srozumitelný a stručný** – jednoduché vyjadřování;
- **Logický a přehledný** – logické uspořádání, grafické znázornění;
- **Pravdivý a reálný** – informace v plánu musí být pravdivé a reálné;
- **Inovativní** – přínos přidané hodnoty pro zákazníka, služba bude uspokojovat zákazníka lépe než konkurence;
- **Respektující rizika** – identifikace rizik, návrh na opatření, jejich eliminace.

3.1 Struktura podnikatelského plánu

Při sestavování podnikatelského plánu je možné se inspirovat mnoha různými strukturami podle účelu, pro který je sestavován. Lze se setkat s několika verzemi podnikatelských plánů. Některé typy podnikatelských plánů obsahují závazné či doporučené struktury.

Dle Svobodové a Andery (2017, s. 74) vypadá struktura nejčastěji takto:

- **Shrnutí;**
- **Charakteristika produktu a vlastníka:**
 - Právní forma;
 - Popis produktu, služby;
 - Harmonogram realizace;
- **Analýza trhu a zákazníků:**
 - Charakteristika trhu, poptávky, trendy na trhu;
 - Kvalitativní charakteristika cílové skupiny;
 - Kvantitativní charakteristika cílové skupiny;
- **Analýza konkurence:**
 - Seznam konkurence;
 - Potenciální konkurence;
 - V čem nás konkurence inspiruje a ohrožuje;
- **Analýza dodavatelů:**
 - Popis vstupů;
 - Přehled nákladů na vstupy;
- **Personální zabezpečení:**
 - Popis pracovních pozic;
 - Formy pracovních smluv;
 - Mzdové náklady;
 - Organizační struktura;
 - Personální náklady;

- **Marketing:**
 - Marketingový rozpočet;
 - Cena, propagace, distribuce, komunikační strategie (4P);
- **Finanční plán:**
 - Rozpočet;
 - Roční výkaz cash flow;
 - Rozvaha po roce podnikání;
- **Analýza rizik:**
 - Vyhledání oblasti, kde hrozí rizik;
 - Stanovení rizik;
 - Preventivní opatření;
- **Přílohy.**

3.2 Typy podnikatelských plánů

Ižová (2017, s. 44) definuje 4 typy podnikatelských plánů:

1. **Elevator pitch** – stručná verbální prezentace plánu, která trvá maximálně jednu minutu. Jedná se pouze o krátké představení, cílem je zaujmout potenciálního investora v nejkratším možném čase. Dle Svobodové a Andery (2017, s. 74) bývá tento typ označován jako *Elevator Speech*.
2. **Executive summary** – písemná forma plánu v rozsahu maximálně 1 strany. Dokument by měl obsahovat informace, jako jsou popis produktu, kontakt, požadované investice.
3. **Zkrácený podnikatelský plán** – zkrácená a zjednodušená verze podnikatelského plánu. Obsahuje důležité náležitosti pro budoucí investory, tajemství podnikatele je chráněno.
4. **Plný podnikatelský plán** – dostupný osobám s podepsanou dohodou o mlčenlivosti. Obsahuje detailně rozpracované náležitosti projektu (Ižová, 2017, s. 44).

4 SHRUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Teoretická část diplomové práce se zabývá problematikou dětské paliativní hospicové péče a problematice podnikání. Informace jsou provázány se zdravotnictvím, aby je bylo možné použít ke zpracování praktické části. Teoretická část se skládá ze tří kapitol.

První kapitola diplomové práce se věnuje paliativní a hospicové pediatrické péči.

V kapitole byly definovány základní principy dětské paliativní péče, popsán vývoj paliativní péče jak v České republice, tak ve světě. Byly popsány základní potřeby dítěte a rodiče v paliativní péči. Hospicová péče se soustřeďuje především na situaci v České republice. Krátce byla popsána i perinatální paliativní péče. Z českých autorů byla využita především díla od Radbrucha a autorů Ratiborského s Fendrychovou. Ze zahraničních zdrojů je vhodné zmínit autory Chambers, Balaguer, Goldmana a skupinu autorů Boucher et al.

Druhá kapitola se zabývá podnikáním. Část práce se vztahuje k České republice, byly primárně využity české zdroje a česká legislativa. Byly definovány základní pojmy související s problematikou podnikání. Druhá část seznamuje s formami úhrady zdravotní péče a s právními formami v podnikání. Informace byly čerpány zejména od autorů Vebra se Srpovou a Kandlera.

Třetí kapitola popisuje specifika, přínosy a strukturu podnikatelského plánu. Byly popsány základní typy podnikatelských plánů. Informace byly čerpány od děl autorů Srpové a Synka s Kislíngerovou. Ze zahraničních zdrojů byla použita publikace od autorky Abrams. Dětská paliativní péče se dostává do povědomí. Existuje mnoho knižních publikací a článků zabývajících se danou oblastí. Významnou roli v šíření informací zastává Sekce dětské paliativní péče vedené pod Českou společností paliativní medicíny Jana Evangelisty Purkyně. Se Sekcí dětské paliativní péče spolupracuje Institut Pallium.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 ANALÝZA EXTERNÍCH FAKTORŮ PRO ZALOŽENÍ DĚTSKÉHO HOSPICE

Dle Slouky (2017, s. 52) hraje analýza okolí při zakládání podniku důležitou roli. Strategická analýza poskytuje zásadní informace pro řízení chodu firmy. Prostředí podniku ovlivňuje svými vstupy jeho fungování. Zdravotnické zařízení je otevřený systém, který se musí přizpůsobovat změnám okolního světa i svým vlastním potřebám. Pravidelná analýza prostředí umožňuje se vyhnout hrozbám, reagovat na změny a predikovat nutné kroky k přizpůsobení se vývoji.

5.1 PEST analýza – analýza vnějšího prostředí

Faktory plynoucí z vnějšího prostředí (makroprostředí) jsou pro zdravotnické zařízení danými podmínkami, které neovlivní, provoz se s nimi musí vyrovnat. Nejčastěji se pro analýzu vnějšího prostředí používá PEST (popřípadě PESTLE) analýza. Výstupem analýzy by měla být identifikace nejdůležitějších faktorů mající dopad na firmu (Slouka, 2017, s. 52).

PEST analýza představuje analýzu v (P)oliticko – právních, (E)konomických, (S)ociálně – demokratických a (T)echnologických faktorech. Patří mezi základní nástroje strategického managementu (Dvořáček a Slunčík, 2012).

Politicko-právní faktory	Ekonomické faktory	Sociálně-demografické faktory	Technologické faktory
<ul style="list-style-type: none"> •legislativní předpisy v ČR a EU •stabilita politické situace v zemi •legislativa ve zdravotnictví •pracovní právo 	<ul style="list-style-type: none"> •míra inflace •úrokové sazby •dotační programy •podíl HDP na zdravotnictví •úhrady zdravotních pojišťoven 	<ul style="list-style-type: none"> •demografický vývoj obyvatel •životní hodnoty 	<ul style="list-style-type: none"> •nové technologie •sféra informačních technologií •modernizace

Obrázek 1 - PEST analýza (vlastní zpracování)

5.1.1 Politicko-právní faktory

Slouka (2017, s. 52) uvádí, že politicko-právní faktory plynou z politického dění na mezinárodní i vnitrostátní úrovni a s nimi souvisí platná legislativa, pravidla či zákonitosti světa medicíny.

Pro provoz dětského hospice je nutno dodržovat platné právní předpisy daného státu, v našem případě dané vládou České republiky, ale i Evropskou unií, jejímž členem je Česká republika od roku 2004.

V následující tabulce jsou pro lepší přehlednost uvedeny nejdůležitější platné zákony a vyhlášky související s provozováním hospicové péče a poskytováním zdravotních a sociálních služeb.

Tabulka 1 - Sbíрка zákonů (vlastní zpracování, zdroj: Slouka, 2017)

Číslo zákona	
20/1966 Sb.	Zákon o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů
258/2000 Sb.	Zákon o ochraně veřejného zdraví
89/2012 Sb.	Občanský zákoník
90/2012 Sb.	Zákon o obchodních korporacích
262/2006 Sb.	Zákoník práce
48/1997 Sb.	Zákon o veřejném zdravotním pojištění
187/2006 Sb.	Zákon o nemocenském pojištění
160/1992 Sb.	Zákon o zdravotní péči v nestátním zdravotnickém zařízení
592/1992 Sb.	Zákon o pojistném na veřejném zdravotním pojištění
589/1992 Sb.	Zákon o sociálním pojištění
372/2011 Sb.	Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
95/2004 Sb.	Zákon o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře aj.
96/2004 Sb.	Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních
108/2006 Sb.	Zákon o sociálních službách
378/2007 Sb.	Zákon o léčivech

Tabulka 2 - Přehled platných vyhlášek (zdroj: www.zakonyprolidi.cz; vlastní zpracování)

Číslo zákona	
505/2006 Sb.	Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách
92/2012 Sb.	Vyhláška o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče
98/2012 Sb.	Vyhláška o zdravotnické dokumentaci
99/2012 Sb.	Vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb
100/2012 Sb.	Vyhláška o předepisování zdravotnických prostředků
55/2011 Sb.	Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků
134/1998 Sb.	Vyhláška MZ ČR, kterou se vydává seznam zdravotních úkonů s bodovými hodnotami
396/2021 Sb.	Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2022

Při zakládání organizace je potřeba dodržet všechny podmínky, které jsou stanoveny ve výše uvedených vyhláškách a zákonech. Rozsáhlé požadavky mohou znamenat bariéru při vstupu dětského hospice na trh služeb. Nedodržení požadavků by mohlo znamenat možné riziko či komplikaci při zahajování poskytování služeb. Vyhláška č. 92/2012 Sb. stanovuje pro hospic minimální požadavky na vybavení zdravotnického zařízení. Tato vyhláška pomůže v začátcích organizaci vytvořit představu o tom, jaké vybavení bude potřeba nakoupit. Dále vyhláška stanovuje minimální požadavky na personální zabezpečení pro lůžkový hospic. Vyhláška je vhodnou pomůckou k sestavení potřebného personálu.

5.1.2 Ekonomické faktory

Ekonomické faktory jsou závislé na vývoji ekonomiky státu i zahraničí, na míře inflace, pracovní produktivitě apod. Společně se spoluúčastí pacienta mají faktory dopad na nabídku služeb a jejich strukturu, i na koupěschopnost pacientů. Ekonomické faktory jsou částečně závislé na strategii vlády, promítají se do platební síly obyvatelstva, tím do vývoje poptávky (Slouka, 2017, s. 52).

Ekonomické faktory mohou ovlivnit fungování dětského hospice. Financování by mělo být v gesci politiků při alokování finančních prostředků ve zdravotnictví, a tím k minimalizaci nerovností v dostupnosti zdravotní péče.

Český statistický úřad ve svém dokumentu *Výsledky zdravotnických účtů ČR 2010-2019* uvádí výdaje na zdravotní péči. Výdaje neustále rostou, v roce 2019 dosáhly 477,7 miliard korun, tedy nárůst o 10 % (ČSÚ, © 2021).

Ministerstvo financí ČR uvádí, že náklady na zdravotní péči v roce 2020 byly vyšší o 48 miliard. Doposud nejsou veřejně známy výdaje na zdravotní péči za předchozí roky, vzhledem k pandemii covidu-19 se však předpokládá, že byly oproti minulým letům mnohonásobně vyšší. Zdravotní pojišťovny ale vykazovaly zůstatky na svých účtech v kladných hodnotách. Pojišťovny se v předchozích letech snažily hospodařit přebytkově, aby v případě neočekávaných situací měly finanční rezervy a nebyla tak ohrožena kvalita a úroveň poskytované zdravotní péče. Mezi lety 1994-2022 byl průměrný podíl platby za státní pojištěnce 4,5 %, v současné době dosáhne podíl až k 6,6 % celkových výdajů z rozpočtu (MFČR, © 2022).

V následující tabulce (Tab. 3) jsou zobrazeny výdaje za rok 2019 podle zdrojů financování.

Tabulka 3 - Výdaje na zdravotní péči v České republice v roce 2019 podle zdroje financování (vlastní zpracování, ČSÚ, © 2021)

Zdroj financování	Hodnota v milionech Kč	Procentuální struktura (v %)
Veřejné zdroje celkem	395 767	82,84
Veřejné rozpočty	85 993	18
Státní rozpočet	76 758	16,01
Rozpočty krajů a obcí	9 235	1,93
Veřejné zdravotní pojišťovny	309 764	64,84
Soukromé zdroje celkem	18 235	3,82
Soukromé zdravotní pojištění	684	0,14
Neziskové organizace	16 300	3,41
Závodní zdravotní péče	1251	0,26
Domácnosti	63 732	13,34
Výdaje na péči celkem	477 724	100 %

V roce 2019 činily výdaje na zdravotní péči celkem přes 477 miliard. Oproti roku 2018 se jedná o 10% meziroční nárůst. Ve srovnání s rokem 2010 však výdaje vzrostly o 42 %, kdy v daném roce byly výdaje 334,5 miliard Kč.

Největší podíl na nárůstu mají výdaje zdravotních pojišťoven a výdaje ze státního rozpočtu. Celkem 18 % výdajů na zdravotní péči, přibližně 86 miliard, šlo z veřejných rozpočtů. Většina pocházela ze státního rozpočtu, malá část z rozpočtů krajů a obcí. Ze státního rozpočtu je hrazena dlouhodobá péče ve formě lůžkové péče.

Soukromé zdroje financování zdravotní péče jsou reprezentovány domácnostmi. V roce 2019 zaplatily přes 63 miliard Kč. Většinová část výdajů padne na léky, dále pak lidé zaplatí v ambulancích a u zubařů.

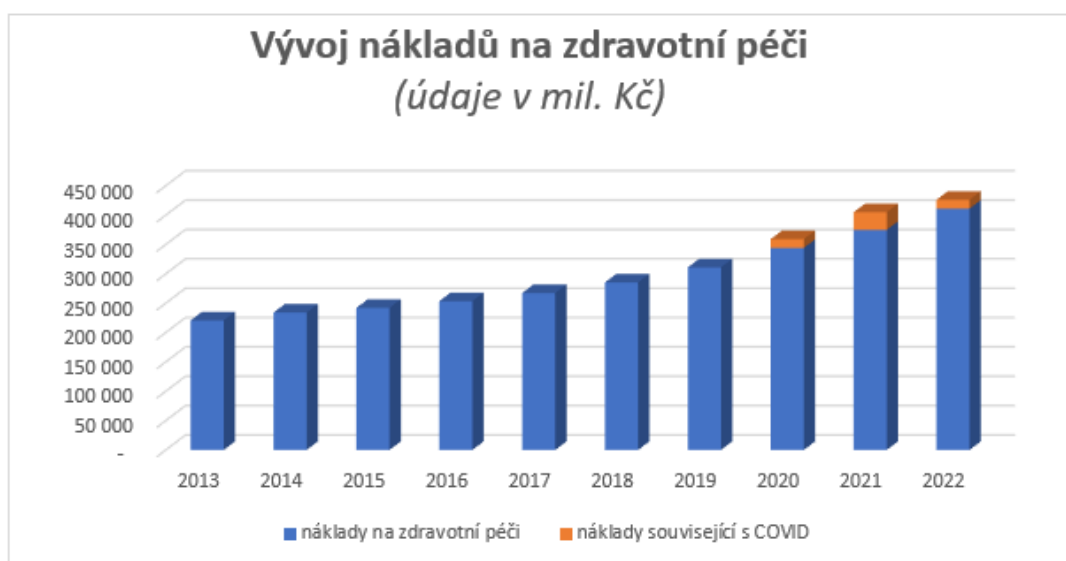
Podíl výdajů na zdravotní péči k poměru vůči HDP (hrubý domácí produkt) se během zmiňovaných let pohybuje konstantně ve stejné výši. V roce 2019 podíl k HDP činil 8,3 %.

Ze statistik Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj³ (dále jen OECD) bude podíl výdajů na zdravotní péči vůči HDP v roce 2020 odhadem kolem 9,1 % (OECD, © 2021).

Podíl celkových výdajů na zdravotnictví na HDP se řadí mezi základní srovnávací ekonomické faktory. V rámci tohoto ukazatele se Česká republika pohybuje oproti ostatním státům OECD na nižší úrovni (Německo se pohybuje okolo 12,2 % HDP, Spojené státy americké až k 16,9 % HDP). Na české zdravotnictví se vydává méně prostředků, než je v průměru, zdravotnictví je označováno jako podfinancované. Jelikož však Česká republika je zemí s nižší cenovou hladinou zdravotnictví, nelze tedy naše zdravotnictví označit jako podfinancované, ale spíše jako levné (NZIP, © 2021).

Vzhledem k aktuální pandemické situaci je do budoucna možné, že podíl výdajů na HDP přesáhne 10 %, a tím se Česká republika přiblíží průměru v zemích Evropské unie. Nárůst výdajů je způsoben výraznějšími náklady na pacienty s onemocněním covid-19. Za rok 2021 se také předpokládá, že výdaje za zdravotní péči dosáhnou 650 miliard korun. Pokud by tato situace nastala, výdaje by vzrostly téměř o 40 % oproti minulým rokům.

³ Organisation for Economic Co-operation and Development



Obrázek 2 - Vývoj nákladů na zdravotní péči (www.mzcr.cz, ©2021)

Dalšími důležitými ekonomickými faktory jsou míra inflace, vývoj cen energií a růst cen spotřebního zboží. V posledních měsících tohoto roku se Česká republika i okolní státy potýkají s rychlým nárůstem cen, jak pohonných hmot, potravin, tak se zvýšením cen energií. Míra inflace je momentálně odhadována až k 10 %, ke konci roku se očekává, že bude okolo 6 %. Meziroční inflace v únoru 2022 je 11,1 %. Průměrná míra inflace se v minulých letech pohybovala okolo 3 %, jde tedy o dvojnásobné zvýšení.

V lednu roku 2018 vzešla v platnost nová úhradová vyhláška. Její součástí je financování paliativní péče z veřejného zdravotního pojištění jak u dospělých, tak u dětí. Před tímto krokem byla paliativní péče hrazena hlavně z fondů soukromých nadací a vznikala tlak na zdravotní pojišťovny, aby uzavíraly smlouvy s poskytovateli paliativní péče.

O začlenění paliativní péče do úhradové vyhlášky se zapříčinil Pilotní program MSPP (Mobilní specializované paliativní péče). Dalším projektem MZ ČR je *Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti domácí specializované paliativní péče*, který se zabývá financováním a rozvojem dostupnosti MSPP (Medical Tribune, © 2018).

Zmiňovaný projekt byl zahájen v roce 2017, trvá do dubna roku 2022. Evropská unie vyčlenila na rozvoj paliativní péče v nemocničních zařízeních ze svých prostředků přes 45 milionů Kč. Spolu s veřejnými zdroji ČR je celková částka na rozvoj téměř 60 milionů korun.

Webový portál Medical Tribune (© 2018) uvádí, že MZ ČR v roce 2017 vyčlenilo na dětskou paliativní péči 800 000 Kč. Částka byla použita na publikační aktivity, dotazníková šetření, kurzy pediatrické paliativní péče. V dalším roce byla finanční podpora pouhých 20 000 Kč. Částka není schopna pokrýt náklady na rozvoj dětské paliativní péče. Je důležité, aby MZ ČR opět navýšilo dotace z finančních prostředků na další rozvoj paliativní péče.

Jak již bylo zmíněno, paliativní péče je velmi podhodnocena. Blýskáním na lepší časy může být navýšení úhrad za mobilní hospicovou péči pro rok 2022. Částka byla navýšena z 1648 Kč na 1905 Kč/den. Péče kryta z veřejného zdravotního pojištění byla prodloužena o 15 dní, a to na 45 dní. V překladu to bohužel znamená, že člověk „musí“ do 45 dní umřít. Péče je poté hrazena hlavně z příspěvků a darů. Hodnota bodu na rok 2022 byla navýšena o 5 % nad rámec hodnoty bodu dle vyhlášky č. 396/2021 Sb. (Česko, 2021).

Zmiňované ukazatele mohou být potenciální hrozbou při zakládání dětského hospice. Při plánování je nutno počítat s vyššími vstupními náklady a také s vyššími zálohami na energie. Další hrozbou jsou aktuální vysoká inflace a zvedání spotřebitelských cen, vyšší ceny stavebního materiálu, pohonných hmot. Trh se potýká s dlouhodobým nedostatkem nových automobilů z důvodu omezení trhu během pandemie covid-19. Bude důležité zvážit, zda organizace disponuje již zakoupeným automobilem, nebo bude potřeba zakoupení nového. V druhém případě musí organizace počítat s časovou prodlevou při pořizování nového automobilu. Dalším faktorem, který se nesmí opomenout, je zvyšující se úroková sazba. Organizace bude potřebovat pro zahájení dětského hospice finanční zajištění v podobě půjčky, s nejvyšší pravděpodobností s vyšší úrokovou mírou než doposud.

Další hrozbou může být snížení dotací od MZ ČR. Peníze jsou využívány na zvyšování povědomí o paliativní péči a na vzdělávání odborníků v oblasti paliativní péče. Mohlo by dojít k omezení kurzů pro vzdělávání v paliativní péči.

Benefitem pro dětský hospic je začlenění paliativní péče do úhradové vyhlášky. Ačkoli současné hospice fungují díky dotacím a finančním darům, financování péče z veřejného zdravotního pojištění přináší pro poskytovatele velkou úlevu.

MZ ČR se snaží skrze své projekty o rozvoj paliativní péče v ČR. Do budoucna by snaha mohla přinést více peněz ze státního rozpočtu do dětské paliativní péče.

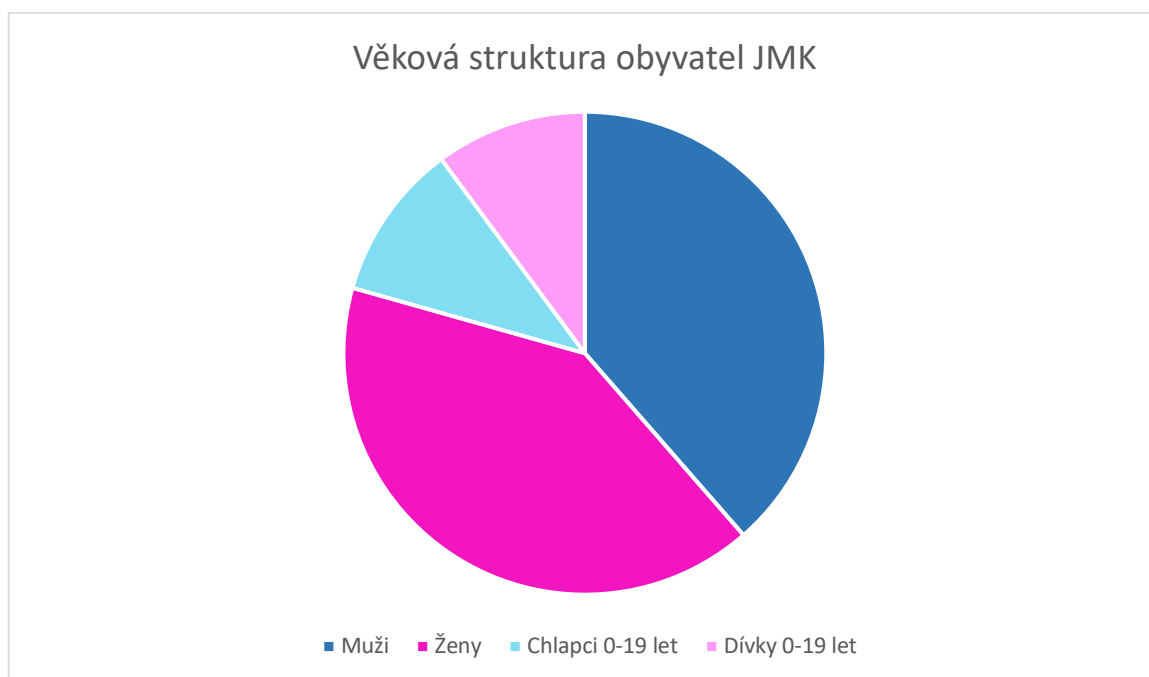
5.1.3 Sociokulturní faktory

Jedním z důležitých sociokulturních faktorů je demografický vývoj populace.

Jihomoravský kraj je jedním ze 14 územních samosprávních celků České republiky. Jeho území o rozloze 7 188 km² je tvořeno 7 okresy: Blansko, Brno-město, Brno-venkov, Břeclav, Hodonín, Vyškov, Znojmo. Statutárním městem je druhé největší město České republiky Brno, které je centrem soudní moci České republiky (Jihomoravský kraj, © 2022).

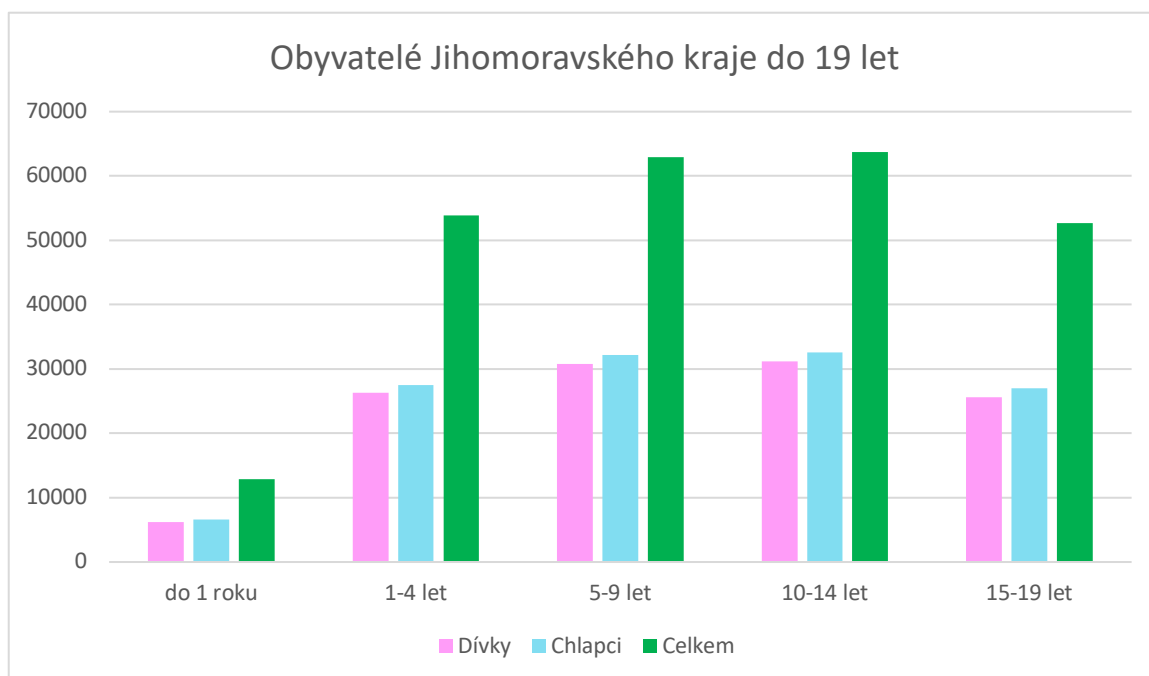
Český statistický úřad (© 2021) udává, že k 31.12.2020 žilo na území Jihomoravské kraje 1 195 327 obyvatel, z toho 587 462 obyvatel tvořili muži, 607 865 ženy. Z celkového počtu obyvatel je dětí od 0 do 19 let celkem 246 069, kdy 48,8 % zastupují dívky, zbytek chlapci.

Na následujícím grafu (Graf 1) je zobrazena věková struktura obyvatel Jihomoravského kraje.



Graf 1 - Věková struktura obyvatel JMK (vlastní zpracování, ČSÚ, © 2021)

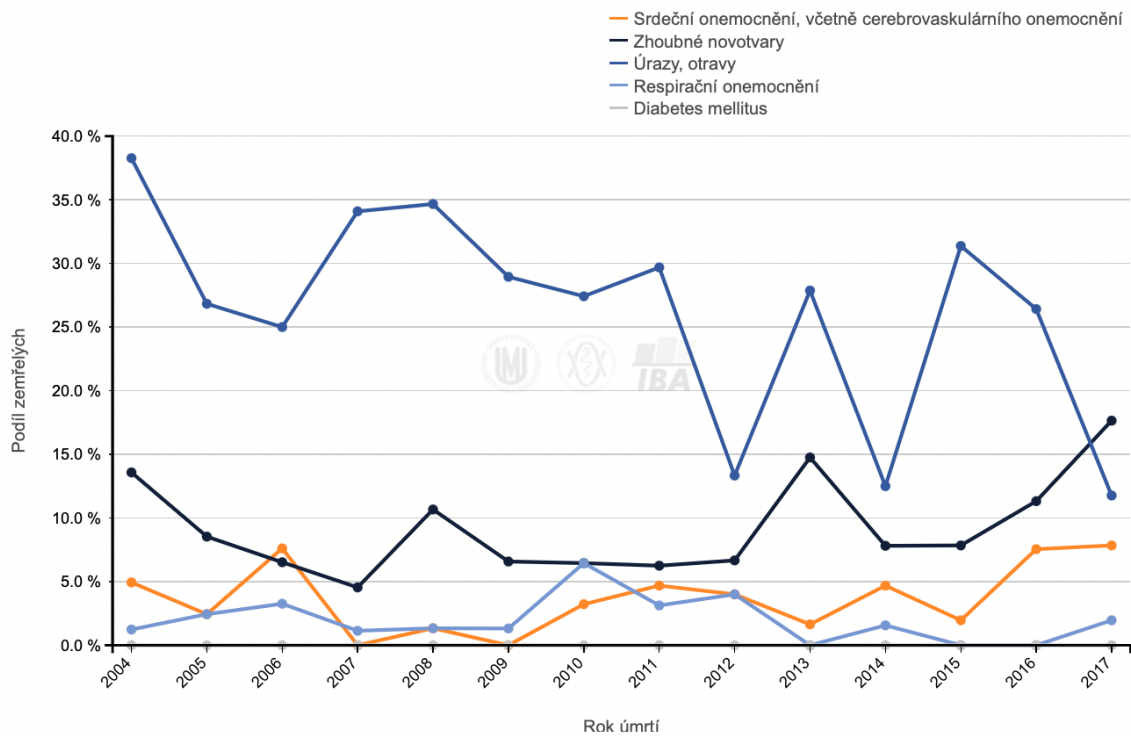
Podrobnější věková struktura je zobrazena v následujícím grafu (Graf 2), kde jsou děti členěny podle pohlaví a pětiletých věkových skupin.



Graf 2 - Obyvatelé Jihomoravského kraje do 19 let (vlastní zpracování, ČSÚ, © 2021)

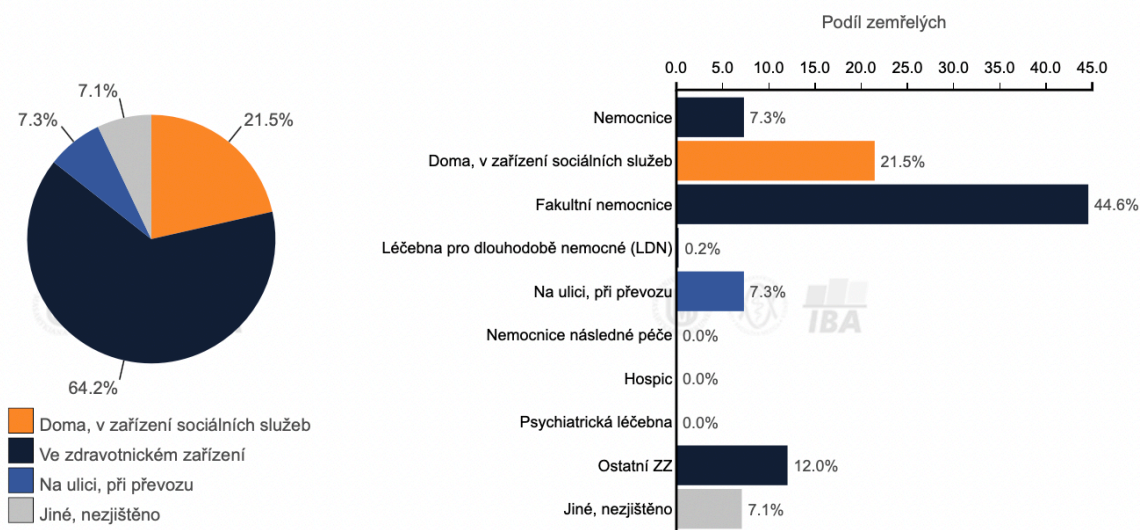
Národní datová základna paliativní péče (dále NDZPP) zpracovává na základě dostupných dat z NZIS úmrtí na území České republiky. Pomocí interaktivního prohlížeče dat je možné si vyfiltrovat věkovou skupinu a kraj, odkud zemřelí pocházeli. NDZPP vznikla v roce 2017 a zveřejňuje údaje zemřelých do roku 2017 (NDZPP, © 2017).

Následující obrázek (Obr. 3) zobrazuje podíl zemřelých v Jihomoravském kraji ve věku od 0 do 19 let včetně. Nejčastější příčinou úmrtí (18 %) byly zhoubné novotvary, dále pak srdeční onemocnění (8 %).



Obrázek 3 - Zemřelí na území JMK ve věku 0–19 let (NDZPP, © 2017)

K úmrtí na lůžku zdravotnického zařízení dochází ve více než dvou třetinách z celkového počtu, nejčastěji na lůžku akutní péče. V hospici dožívá kolem 2 % dospělých zemřelých, z důvodu absence dětského lůžkového hospice je počet dětských zemřelých v hospici 0. Mezi lety 2011-2017 zemřelo ve zdravotnickém zařízení 272 dětí do 19 let, v domácím prostředí 91, při převozu celkem 31. Následující obrázek (Obr. 4) zobrazuje nejčastější místo úmrtí u dětí od 0 do 19 let (NDZPP, © 2017).

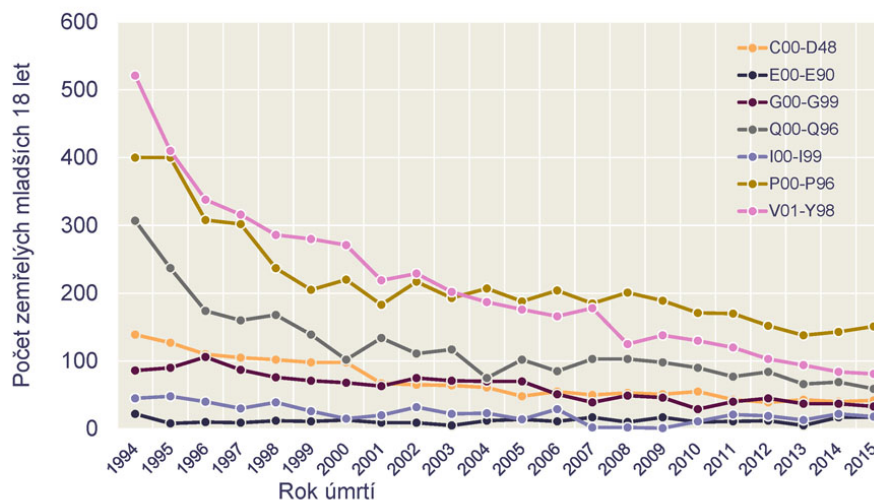


Obrázek 4 - Místo úmrtí v JMK u věkové skupiny 0 až 19 let (NDZPP,
© 2017, www.paliativnidata.cz)

Dle studie profesorky Lorny Haser, ze které čerpaly autorky Exnerová a Krejčí (2021, s. 5), by v současnosti až 13 000 dětí profitovalo z dostupné paliativní péče. Stále však neexistuje dostatek dat o reálném počtu dětí a jejich rodin, které by péči využily.

Na následujícím grafu (Obr. 5) od autorů Švancary et al. (© 2016) je zobrazena dětská úmrtnost do roku 2015, rozdělena podle lékařských diagnóz.

Dětská úmrtí



Zdroj: ÚZIS, LPZ, NRHOSP 1994-2015

Obrázek 5 - Dětská úmrtí do roku 2015 (Švancara et al., ©2016)

Exnerová a Krejčí (2021, s. 5-6) uvádějí, že dostupnost paliativní péče pro děti je výrazně závislá na místě bydliště a druhu onemocnění. Nejlepší dostupnost je pro děti s onkologickým onemocněním, kterým se věnuje tým v onkologických centrech v Praze a v Brně. Větší část dětských pacientů potřebujících paliativní péči trpí neonkologickými diagnózami. U takových dětí chybí komplexnost paliativní péče ve zdravotnických zařízeních. V posledních letech lze pozorovat zlepšení v poskytování dětské paliativní péče, stále však není soustavně zajištěna ve všech krajích ČR.

Jak již bylo zmíněno, v roce 2020 žilo na území Jihomoravského kraje 246 069 dětí do 19 let věku, které by služby dětského hospice mohly využít. Z důvodu nedostupnosti relevantních dat o dětech, které by potřebovaly paliativní péči, není jisté, kolik dětí by péči dětského hospice reálně potřebovaly. Na území Jihomoravského kraje není žádný lůžkový hospic, který by poskytoval paliativní péči dětem. Zájem o služby dětského hospice by tedy s velkou pravděpodobností byl.

5.1.4 Technologické faktory

Nejmenší vliv na fungování dětského hospice mají technologické faktory. Hospic neprovádí nákladná diagnostická vyšetření, nemusí disponovat specializovanými přístroji. Vybavení lůžkového hospice se řídí vyhláškou 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. Na základě standardů APHKK by měly převažovat jednolůžkové pokoje s vlastním sociálním zařízením. Mezi pomůcky dětského hospice patří zejména antidekubitní pomůcky, lineární dávkovače léků, enterální pumpy, odsávací přístroje aj (APHPP, 2016, s. 16).

Na trhu existuje nepřeberné množství dodavatelů přístrojového vybavení i zdravotnických pomůcek, ze kterého lze vybírat, například B. Braun, Fresenius, LINET, ERGON, Hartmann.

Dalším důležitým technologickým faktorem jsou informační a komunikační technologie. Zařízení jsou nutná pro komunikaci s pojišťovnami a pro vykazování péče. Díky speciálním programům je možné vést elektronickou zdravotnickou dokumentaci a tím snížit provozní náklady. Bude potřeba k vytvoření webové stránky, která budoucím potenciálním pacientům a jejich rodinám usnadní komunikaci s příslušným personálem dětského hospice nebo pomocí elektronického formuláře požádat o přijetí dítěte do péče. Zavedení informačních technologií a následné poskytování informací skrze ně představují příležitost pro zvýšení povědomí a oslovení budoucích zákazníků.

5.2 Analýza hospicové péče v Jihomoravském kraji, především v Brně

Jak již bylo zmíněno, Jihomoravský kraj je jedním ze 14 okresů v České republice.

Národní registr poskytovatelů zdravotnických služeb (© 2016) zpracovává mapu poskytovatelů na celém území České republiky. V Jihomoravském kraji poskytuje různou formu zdravotní péče (ambulantní, lůžkovou, jednodenní) přes 4 500 poskytovatelů. Dle statistik Ústavu zdravotnických informací a statistik (© 2017) k roku 2017 pracovalo ve zdravotnictví na Jihomoravském kraji 8 965 všeobecných sester, 5 265 lékařů a 24 202 ostatních zdravotnických pracovníků s odbornou způsobilostí.

Lůžkovou péči poskytuje 57 organizací, mezi které patří Nemocnice Blansko, Fakultní nemocnice Brno, Nemocnice Bohunice a další zdravotnická zařízení.

Paliativní medicínou se zabývá v Jihomoravském kraji 25 poskytovatelů zdravotnické péče, z toho 2 formou lůžkové péče (Hospic sv. Alžběty a Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa) a 17 formou domácí péče, například Diecézní charita, Girasole aj.

Ani jeden z výše zmiňovaných organizací neposkytuje dětskou paliativní péči formou lůžkového hospice.

Seznam poskytovatelů paliativní péče je dostupný na webu Umírání (© 2021), který je provozován organizací Cesta domů.

Mobilní specializovanou paliativní péči na území Jihomoravského kraje poskytuje celkem 8 poskytovatelů:

- Domácí hospic sv. Alžběty;
- Domácí hospic sv. Lucie;
- Městský domácí hospic;
- Dětský domácí hospic při NDFO Krtek;
- Domácí hospic Girasole;
- Mobilní hospic sv. Jana;
- Mobilní hospic sv. Martina
- Domácí hospic David, Charita (Umírání, © 2021).

Prvním poskytovatelem lůžkové péče je **Hospic sv. Alžběty** v Brně o. p. s. Hospic vznikl v roce 2002 za účelem obnovení hospice v prostorách kláštera, kde od roku 1998 byl provozován Masarykovým onkologickým ústavem. Hospic poskytuje jak domácí, tak lůžkovou paliativní péči. Hospic je členem Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. Hospic disponuje kapacitou 22 lůžek. V roce 2020 přijali na lůžkové oddělení 249 pacientů. Hospic sv. Alžběty provozuje Domácí hospic Tabita, který poskytuje mobilní specializovanou péči. Multidisciplinární tým je pro pacienty dostupný 24 hodin denně na území Brna a okolí do 30 km (Hospic sv. Alžběty, © 2022).

Druhým poskytovatelem je Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě. Hospic je provozován Oblastní charitou Rajhrad. Hospic je určen pro pacienty, u kterých byla vyčerpána veškerá možnost vyléčení. Multidisciplinární tým poskytuje paliativní péči u onkologických i neonkologických terminálních fází nemoci. Personál hospice poskytuje psychologickou a duchovní podporu pozůstalým (Oblastní charita Rajhrad, © 2022).

V Jihomoravském kraji poskytuje paliativní péči dětem formou domácí péče **Nadační fond dětské onkologie Krtek**. Fond byl založen za účelem poskytnout paliativní péči pacientům, kteří se léčí na Klinice dětské onkologie při Fakultní nemocnici Brno.

V posledních letech byl tým rozšířen a péče je poskytována i pacientům s neonkologickým onemocněním. Multidisciplinární tým je tvořen lékařem, čtyřmi zdravotními sestrami a sociální pracovnící. Tým je rodinám nepřetržitě k dispozici (Nadační fond dětské onkologie Krtek, © 2022).

5.3 Analýza pediatrické paliativní péče v zahraničí a České republice

V roce 2015 vznikla pracovní skupina dětské paliativní péče pod vedením lékařky Mahuleny Mojžíšové. Důvodem vzniku skupiny bylo zvyšování povědomí o paliativní péči, systematické zlepšování rozvoje a implementace pediatrické paliativní péče do českého zdravotnictví. Bužgová, Sikorová a kol. (2019, s. 22) uvádí, že postupem času se z pracovní skupiny stala samostatná sekce. V roce 2017 vydala Česká společnost paliativní medicíny Standardy dětské paliativní péče v Evropě, samostatné standardy v České republice zatím neexistují.

V roce 2020 vznikl Institut Pallium, který se podílí na rozkvětu dětské paliativní péče v České republice. Institut se Sekcí spolupracuje. V únoru tohoto roku vydal Institut *Praktického průvodce rozšiřováním péče domácího hospice*, jehož cílem je pomoci domácím hospicům rozšířit péči i o dětské pacienty (Institut Pallium, © 2022).

5.3.1 Poskytovatelé dětské paliativní péče v České republice

Dětskou paliativní péči poskytuje na celkem 14 poskytovatelů na území České republiky, kteří jsou zobrazeni na následujícím obrázku.



Obrázek 6 - Poskytovatelé dětské paliativní péče v ČR (Exnerová, Krejčí, 2021, s. 6)

Většina poskytovatelů dětské paliativní péče byla podrobně představena v teoretické části diplomové práce.

Exnerová a Krejčí (2021, s. 6-8) dále uvádějí, že dlouhodobá lůžková péče umírajícím dětem je poskytována ve dvou zdravotnických zařízeních – v Nemocnici Hořovice a ve Vojenské nemocnici v Olomouci. Pediatriickou paliativní péči poskytuje řada organizací z oblasti sociální péče, díky Sekci dětské paliativní péče se daří tyto organizace propojovat do sítě. Mezi organizace patří:

- Terénní odlehčovací služby;
- Poradna Vigvam;
- Perinatální hospic Dítě v srdci;
- Agentury domácí péče (Exnerová a Krejčí, 2021, s. 7).

Jak již bylo několikrát zmíněno, v České republice zatím neexistuje dětský lůžkový hospic. Hovoří se však o vybudování dvou dětských hospiců – Dům pro Julii a hospic v Praze z peněz Nadace Vlčkových.

Prvním kamenným dětským hospicem bude **Dům pro Julii**. Zahájení stavby je naplánováno na první polovinu roku 2022. Polovina potřebných financí bude pokryta z evropských fondů.

V roce 2021 manželé Vlčkovi založili fond *Nadace manželů Vlčkových*, do kterého následně vložili 1,5 miliardy korun. Prostřednictvím nově vzniklé nadace chtějí manželé vybudovat dětský hospic a přispět ke zvýšení dostupnosti služeb (Cesta domů, © 2021). Pod neziskovou organizací Domov – plzeňská hospicová péče, z. ú. vzniká další budoucí dětský hospic Červánek (© 2022), který bude vybudován v obci Kamenný Újezd u Nýřan. Služby budou dostupné pro děti a jejich rodiny z Plzeňského kraje a kraje s ním sousedící. V dětském hospici budou poskytovány respitní služby, služby odborné zdravotní hospicové péče. Projekt vzniká za podpory hejtmána Plzeňského kraje, přesný termín ukončení výstavby není prozatím zveřejněn.

5.3.2 Analýza pediatrické paliativní péče v zahraničí

Úplně prvním dětským lůžkovým hospicem byl hospic **Helen House**, který vznikl na území Velké Británie v roce 1982. Hospic byl založen sestrou Frances Dominicou. Inspirací pro vznik jí byla dívka Helen, která podlehla komplikacím po akutní operaci z důvodu nádoru na mozku. Frances Dominica se podílela na její péči a zde vznikl nápad založit dětský hospic (Helen House, © 2022).

O pět let později byl ve Velké Británii založen další dětský hospic, ve kterém pracoval zdravotnický personál z Helen House. Postupně podle modelu zmiňovaného hospice začaly vznikat další hospice i mimo území Velké Británie, první takto vzniklý hospic vznikl na území Kanady v roce 2015.

Ve Velké Británii poskytuje lůžkovou dětskou paliativní péči přes 40 dětských hospiců. Dle studie autorů Schwarzenberg, Jennessen a Bungenstock (2011) byl první dětský hospic v Německu založen v roce 1998. V současnosti poskytuje dětskou lůžkovou paliativní péči celkem 10 dětských hospiců, ambulantní péči kolem 73 poskytovatelů.

Autoři Arias-Casais, Garralda et al. (2020, s. 749) se ve své studii věnovali dětské paliativní péči v Evropě. Dle studie přibližně 8 milionů dětí ve světě ročně vyžadují jakýkoli typ paliativní péče. Z toho 170 000 dětí v Evropě ročně umírá bez přístupu k paliativní péči. V následující tabulce (Tab. 4) jsou uvedeny evropské země a jejich počet domácích péči a dětských hospiců.

Tabulka 4 - Paliativní péče v evropských zemích (vlastní zpracování, © 2020, Mapping Pediatric Palliative Care Development in the WHO - European Region)

Země	Počet hospiců	Počet agentur domácí péče
Česká republika	0	6
Estonsko	0	0
Maďarsko	2	3
Polsko	8	66
Rusko	14	94
Slovensko	0	4
Německo	16	33
Francie	0	22
Nizozemí	13	22
Rumunsko	3	4

Dle zmiňovaných autorů některé země poskytují dětskou paliativní péči pouze formou domácí péče, některé dominantně poskytují v nemocničních zařízeních. V Albánii je paliativní péče poskytována v sirotčincích (Arias-Casais et al., 2020, s. 749).

5.4 SWOT analýza dětské hospicové péče v Jihomoravském kraji

SWOT analýza se zaměřuje na vnitřní silné (strengths) a slabé (weakness) stránky podniku, na příležitosti (opportunities) a hrozby (threats), které jsou ve vnějším podniku identifikovatelné. Účelem analýzy je se zaměřit na strategicky významné stránky podniku (Váchal a Vochozka, 2013, s. 433).

Klasickou SWOT nelze zpracovat, protože neexistuje vnitřní prostředí podniku. Půjde tedy o zkrácenou OT analýzu se zaměřením na příležitosti a hrozby, které jsou identifikovatelné ve vnějším okolí podniku. Informace získané v průběhu zpracování práce jsou zanalyzovány a uvedeny v následující tabulce.

Tabulka 5 - Zkrácená SWOT analýza (vlastní zpracování)

Příležitosti (Opportunities)	Hrozby (Threats)
nedostatek podobných zařízení	nedostatek zdravotnického personálu pro provoz hospice (krize zdravotnictví)
počet dětí vyžadujících paliativní péči	Legislativní požadavky na založení dětského hospice
spolupráce s ostatními zdravotnickými zařízeními napříč krajem	nedostatek financí, omezená možnost financování
dotiční programy MZ ČR	finanční náročnost pro rodiny dětí
dotace z městského rozpočtu	budoucí konkurence (Dům pro Julii)
spolupráce se vzdělávacími institucemi	nedostatek klientů potřebující lůžkovou paliativní péči
zájem potenciálních klientů o službu	Neochota zdravotních pojišťoven uzavřít smlouvu o úhradu péče
spolupráce s mobilními hospici (NFDO Krtek)	Velké počáteční investice

Příležitosti

Na území Jihomoravského kraje se nyní nenachází ani jeden dětský hospic, který by poskytoval dlouhodobou paliativní péči dětem. Na trhu je tedy příležitost pro vybudování hospice na území Brna. Lze předpokládat nárůst poptávky po službách dětského hospice i díky vyšší informovanosti a povědomí o možnostech paliativní péče. V posledních letech Evropská unie a Česká republika poskytovaly dotace na rozvoj paliativní péče, existuje možnost získání potřebných financí na provoz. Brno je sídlem několika středních zdravotnických škol a také lékařské fakulty, což se do budoucna její jako příležitost ke spolupráci s těmito institucemi.

Hrozby

Ačkoli byla paliativní péče zařazena do úhradové vyhlášky, stále nepokryje veškerou potřebnou péči. Provoz dětského hospice je závislé na sponzorských darech, příspěvcích. Právě financování je jednou ze zásadních hrozeb pro provoz hospice.

Další hrozbou je nedostatek kvalifikovaného zdravotnického i ostatního personálu z důvodu nedostatečného personálu v celém zdravotnictví v České republice. Práce s nemocnými dětmi je psychicky i fyzicky náročná, hrozí syndrom vyhoření a riziko fluktuace zaměstnanců v hospici. Další hrozbou může být nedostatek klientů a rodin s rozvojem mobilní hospicové péče. Pokud to zdravotní stav vyžaduje, pacient i rodina si většinou přejí odejít v rodinném kruhu a v domácím prostředí. Další hrozbou může být plánovaná výstavba dětského hospice Dům pro Julii, jejíž rekonstrukce má být zahájena na jaře tohoto roku.

5.5 Analýza konkurenčního prostředí

Vhodnou volbou pro analýzu vnějšího prostředí je Porterův model pěti konkurenčních sil, díky kterému lze provést zhodnocení konkurentů vstupujících do stejné oblasti péče, stávající konkurence, hrozby substitučních služeb a vyjednávacího vlivu klientů.

5.5.1 Porterův model 5 konkurenčních sil

Jak zmiňuje Jakubíková (2013, s. 103), chování podniku je determinováno nejen konkurencí, ale také chováním odběratelů a dodavatelů, substitučním zbožím a potenciálními novými konkurenty. Všech pět konkurenčních faktorů zachycuje Porterův model pěti sil.

Podle Vochozky a Váchala (2013, s. 404) je potřeba ohodnotit každou z pěti konkurenčních sil. Jejich celkový dopad ovlivňuje vznik konkurence na trhu a determinuje zisky, kterých mohou podniky dosáhnout.

Celková ziskovost podniků v odvětví se snižuje, když se konkurence stává aktivnější.

Nejkritičtější podmínky vzniknou, pokud se působení všech pěti zmiňovaných sil spojí a vytvoří intenzivní tlaky, které zapříčiní, že vyhlídka pro dané období je mizivá (Vochozka a Váchala, 2013, s. 404).

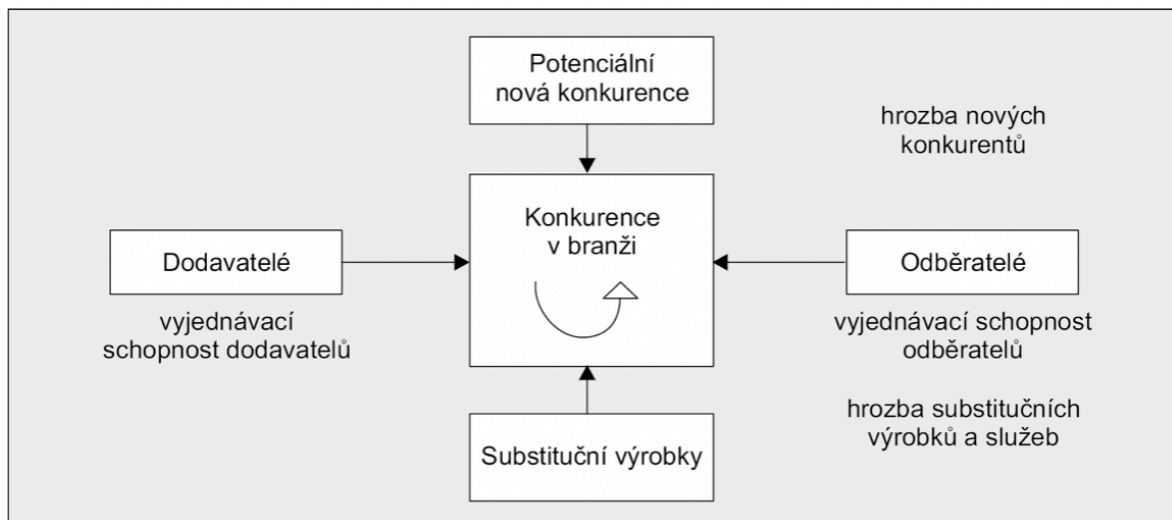
Model disponuje relativně vysokou vypovídající schopností (Kalouda, 2016, s.96).

Celkem se jedná o pět sil:

- Konkurence a rivalita mezi stávajícími podniky v odvětví;
- Vyjednávací síla dodavatelů vstupů;

- Vyjednávací síla kupujících;
- Hrozba vstupu nových konkurentů;
- Hrozba substitutů (Kalouda, 2016, s.96).

Porterův model je zobrazen na následujícím obrázku, převzatý z publikace Jakubíkové (2013, s.103).



Obrázek 7 - Porterův model pěti sil (Jakubíková, 2013, s. 103)

Hrozba vstupu nových konkurentů

Srpová et al. (2011, s. 166) uvádějí, že firmy nově vstupující na trh, které nejsou zatím součástí konkurenčního prostředí, jsou potenciálními konkurenty. Při vstupu na trh musí překonat několik bariér. Čím je bariéra finančně náročnější, tím nižší je riziko vstupu nových konkurentů do odvětví.

Mezi možnými riziky vstupu dětského lůžkového hospice do odvětví představují bariéry ze strany platné legislativy a ze strany finančních prostředků potřebných k založení hospice a zajištění personálu. Rizikem může být financování veřejných zdravotních pojišťoven, kdy bude naplněna kapacita smluvních vztahů o úhradu péče. Tato situace by pro založení dětského hospice v Jihomoravském kraji neměla nastat, jelikož by hospic byl zatím jediným poskytovatelem lůžkové hospicové péče pro děti.

Dalším důležitým faktorem je kvalifikovaný personál. České zdravotnictví se několik let potýká s nedostatkem zdravotnického personálu, s finančním podhodnocením a s odlivem

kvalifikovaného personálu do zahraničí. Vzdělání zdravotnického personálu je časově náročné a platové podmínky tomu adekvátně neodpovídají. Nedostatek personálu a finanční podhodnocení mohou být dalšími bariérami vstupu hospice do odvětví.

Hrozba substitutů

Podnik, v našem případě dětský hospic, se v rámci Porterova modelu 5 sil musí ptát, zda v odvětví existují substituční služby. V případě dětského lůžkového hospice momentálně neexistuje žádný substitut. Potenciálními konkurenty by mohly být agentury poskytující mobilní dětskou paliativní péči, denní stacionáře a dětská paliativní oddělení fungující v rámci nemocnic. V Jihomoravském kraji takovou péči poskytuje dětský mobilní hospic NFDO Krtek, který úzce spolupracuje s Klinikou dětské onkologie FN Brno. Někteří pacienti, kteří využívají paliativní péče od zmiňovaného hospice, umírají na odděleních dětské onkologie. Bývá to výjimečně, z důvodu zhoršení zdravotního stavu nebo z důvodu, kdy rodina pacienta psychicky nezvládá odchod svého dítěte. Jedná se pouze o onkologické pacienty. Klinika dětské onkologie se snaží alespoň takovou formou substituovat fungování dětského lůžkového hospice. Ne vždy se z důvodu naplnění oddělení daří vyhovět, aby pacient měl samostatný pokoj, klid a mohl tak v rodinném kruhu odejít. Fakultní nemocnice však nedisponuje pracovištěm, který by se výhradně věnoval paliativní a hospicové dětské péči.

Případně vybudovaný hospic by měl v budoucnu navázat spolupráci se zmiňovaným mobilním dětským hospicem a případně dalšími nově vzniklými agenturami, které by poskytovaly dětskou paliativní péči.

Za významného konkurenta plánovaného dětského hospice lze v budoucnu považovat dětský hospic Dům pro Julii, který je zatím ve výstavbě. V době zahájení projektu se mělo jednat o první dětský lůžkový hospic v celé České republice, byl tedy často zmiňován v médiích. Ve větší informovanosti potenciálních zákazníků vidím u Domu pro Julii výhodu. Bude tedy zapotřebí se u plánovaného dětského lůžkového hospice zaměřit i na tuto složku, aby se veřejnost o novém dětském hospici dozvěděla.

Konkurence a rivalita mezi stávajícími podniky v odvětví

Na základě zjištěných informací lze konstatovat, že v Jihomoravském kraji není zatím žádný konkurent plánovaného dětského lůžkového hospice. Jak Hospic sv. Alžběty, tak Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa jsou zařízení, kteří neposkytují péči dětským pacientům. Dětskou paliativní péči v rámci mobilní specializované péče poskytuje pouze

zmiňovaný Mobilní hospic NFDO Krtek. Za nepřímé konkurenty můžeme považovat dětská oddělení v nemocnicích na území Jihomoravského kraje. Pravděpodobně největším nepřímým konkurentem v Jihomoravském kraji by byla dětská oddělení v Dětské nemocnici Brno, nejvíce oddělení dětské onkologie, které disponují lékaři – paliatry. Péče je však poskytována v rádech několika dnů, pouze do stabilizace zdravotního stavu, kdy stav pacienta umožňuje jeho převoz domů.

Potenciálním konkurentem je v budoucnu zmiňovaný hospic Dům pro Julii, který by měl být dostaven v roce 2023.

Stávající organizace poskytující paliativní péči dospělým pacientům by se mohly rozhodnout rozšířit své služby o poskytování péče dětským pacientům. Z důvodu nedostatku takových organizací, které poskytují dětskou paliativní péči, je rizikem, že tato situace může nastat. Analýza konkurentů v Jihomoravském kraji je podrobněji popsána v následující podkapitole.

Vyjednávací síla dodavatelů vstupů

Každé zdravotnické zařízení potřebuje dodavatele zdravotnického materiálu. Dodavatelé zdravotnických služeb poskytují nespočet služeb, zboží a produktů. U některých produktů je změna téměř nemožná. Jedná se o zdravotní techniku, která vyžaduje konkrétní materiál. Je důležité vybrat takovou techniku, která nebude vyžadovat nákladný spotřební materiál. Dalšími dodavateli jsou takoví, které organizace může změnit, jelikož se jedná o klasické spotřební zboží: kancelářské potřeby, sterilní obvaz, převazový materiál aj. Klíčovými faktory vhodného dodavatele jsou: kvalita, cena, platnost, dodací podmínky, certifikace.

Dětský hospic potřebuje dodavatele v oblasti zdravotní techniky (antidekubitní pomůcky, přístrojové vybavení, polohovatelné postele, oxygenátory), zdravotního materiálu (léčiva, obvazový materiál, injekční materiál, dezinfekce), dodavatele stravy a další dodavatele potřebné pro fungování zařízení.

Potenciální odběratelé si na trhu mohou vybírat mezi velkým množstvím konkurentů nabízející zdravotnické vybavení. Konkurence má vliv na cenu nabízeného zboží, dodavatelé musejí sledovat ceny u konkurence, aby mohli včas reagovat a své produkty a služby nabízet za výhodnější ceny.

Dalším dodavateli mohou být považovány zdravotní pojišťovny. Pokud organizace má smluvní vztah s pojišťovnami, očekává se vyšší zájem klientů, než kdyby se museli na péči

podílet jako samoplátci. Česká společnost paliativní medicíny vydala doporučení, jak při žádosti o uzavření smluvního vztahu se zdravotními pojišťovnami postupovat. Dokument radí všem poskytovatelům, aby vykazovali péči za jasně daných podmínek a aby vyšli pojišťovnám vstříc (ČSPM, © 2018).

Důležitou sílu má poskytovatel provozu hospicového zařízení. Prostory musí vyhovovat potřebám hospice, které jsou dány legislativními zákony. Dodavatel prostor má vysokou vyjednávací sílu, sílu považujeme za vysoké riziko.

Vyjednávací síla kupujících

Potenciálními kupujícími jsou klienti se zájmem o nabízené služby hospice. Jedná se především o klienty v terminální fázi života, kteří chtějí důstojně dožít své poslední dny. V případě našeho hospice se jedná o dětské pacienty a jejich rodiny.

Jelikož nejsou aktuální data o dětské úmrtnosti ani data o přesném počtu dětí s život ohrožujícím a život zkracujícím onemocněním, je obtížné odhadnout, kolik klientů by služeb dětského hospice využilo. Dětská úmrtnost byla analyzována v předchozí kapitole.

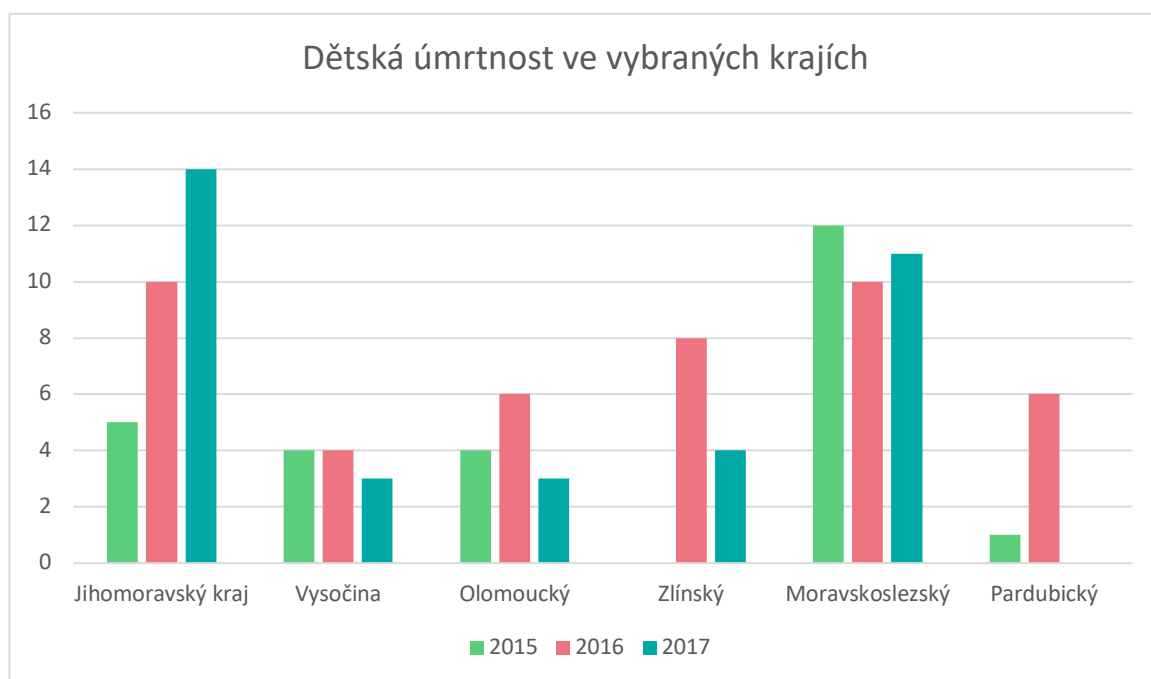
Národní datová základna paliativní péče zpracovává data o zemřelých, místě úmrtí a příčině jejich úmrtí. Poslední aktuální data jsou z roku 2017. V roce 2017 v Jihomoravském kraji zemřelo celkem 20 dětí ve věku 0–19 let. Příčinami úmrtí byly: respirační onemocnění, zhoubné novotvary, srdeční onemocnění, úrazy a otravy.

Služby lůžkového hospice by mohly potenciálně využít i klienti ze sousedních krajů České republiky. Česká republika zatím nedisponuje žádným dětským lůžkovým hospicem, klienti by se mohli rozhodnout proto tuto službu využít v budoucím dětském hospici v Brně i přes delší dojezdovou vzdálenost. V této analýze zohledním i dětská úmrtí v sousedních krajích – v kraji Vysočina, Pardubickém, Olomouckém, Zlínském, Moravskoslezském.

V následující tabulce jsou zobrazena data o dětské úmrtnosti ve zmiňovaných krajích. V číslech jsou zahrnuta úmrtí, jejichž příčinou byly srdeční onemocnění, zhoubné novotvary, respirační onemocnění. Jiné příčiny nebyly zahrnuty, jelikož nespádají do vybraných kategorií.

Tabulka 6 - Dětská úmrtnost ve vybraných krajích v letech 2015 až 2017 (vlastní zpracování, NDZPP, © 2017)

Kraj	2015	2016	2017
Jihomoravský	5	10	14
Vysočina	4	4	3
Olomoucký	4	6	3
Moravskoslezský	12	10	11
Zlínský	0	8	4
Pardubický	1	6	4
Celkem	27	44	39



Graf 3 - Dětská úmrtnost ve vybraných krajích (vlastní zpracování, NDZPP, © 2017)

Z tabulky (Tab. 6) a grafu (Graf 3) je známo, že v Jihomoravském kraji zemřelo v roce 2017 14 dětí, z vybraných krajů jde o počet 39 dětí. Práce se domnívá, že pokud by rodiče těchto dětí měli informace o možnosti využití služeb dětského hospice, využili by těchto služeb. Pokud by rodiče byli s péčí a službami hospice spokojeni, lze předpokládat, že by služby dětského hospice doporučili a tím by dopomohli získat nové, potenciální klienty.

Propagace dětského hospice by dále byla možná pomocí kvalitní kampaně prostřednictvím sociálních sítí a médií.

5.6 Shrnutí poznatků z analytické části

Podmínky pro založení dětského lůžkového hospice na území Jihomoravského kraje byly zjišťovány zpracováním analytické části. Pro zpracování analýzy externího prostředí byla využita PEST analýza, cílem analýzy bylo vyhodnocení vnějšího makroprostředí organizace. Následovaly analýzy dětské hospicové péče v Jihomoravském kraji (s důrazem na město Brno), pediatrické paliativní péče v České republice a v zahraničí. Konkurenční prostředí bylo analyzováno pomocí Porterova modelu pěti konkurenčních sil. Dále byla provedena SWOT analýza v modifikaci OT analýzy, neboť prozatím organizace neexistuje, není tedy možné posoudit silné a slabé stránky organizace. Data byla zjištěna z analytické části diplomové práce. Přehled příležitostí a hrozeb v rámci OT analýzy je zobrazen v tabulce v předchozí kapitole (Tab. 3).

V současné době poskytuje dětskou paliativní péči formou mobilního hospice Mobilní hospic při NFDO Krtek. V prvním kvartálu tohoto roku by měla být zahájena výstavba prvního dětského lůžkového hospice v Brně, Dům pro Julii. I přesto lze vidět možnost proniknutí na trh. Stále nejsou aktuální data o počtech dětí, které vyžadují paliativní péči. Z analýzy dětské úmrtnosti bylo zjištěno, že ročně umírá v Jihomoravském kraji 14 dětí, pokud bychom předpokládali, že by služby dětského využili i rodiny z okolních krajů, hovoříme již o průměrném počtu 36 dětských úmrtí ročně. Pokud se organizace zaměří na poskytování kvalitní péče a propagaci hospice, lze předpokládat, že díky kladným doporučením by dětský hospic byl pro potenciální zájemce preferovaným zařízením.

Dětský hospic předpokládá, že bude mít uzavřené smluvní vztahy se zdravotními pojišťovnami, rodiče či zákonní zástupci by se na péči pouze spolupodíleli. Neuzavření smluvního vztahu s pojišťovnami může být překážkou pro vybudování hospice. Cena za péči by se pohybovala ve vyšších částkách a nelze uvést, zda by potenciální klienti a jejich rodiny byli schopni takovou cenu akceptovat.

6 PROJEKTOVÉ ŘEŠENÍ VYBUDOVÁNÍ DĚTSKÉHO HOSPICE V BRNĚ

Cílem této kapitoly je vytvořit projektové řešení pro vybudování dětského hospice v Brně. Hospic bude poskytovat paliativní péči dětem v terminální fázi jejich onemocnění. Hospic bude sloužit dětem v Jihomoravském kraji, lze však přijmout i děti ze sousedních krajů České republiky.

Organizace chce vybudovat centrum dětské hospicové péče v Brně, kde by mohli být přijímáni klienti v terminálním stadiu, o které se rodina nemůže postarat nebo jejich stav vyžaduje péči, která není kompenzována v domácím prostředí. Zařízení by poskytovalo individuální přístup pro dětské pacienty a jejich rodinné příslušníky a zaručovalo by důstojné umírání. Multidisciplinární tým tvořen lékaři, všeobecnými sestrami a dalšími pracovníky by poskytoval kvalitní paliativní péči. Garantem péče je lékař s atestací paliativní medicíny a algeziologie. Nelékařský zdravotnický personál hospice by byl pravidelně školen v oblasti paliativní medicíny.

Kritériem pro přijetí do péče je věk do 18 let včetně a ukončena kauzální léčba. Na vlastní žádost je možnost přijmout do péče i dítě do 19 let včetně, po dohodě s lékařem.

Plánovaný hospic bude poskytovat i podporu v truchlení členům rodiny a odborné sociální poradenství.

V následujících kapitolách bude popsán postup založení dětského hospice.

6.1 Předpokládaný postup při založení dětského hospice

Nejvhodnější právní formou pro založení hospice je ústav. Ústav se zakládá na dobu neurčitou, vzniká dnem zápisu do veřejného rejstříku u příslušného soudu. Návrh na zápis ústavu do rejstříku ústavů podává zakladatel. Návrh na zápis je možné podat osobně, poštou či datovou schránkou. Ústav se zakládá zakládací listinou.

6.1.1 Zakládací listina

Zakladatelem ústavu je fyzická osoba, která se vymezuje pro účely sepsání notářského zápisu – Zakládací listiny o založení ústavu v souladu s ustanovením § 405 nového občanského zákoníku (NOZ).

ZAKLÁDACÍ LISTINA ÚSTAVU

Čl. I

Zakladatel

Zakladatelem ústavu je Bc. Ester Jugasová, narozena XX. XX. XXXX, bydliště XXXX. Pro případ nemožnosti rozhodování zakladatele o změnách zakladatelského právního jednání, nabývá jeho práva vůči ústavu Ing. Robin Jugas, Ph.D., nar. XX. XX. XXXX, bydliště XXXX, a to ve stejném rozsahu jako zakladatel.

Čl. II

Název a sídlo

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

Sídlo ústavu: Brno

Adresa sídla ústavu: Porhajmova 1009/7, 618 00.

Čl. III

Účel ústavu a předmět činnosti ústavu

Poskytování paliativní péče nemocným v preterminální a terminální fázi nevléčitelného onemocnění, poskytování odborného sociálního poradenství, zprostředkování psychologické a duchovní podpory.

Zdravotní služby

- Lůžková hospicová péče, služby psychologa, odborné sociální služby, respitní péče.

Ostatní služby

- Zajišťování osvěty a zvyšování informovanosti veřejnosti o dětské paliativní péči, vzdělávání, pořádání komunitních akcí.

Vedlejší činnost ústavu

- Pronájem a půjčování movitých věcí, ubytovací služby, poskytování služeb.

Čl. IV

Vklad a zdroje financování

Zakladatel vložil při založení ústavu peněžitý vklad 700 000 Kč (sedm set tisíc korun českých). Peněžitý vklad se stává majetkem ústavu ke dni jeho vzniku. Zakladatel je pověřen správou vkladu do vzniku ústavu.

Čl. V

Orgány ústavu

Orgány ústavu jsou ředitel a správní rada.

Čl. VI

Ředitel

Ředitel je statutárním orgánem ústavu. Ředitele jmenuje a odvolává správní rada. Svou funkci vykonává ve smluvním poměru k ústavu, o konkrétní formě smluvního poměru rozhoduje správní rada. Ředitel nemůže být členem správní rady. Ředitel jedná jménem ústavu. Funkční období je pětileté. Ředitel jako statutární orgán jedná samostatně jménem ústavu (Česko, 2012).

Čl. VII

Správní rada

Správní rada volí i odvolává ředitele, dohlíží na jeho působnosti a rozhoduje o právních jednáních vůči řediteli. Správní rada schvaluje rozpočet a výroční zprávu ústavu. Pokud je zřízena i dozorčí rada, členství v dozorčí a správní radě je neslučitelné. Funkční období člena správní rady je 4 roky, členem lze být opakovaně. Členové správní rady jsou jmenováni zakladatelem. Správní rada rozhoduje o výdělečné činnosti ústavu. Správní rada se schází pravidelně každé 4 měsíce. V případě řešení naléhavých otázek se může správní rada sejít na mimořádném setkání. Z každého zasedání je pořizen zápis, který je po jednom vyhotovení zaslán řediteli a zakladateli (Česko, 2012).

Čl. VIII

Statut ústavu

Správní rada vydá statut ústavu, a to do 6 měsíců ode dne vzniku ústavu a upraví v něm vnitřní organizaci ústavu a podrobnosti o jeho činnosti včetně podmínek poskytování

služeb. Statut ústavu je fakultativní dokument, úkolem je obsáhnout vnitřní uspořádání ústavu (Česko, 2012).

Čl. IX

Hospodaření ústavu

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

Čl. X

Účetnictví a výroční zpráva ústavu

Ústav je povinen ve svém účetnictví důsledně oddělit náklady a výnosy spojené s účelem předmětu činnosti, náklady a výnosy spojené s vedlejší činností ústavu a náklady a výnosy spojenými se správou ústavou. Ústav vyhotovuje a zveřejňuje výroční zprávu, účelem je informovat veřejnost o jeho činnosti a hospodaření. Správní rada schvaluje výroční zprávu, přičemž její vyhotovení a zveřejnění uložením do Sbírky listin musí být provedeno nejpozději do 6 měsíců od konce účetního období. Opravy, které vyšly najevo vyhotovením výroční zprávy, je ústav povinen opravit a zveřejnit bez zbytečného odkladu (Česko, 2012).

Čl. XI

Zrušení a likvidace ústavu

Ústav zaniká výmazem z veřejného rejstříku. Zániku ústavu předchází jeho zrušení s likvidací nebo bez ní. Likvidace není vyžadována, pokud se jedná o zrušení ústavu sloučením, splynutím či rozdělením. Ústav se zrušuje: dnem, na němž se usnesla právní rada prohlášením konkurzu.

Správní rada jmenuje bez zbytečného odkladu likvidátora, neplní-li povinnost, jmenuje likvidátora příslušný orgán. Dnem zápisu likvidace a likvidátora do příslušného rejstříku

veškeré pravomoci orgánů ústavu přechází na jmenovaného likvidátora. Likvidační zůstatek bude v celkové výši použit pro veřejně prospěšné účely (Česko, 2012).

Čl. XIII

Závěrečná ustanovení

Zakladatel je povinen jakékoli změny či doplňky zakladatelské listiny učinit písemně formou notářského zápisu. Zakladací listina nabude platnosti dnem podpisu notářského zápisu a účinnosti nabude dnem zápisu založeného ústavu do veřejného rejstříku u Krajského soudu v Brně. Veškeré právní vztahy se řídí obecně závaznými předpisy právního řádu ČR.

Sepsáním notářského zápisu zakladatelské listiny může být ústav založen. Zápisem do veřejného rejstříku vedeného Krajským úřadem v Brně dojde k samotnému vzniku ústavu. Listina musí být doplněna o následující přílohy:

- Souhlas Krajského úřadu v Brně o provozování hlavního předmětu činnosti.
- Živnostenské oprávnění pro vedlejší činnost ústavu na činnosti vymezené v zakladatelské listině.
- Zápis ze zasedání správní rady o volbě ředitele ústavu. Podpisy nemusí být úředně ověřeny.
- Čestné prohlášení o plné svéprávnosti osob statutárního orgánu a členů správní rady a souhlasy osob se zapsáním do veřejného rejstříku opatřené úředně ověřeným podpisem.
- Souhlas majitele nemovitosti s umístěním sídla ústavu s úředně ověřeným podpisem.
- Zakladatelem podepsané prohlášení o složení zapsané výše vkladu, doložené potvrzením banky.
- Vyplněný návrh na zápis do veřejného rejstříku s úředně ověřeným podpisem zakladatele. Zápis je osvobozen soudních poplatků (Česko, 2012).

Před zahájením provozu je nutné uzavřít nájemní smlouvu, vynaložit náklady na právní služby notáře a na nákup vybavení, jednat s bankami o uzavření úvěru, získat smluvní vztahy se zdravotními pojišťovnami aj.

6.2 Hygienické požadavky na provoz dětského hospice

Pro provozování zdravotnického zařízení je nezbytnou součástí splnění hygienických kritérií. Vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče stanovuje a upravuje daná kritéria. Je nezbytně nutné, aby personál zdravotnického zařízení dodržoval hygienická opatření stanovená vyhláškou a zabránil tak šíření infekčních nemocí či kontaminaci biologickým materiálem aj.

Odběr biologického materiálu

Odběry biologického materiálu lze provádět pouze v místnostech tomu určených, které splňují základní hygienické požadavky. K odběru se používají sterilní nástroje a pomůcky včetně jednorázových rukavic. Biologický materiál se ukládá do standardizovaných nádob a dekontaminovatelných přepravek. Biologický materiál se přepravuje tak, aby nedošlo k jeho znehodnocení. Zkumavky musí být správně označeny a ihned převezeny do laboratoře. Použité jehly musí být neprodleně po použití uloženy do žlutého plastového kontejneru určený k tomuto užití.

Bariérový režim

K pracovní činnosti používá zdravotnický personál osobní ochranné pomůcky (pracovní oděv a obuv), které mu byly přiděleny zaměstnavatelem. Zaměstnanci jsou povinni provádět hygienu před ošetrovatelskou péčí a léčebnými výkony. Součástí bariérového ošetrovatelského režimu je hygienická dezinfekce rukou, která je k běžnému ošetrovatelskému kontaktu vhodnější. Při kontaktu se stravou a při osobní hygieně se volí mechanické mytí rukou. Podrobnější přehled správného postupu při mytí a dezinfekci rukou je vyobrazen v Příloze 1, postupy budou vyvěšeny na viditelných místech ve zdravotnickém zařízení.

Dezinfekce a sterilizace

Opakovaně používané dezinfekční pomůcky se čistí, dezinfikují a sterilizují podle údajů od výrobce. Jednorázové pomůcky nesterilizujeme. Pomůcky a přístroje určené ke sterilizaci sterilizujeme v přístroji tomu určeném. Vysterilizované pomůcky

uchováváme v zataveném obalu opatřeným datem sterilizace a expirace. K poskytování péče v hospicovém zařízení se bude preferovat využívání jednorázových pomůcek.

V případě nutnosti sterilizace je snaha navázat smluvní spojení s některou z brněnských nemocnic. Pravidelná kontrola doby expirace je povinností vedoucího pracovníka.

Manipulace s prádlem

Praní je zabezpečeno v provozovnách určených k tomuto účelu. Čisté prádlo je chráněno před znečištěním, skladováno v čistých, lehce dezinfikovatelných skříních či skladech.

V provozu hospice je předpoklad spolupráce s některou z brněnských prádelenských společností.

Požadavky na úklid

Úklid všech prostor dětského hospice se provádí třikrát denně na vlhko. K úklidu se používají běžné čisticí a dezinfekční prostředky. Lůžkový hospic má vyčleněn vlastní úklidové pomůcky. Při kontaminaci prostor a ploch biologickým materiálem se provede okamžitá dekontaminace a dezinfekce. Lůžka jsou po každém propuštění pacienta očištěna a vydezinfikována dezinfekčním prostředkem. Jedenkrát ročně probíhá výmalba prostor.

Nakládání s odpady

Nakládání s odpady upravuje zvláštní právní předpis, zákon č. 541/2020 Sb., odpadech. Jde o takzvané nebezpečné a ostatní odpady. Lůžkový hospic je do doby odstranění zodpovědný za nakládání s odpady. Veškerý odpad ze zdravotnického pracoviště se odstraňuje denně. Nebezpečný odpad se ukládá do oddělených krytých nádob, nejlépe do spalitelných plastových vaků. Drobný odpad včetně ostrého materiálu se ukládá do pevnostěnných spalitelných odpadů bez nutnosti další manipulace. Biologický odpad se ukládá jako nebezpečný odpad stanoveným způsobem. Hospic nakládá s nebezpečným odpadem na základě souhlasu příslušného orgánu státní správy.

Stravování

Požadavky na provoz stravovacího zařízení vychází z vyhlášky 137/2004 Sb., o hygienických požadavcích na stravovací služby a o zásadách osobní a provozní hygieny při činnostech epidemiologicky závažných ve znění pozdějších předpisů. Provozovatel stravovací služby nese zodpovědnost za nezávadnou stravu. Pracovníci musí dodržovat správnou osobní hygienu, aby zamezili kontaminaci potravin. Plně soběstačným pacientům se strava může podávat ve společné jídelně, ležícím pacientům na pokojích. Strava je podávána zdravotnickým personálem, který je na danou činnost řádně proškolen. Kompletní stravování pacientů v dětském hospici by bylo zajištěno spoluprací s některou z brněnských nemocnic. Distribuce bude probíhat formou tabletů, kdy pokrmy jsou rozdělávány na talíře a jsou přikryté poklopem. Tablety by byly dováženy v termoboxech a strava se následně podávala až u pacienta. Pitný režim by byl zajištěn personálem v čajové kuchyňce.

Provozní řád blíže specifikuje veškeré informace o hygienických požadavcích na provoz dětského lůžkového hospice. Všichni zaměstnanci musí při uzavření pracovněprávního vztahu být s tímto dokumentem seznámeni a stvrdit nastudování podpisem.

6.2.1 Provozní řád

Dětský lůžkový hospic musí mít k získání registrace poskytovatele zdravotních služeb vytvořený provozní řád. Následně musí být provozní řád schválen příslušným orgánem ochrany veřejného zdraví, v našem případě Krajskou hygienickou stanicí Jihomoravského kraje se sídlem v Brně. Provozní řád je soubor pravidel a činností, které jsou pro provoz zdravotnického zařízení nezbytné. Provozní řád se řídí zákonem č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů v platném znění.

Řád charakterizuje zaměření zařízení, provozní dobu, pravidla bezpečnosti ochrany zdraví při práci (dále jen BOZP), likvidaci odpadu, stravování, vybavení, havarijní opatření aj. Poskytovatel služeb je povinen vytvořit provozní řád. Provozní řád může být zpracován zařízením nebo externí organizací. Vzory jsou dostupné na webových stránkách Krajské hygienické stanice. Vytvořený dokument se předkládá Krajské hygienické stanici Jihomoravského kraje, kde schválení podléhá oprávněnou osobou.

6.3 Materiálně-technické vybavení dětského hospice

Požadavky na technické a věcné vybavení stanovuje vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče ve znění pozdějších předpisů.

Dle vyhlášky musí zdravotnické zařízení:

- Tvořit uzavřený a funkčně provázaný celek;
- Mít zajištěnou dodávku pitné vody a dodávku teplé vody;
- Mít zajištěn odvod odpadních vod;
- Mít zajištěno připojení na veřejný rozvod elektrické energie;
- Musí být vybaveno připojením k telefonní síti;
- Musí být vybaveno počítačem s připojením k internetu (Česko, 2012).

Mezi základní provozní prostory lůžkové hospice jsou: pokoje pro pacienty, pracoviště sester, WC a sprcha pro pacienty, denní místnost pro pacienty. Mezi vedlejší provozní prostory lůžkového zařízení patří skladovací zařízení, sanitární zařízení pro zaměstnance, místnost pro odpočinek zaměstnanců, místnost pro zemřelé, prostor pro čištění pomůcek a pro vylévání biologického materiálu. Lůžkový hospic bude poskytovat péči dětem, velikost lůžek musí být tomu přizpůsobena. Mezi potřebné vybavení dětského hospice patří dětská vanička, váha, přebalovací pult.

Prostor pro čištění pomůcek musí být vybaven výlevkou a dřezem nebo myčkou. Čisté a špinavé prádlo se uskládá odděleně. Lůžkové oddělení musí být řešeno tak, aby byla možná manipulace s lehátkem nebo křeslem. Tento požadavek se nevztahuje na vedlejší prostory (Česko, 2012).

Požadavky pro základní prostory jsou přehledně sepsány v následující tabulce (Tab. 5)

Tabulka 7 - Požadavky na základní prostory lůžkového zařízení (Vyhláška č. 92/2012 Sb.; vlastní zpracování)

Místnost	Požadavky
Pokoje pro pacienty	<ul style="list-style-type: none"> ▪ minimální plocha 8 m²; ▪ u každého lůžka zdroj elektrické energie a lokální osvětlení; ▪ komunikační zařízení mezi pacientem a sestrou; ▪ přímé denní osvětlení; ▪ dostatečný prostor pro činnost personálu, pohyb pacienta a manipulaci s přístroji, materiálem a lůžky; ▪ umyvadlo, pokud nemá návaznost na koupelnu.
Pracoviště sester	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nábytek pro činnost sester; ▪ pracovní pult s oddělenými plochami na přípravu sterilního materiálu; ▪ komunikační zařízení mezi pacientem a sestrou; ▪ dřez pro mytí a čištění pomůcek; ▪ umyvadlo; ▪ plocha k manipulaci s biologickým materiálem.
WC pro pacienty	<ul style="list-style-type: none"> ▪ zřizuje se odděleně pro muže a ženy.
Koupelna pro pacienty	<ul style="list-style-type: none"> ▪ musí být vybavena zvedákem nebo sprchovacími pojízdnými lůžky
Vyšetřovna	<ul style="list-style-type: none"> ▪ minimální plocha 8 m²; ▪ nábytek pro práci zdravotnických pracovníků; ▪ vyšetřovací lůžko; ▪ umyvadlo.

Vyhláška dále stanovuje minimální požadavky na vybavení lůžkového oddělení následné péče, tedy i hospice:

- polohovací lůžka;
- antidekubitní podložky nebo matrace;
- židle s područkami;
- Odsávačka, pokud není centrální rozvod vakua;
- Pulzní oxymetr;
- Infuzní pumpa;
- Stříkačkový dávkovač;
- Zdroj medicínálního kyslíku;
- Zvedací zařízení pro imobilní pacienty;
- Resuscitační vozík.

Pro provoz lůžkového hospice je nutno zajistit dále defibrilátor, pomůcky pro resuscitaci, skříň na léčivé přípravky, chladničku pro uchování léčiv, trezor k uchování omamných látek, pojízdné lehátko. Zařízení musí být zřízeno tak, aby vyhovovalo dětem (Česko, 2012).

Pro účely zřízení dětského hospice chceme získat objekt, který by byl po rekonstrukci zkolaudován a byl vhodný k užívání jako lůžkové zdravotnické zařízení.

Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (APHPP) definuje svými standardy požadavky pro vybavení hospicové paliativní péče jak mobilního, tak lůžkového typu. Standardy APHPP (2016, s. 16) mohou být použity jako inspirace při pořizování vybavení. V následující tabulce (Tab. 6) je přehled vybavení pro lůžkový hospic. Přehled je stanoven pro 30 pacientů. Kapacita dětského lůžkového hospice Přání bude 10 pacientů, počet potřebných pomůcek bude v následujících kapitolách zohledněn.

Tabulka 8 - Přehled nezbytných pomůcek pro lůžkový hospic (APHPP, 2016, s. 16, vlastní zpracování)

Pomůcka	Množství
Elektrické polohovací lůžko	dle počtu pacientů + 2 náhradní
antidekubitní a polohovací pomůcky	nestanoveno
injekční dávkovače pro parenterální i enterální výživu	min. 2 ks
lineární dávkovač léků	min. 5
odsávačky	min. 2 ks
mobilní oxygenátor	min. 6 ks
glukometr	1 ks
přenosné EKG	1 ks
základní vybavení pro neodkladnou resuscitaci	nestanoveno
koupelna s vanou a se zvedacím zařízením	nestanoveno
WC židle pojízdné	min. 10 ks
mechanické pojízdné křeslo	min. 5 ks
pojízdný vozík do sprchy	min. 3 ks
signalizační zařízení	ke každému lůžku

6.4 Personální zajištění

Minimální požadavky na personální zabezpečení lůžkového hospice jsou stanoveny vyhláškou 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Požadavky jsou vyjádřeny formou počtu pracovních úvazků pro zařízení s kapacitou 30 lůžek.

Lékaři: celkem 1,7 úvazku

- vedoucí lékař se zvláštní odbornou způsobilostí v paliativní medicíně s minimálním úvazkem 0,2;
- lékař s odbornou způsobilostí 1,5;
- další lékaři pro zajištění nepřetržité dostupnosti lékaře 24 hodin denně 7 dní v týdnu;

- nepřetržitá dostupnost lékaře mimo stanovenou pracovní dobu je zajištěna minimálně formou pohotovosti na telefonu.

Všeobecné sestry

- celkem **11,0** úvazků

Sanitář nebo ošetřovatel

- **5** úvazků

Sociální pracovník

- **1,0** úvazků

Duchovní, kaplan

- **0,2** úvazku nebo jiná forma působení v minimálním rozsahu

Lůžkový hospic bude poskytovat paliativní péči dětem, podle vyhlášky musí být v takovém zařízení zajištěna nepřetržitá přítomnost dětské sestry na každém podlaží (Česko, 2012).

Součástí týmu hospicové péče mohou být i dobrovolníci. Pokud je zařízení zřízeno dle zákona, s dobrovolníky je uzavřena písemná smlouva o dobrovolnické činnosti, dohoda o mlčenlivosti a prohlášení o bezpečnosti práce. Dobrovolníci musí být bezúhonní.

Koordinátor dobrovolníků se stará o školení, hodnocení a koordinaci činnosti dobrovolníků (APHPP, 2016, s. 14).

Odbornou způsobilost lékařů, nelékařských profesí a požadavky pro výkon sociálního pracovníka upravují tyto legislativní dokumenty:

- zákon č. 95/2012 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta;
- Zákon č. 96/2012 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních;
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Pracovníci dětského lůžkového hospice budou podporováni v kontinuálním vzdělávání a budou jim k tomu vytvářeny podmínky.

6.5 Soupis smluv, směrnic a dokumentů potřebných k provozu

Pro založení dětského lůžkového hospice jsou potřebné tyto dokumenty:

- Zakládací listina ústavu;
- Rozhodnutí Krajského úřadu o oprávnění k provozování zdravotnických služeb;
- Rozhodnutí Krajského úřadu o oprávnění k poskytování sociálních služeb;
- Živnostenské oprávnění k provozování vedlejší činnosti;
- Výpis z rejstříku trestů pro kontrolní orgány ústavu;
- Čestné prohlášení o plné svéprávnosti zástupců a kontrolních orgánů ústavu a jejich souhlas se zapsáním do veřejného rejstříku;
- Zápis ze zasedání správní rady o volbě ředitele ústavu;
- Souhlas majitele nemovitosti s umístěním sídla ústavu;
- Prohlášení o složení zapisované výše vkladu na bankovní účet.

Další dokumenty, potřebné k provozu:

- Výpis z veřejného rejstříku;
- Smlouva o nájmu nebytových prostor pro provoz ústavu;
- Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotnických služeb;
- Smlouva o pojištění odpovědnosti poskytovatele zdravotních a sociálních služeb;
- Smlouva o pojištění majetku;
- Smlouva o zřízení a vedení bankovního účtu;
- Smlouva o dodávkách energií;
- Smlouva o poskytování služeb v oblasti stravování klientů;
- Smlouva o poskytování služeb v oblasti praní prádla;
- Smlouva o zajištění sběru a přepravy nebezpečného odpadu;
- Smlouva o nájmu věci movitých – vybavení zdravotnického zařízení;
- Smlouva o odvádění odpadních vod;
- Smlouva o poskytování služeb elektrických komunikací;

- Smlouva o poskytnutí softwarového vybavení;
- Smlouva s poskytovatelem telekomunikačních služeb;
- Požární řád;
- Provozní řád včetně rozhodnutí KHS o jeho schválení;
- Osvědčení o registraci správce daně u příslušného finančního úřadu;
- Směrnice o vedení zdravotnické dokumentace;
- Protokoly o revizích tlakových nádob;
- Směrnice o nakládání s léčivy a návykovými látkami;
- Přístrojová dokumentace (evidenční záznamy přístrojů, návod k použití v češtině, provozní deník, školení obsluhy, prohlášení o shodě, protokoly o pravidelné revizi, záruční listy, kopie faktur);
- Protokoly o zkouškách sterilní techniky;
- Pracovní smlouvy se zaměstnanci;
- Potvrzení o dosažené odborné kvalifikaci zdravotnických pracovníků;
- Lékařský posudek o zdravotnických pracovníků k výkonu povolání;
- Platové výměry;
- Pracovní náplň;
- Protokoly o školení zaměstnanců BOZP a PO včetně osvědčení o školení;
- Informovaný souhlas klientů s poskytováním zdravotních služeb;
- Smlouva o úrazovém pojištění zaměstnanců.

6.6 Navázání smluvního vztahu s pojišťovnami

Důležitou částí při zakládání hospice je uzavření smluvních vztahů se zdravotními pojišťovnami. Prvně musí organizace, v tomto případě hospic, získat rozhodnutí o registraci nestátního zdravotnického zařízení. Po úspěšné registraci může hospic poskytovat zdravotní péči jako právnická osoba. Podmínky o udělení vychází z několikrát zmiňovaného zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Oprávnění získává příslušný

krajský úřad. Pokud by hospic v budoucnu chtěl poskytovat služby mobilní specializované paliativní péče, musí projít výběrovým řízením pro odbornost 926. Výběrová komise je tvořena zástupcem příslušného kraje (v naší situaci Jihomoravského), zástupcem zdravotní pojišťovny či pojišťoven, zástupcem odborné společnosti ČSPM ČSL JEP a zástupcem ČLK. Pokud příslušný krajský úřad vydá kladné rozhodnutí o získání oprávnění poskytovat zdravotní péči a dále hospic splňuje minimální požadavky personálního zabezpečení (dle zákona č. 99/2012 Sb.) a minimálního materiálně-technického vybavení, může plánovaný hospic žádat zdravotní pojišťovny o uzavření smluvního vztahu o poskytování zdravotní péče na účet veřejného zdravotního pojištění. Uzavírání smluvního vztahu probíhá formou výběrového řízení určeného příslušnou zdravotní pojišťovnou. Výběrové řízení probíhá v souladu se zákone č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Ministerstvo zdravotnictví České republiky vyhláší výběrová řízení, která obsahují rozsah hrazených služeb, označení zdravotní pojišťovny, lhůtu pro podání nabídky (ne kratší 30 dní), místo určené pro podání přihlášky a lhůtu, od kdy může poskytovatel zahájit svoji činnost (Česko, 1997).

Pro každé výběrové řízení je zřízena komise. O jednání, průběhu a výsledku je vyhotoven zápis, který se předá vyhlášovateli. Vyhlášovatel je povinen zveřejnit výsledek výběrového řízení, ke kterému zdravotní pojišťovna přihlíží při uzavírání smluvního vztahu. Výsledek výběrového řízení však nezaručuje uzavření smlouvy (Česko, 1997).

Konkrétní postup, jak žádat zdravotní pojišťovnu o uzavření smluvního vztahu a jaké dokumenty jsou nutné doložit, mají zdravotní pojišťovny k dispozici na svých webových stránkách i fyzicky na pobočkách pojišťoven. Standardně je nutné přiložit výsledek výběrového řízení, výpis z obchodního rejstříku, doklady o kvalifikaci, doklad o pojištění odpovědnosti a jiné.

Zajištění smluvních vztahů s pojišťovnami je jedním z cílů plánovaného dětského hospice.

6.7 Marketingový plán

Marketingový plán je dle Foreta (2012, s. 31) základním nástrojem každodenního řízení a koordinování aktivit podniku. Marketingový plán slouží k implementaci marketingové strategie a je základním nástrojem marketingového řízení. V následující kapitole budou

definovány poslání, vize a cíle dětského hospice. Bude popsána cílová skupina a poté naváže další části marketingový mix 4P.

6.7.1 Poslání, vize a cíle dětského hospice

Součástí strategického řízení organizace je stanovení jejich mise, cílů a vize. Vize je obrazem budoucnosti podniku. Představuje, čeho chce podnik dosáhnout. Mise popisuje základní funkce organizace ve společnosti. Je důležité mít obě stanovené (Blažková, 2007, s. 25).

Poslání

Posláním hospice Přání je umožnit dětem s nevléčitelným onemocněním a jejich rodinám prožít poslední dny života v prostředí plném pochopení, pomoci a rodinné atmosféry.

Vize

Stát se vyhledávaným dětským hospicem nejen v Brně, ale v Jihomoravském kraji, zejména kvůli profesionální péči ke svým klientům.

Cíle

Být zařízením, které bude poskytovat kvalitní a vysoce specializovanou profesionální péči dětským pacientům a jejich rodinám nejenom v Brně, ale i v Jihomoravském kraji.

6.7.2 Cílová skupina

Cílovou skupinou dětského hospice Přání jsou děti s život ohrožujícím nebo život zkracujícím onemocněním, u kterých byly vyčerpány všechny možnosti léčby. Rodinám budou poskytovány odborné sociální poradenství i psychologická pomoc v době jejich truchlení, pokud o služby projeví zájem.

6.7.3 Marketingový mix 4P

Marketingový mix je standardně tvořen pomocí čtyř prvků – produkt (služba), cena, propagace a distribuce. Marketingový mix informuje veřejnost a zdravotnická zařízení v Jihomoravském kraji, zejména v Brně o možnostech využití služeb hospicové péče. Hlavním cílem bude navázání dlouhodobé spolupráce s praktickými lékaři pro děti a dorost a zdravotnickými zařízeními, které informace mohou dále předávat veřejnosti a na základě jejich doporučení získat potenciální klienty.

Produkt

Dětský hospic Přání poskytuje specializovanou profesionální péči formou lůžkové péče všem dětským pacientům s nevyléčitelným onemocněním, u kterých již byly vyčerpány všechny možnosti léčby a byla zahájena paliativní péče. Pacienti jsou přijímáni jak na doporučení svého ošetřujícího lékaře, tak na vlastní žádost. Přijetí do péče je jen s vědomým souhlasem pacienta a jeho rodiny. Péče je zaměřena zejména na paliativní péči, tedy na léčbu bolesti, zmírnění utrpení a tlumení příznaků doprovázejících dané onemocnění.

Péče je poskytována personálem proškoleným v paliativní péči. Klientům a jejich rodině je, pokud o to projeví zájem, nabídnuta i podpůrná psychologická péče, která jim pomáhá vyrovnat se již s tak náročným životním obdobím, jako jsou poslední dny života jejich blízkého člověka. Bude poskytována i služba sociální pracovnice.

Cena

Plánovaný dětský hospic Přání počítá s vícezdrojovým financováním služeb, který má pokrýt náklady spojené s jeho provozem. Zisk bude investován do zlepšení poskytování služeb a do dalšího rozvoje služeb. Zdravotní pojišťovna hradí zdravotnickou péči.

Po klientovi (v našem případě zákonných zástupcích) bude vyžadována finanční spoluúčast na ubytování a stravu dle platného ceníku. Hospic chce poskytovat služby půjčovny pomůcek. V následující tabulce 7 jsou uvedeny ceny nabízených služeb. Odborné sociální poradenství bude bezplatné.

Při zapůjčení pomůcek se uzavírá smlouva o nájmu a skládá se kauce, která bude při vrácení nepoškozené pomůcky bezprostředně vrácena.

Tabulka 9 - Ceník nabízených služeb (vlastní zpracování)

	Měsíční poplatek	Denní paušál	
Ubytování	7500 Kč	250 Kč	
Strava	4500 Kč	150 Kč	
Pomůcky	Měsíční poplatek	Vratná kauce	Požizovací cena
Elektrické polohovací lůžko	500 Kč	1000 Kč	25 000 Kč
Antidekubitní matrace	200 Kč	200 Kč	2 000 Kč
Polohovací polštáře	100 Kč		
Hrazda k lůžku	200 Kč	300 Kč	3 000 Kč
Infuzní stojan	100 Kč		2 500 Kč
Stolek k lůžku	200 Kč		1 500 Kč
Mechanický vozík	300 Kč	300 Kč	5 000 Kč
Toaletní židle	200 Kč	300 Kč	1 880 Kč
Sedačka do vany	100 Kč		1 700 Kč
Židle do sprchy	100 Kč	200 Kč	1 200 Kč
Podložní mísa	0 Kč		120 Kč
Močová lahev	0 Kč		80 Kč
Kyslíkový koncentrátor	500 Kč	1000 Kč	13 000 Kč
Přenosný kyslíkový koncentrátor	500 Kč	1500 Kč	83 000 Kč
Lineární dávkovač	200 Kč	200 Kč	18 000 Kč
Infuzní pumpa	200 Kč	200 Kč	20 000 Kč
Odsávačka hlenů	150 Kč	200 Kč	6 000 Kč
Inhalátor	100 Kč	200 Kč	4 000 Kč
Oxymetr	100 Kč	200 Kč	3 500 Kč
Enterální pumpa	200 Kč	1000 Kč	40 000 Kč

Distribuce

Nově zřízený dětský lůžkový hospic se bude nacházet v Brně, v Jihomoravském kraji. Sídlo hospice se nachází v dojezdové vzdálenosti do 10 minut od Dětské nemocnice a sídla NFDO Krtek, do budoucna je plánovaná dlouhodobá spolupráce se zmiňovanou nemocnicí a paliativním týmem. Objekt je v soukromém vlastnictví rodiny zakladatelky a v následujících měsících je plánovaná kompletní rekonstrukce, aby objekt splňoval požadavky na provoz lůžkového zařízení. Místo má dobrou dostupnost jak MHD, tak automobilem. V pěší vzdálenosti se nachází obchod s potravinami, drogerie, lékárna, pekárna, kavárna aj.

Provoz hospice bude nepřetržitý. Klientům bude péče poskytována nepřetržitě, 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Režim návštěv je přizpůsoben potřebám pacienta 24 hodin denně 365 dní v týdnu. Podmínky návštěv jdou dle aktuální epidemiologické situace. V tabulce (Tab. 8) je sestaven předpokládaný denní režim, pacient si určuje režim sám.

Tabulka 10 - Denní režim (vlastní zpracování)

7:00 - 9:00	Snídaně, aplikace ranních léků, podle potřeby krmení pacientů
9:00 - 11:30	Hygiena, lékařská vizita, převazy, fyzioterapie
12:00 - 13:00	Oběd, aplikace poledních léků
13:00 - 15:00	Polední klid
15:00 - 15:30	Svačina
15:30 - 17:00	Aktivity dle přání klientů
17:00 - 18:00	Večerní hygiena a převazy
18:00 - 20:00	Podávání léků, večere
20:00 - 7:00	Noční režim

Plánovaný příjem pacientů bude probíhat každý všední den do 16:00. Po předchozí domluvě ve výjimečných situacích bude možný i o víkendu a večerních hodinách. Sociální pracovník bude k dispozici 40 hodin týdně každý pracovní den. Pracovní doba bude individuálně sestavena tak, aby vyhovovala co nejlépe pacientům a jejich rodinám.

Propagace

Cílem propagace je navázat vztah s potenciální klientelou. Je vhodné začít co nejdříve s propagací dětského hospice, ideálně alespoň 3 měsíce před otevřením. Prvním úkonem

bude snaha informovat PLDD a zdravotnická zařízení o nově vznikající hospicovém zařízení. Cílem bude, aby potenciálním klientům předávali informace nebo nabídli možnost řešení jejich aktuální situace pomocí hospicové služby.

Následně bude navázána spolupráce s městem Brno a ostatními městy Jihomoravského kraje, která budou o hospici informována. Ta mohou informace předat pomocí obecních tabulí, webových stránek aj.

Hospic by se chtěl prezentovat pomocí dalších marketingových nástrojů komunikace:

- sociální sítě (Instagram, Facebook, Youtube);
- vlastní webové stránky;
- regionální tisk.

Přehledné webové stránky poskytnou rodině a klientům veškeré informace o nabízených službách týkající se paliativní péče. Kvalitně zpracované webové stránky jsou klíčem k úspěchu podnikání. Dětský hospic Přání chce výhradně navázat spolupráci s paliativním týmem Dětské nemocnice a jeho klinikami, po jejich svolení budou k propagaci nabízeny v příslušných ambulancích informační letáky, vizitky.

Aktuální informace o činnosti hospice budou zveřejňovány na sociálních sítích, na kterých hospic plánuje zřídit účty. Účty budou propojeny i se sítí Youtube, kde bude uveřejněno úvodní video seznamující veřejnost s novými službami.

Do budoucna je cílem propagace pořádat přednášky pro odbornou i laickou veřejnost.

6.8 Personální zajištění

Multidisciplinární tým zdravotnických pracovníků poskytuje vybaven svými vědomostmi a znalostmi poskytuje kvalitní paliativní péči.

V budoucím hospicovém zařízení se předpokládá 24hodinová dostupnost zdravotníků z multidisciplinárního týmu. Minimální požadavky personálního zabezpečení dle platné legislativy byly popsány v předchozích kapitolách, požadavky byly stanoveny na hospic o 30 lůžkách. Hospic Přání plánuje zpočátku s maximální kapacitou 10 lůžek, kapacita bude zohledněna v celkovém počtu lékařského a nelékařského personálu.

Lékař

- Lékař s odbornou způsobilostí 1,0;
- Vedoucí lékař s odbornou způsobilostí s minimálním úvazkem 0,2;
- Další lékaři pro zajištění nepřetržité dostupnosti lékaře;

Lékař je na pracovišti dostupný v pracovní době v osmihodinové pracovní době.

Nepřetržitá dostupnost mimo stanovenou pracovní dobu je zajištěna formou pohotovosti na telefonu. Doba dostupnosti fyzické přítomnosti lékaře na pracovišti je stanovena do 30 minut.

Nelékařský zdravotnický personál

- Dětská sestra s odbornou způsobilostí 2,0 úvazku;
- Všeobecná sestra s odbornou způsobilostí 2,0 úvazku;
- Pracovník v přímé obslužné péči 1,0 úvazku;
- Sociální pracovník 1,0 úvazku;
- Sanitář 1,0 úvazku;

Další doporučené profese patřící do multioborového týmu:

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

Lékařský i nelékařský zdravotnický personál musí splňovat odborné způsobilosti stanovené zákony, které byly v předchozích kapitolách několikrát zmíněny. Všeobecným sestram se doporučuje absolvovat akreditované kurzy zaměřené na paliativní péči. Pracovník v přímé obslužné péči musí splňovat podmínky dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění.

6.9 Finanční plán

Finanční plán je nezbytnou součástí každého podnikatelského plánu. Plán stanovuje potřebu finančních zdrojů k financování podniku. Finanční náklady můžeme pro přehled rozdělit na vstupní, fixní a variabilní náklady. Vstupními náklady se rozumí náklady, které je nutné vynaložit před samotným provozem. Fixní náklady jsou takovými provozními náklady, které nejsou závislé na objemu poskytnutých služeb a musí se vždy zaplatit. Naopak variabilní náklady jsou takové náklady, které jsou závislé na objemu poskytnutých služeb.

6.9.1 Vstupní náklady hospice

Zakladatel při zakládání ústavu vložil základní kapitál 700 000 Kč. Z celkových financí potřebných k pokrytí veškerých nákladů je tato částka pouhým zlomkem, bude nutné využít dlouhodobého podnikatelského úvěru ve výši **10 000 000 Kč**. Velikost úvěru byla stanovena na základě kalkulace nákladů v Tabulce 8 a Tabulce 9, ve které byly detailně rozepsány nutné náklady na vybavení hospice. Mezi další náklady patří náklady na právní poradenství, náklady na získání živnostenského oprávnění, náklady na registraci zdravotnického zařízení, náklady na propagaci, rekonstrukci, nákup atd. Celkové počáteční náklady na otevření hospice činí **9 530 474 Kč**. Největší část je tvořena náklady na rekonstrukci daného objektu, kde by měl být hospic otevřen. Uvedené částky položek byly stanoveny pomocí cen nalezených na internetu, odhadem a na základě konzultace se stavební firmou.

Tabulka 11 - Počáteční náklady podniku (vlastní zpracování)

Počáteční náklady podniku	
Právní poradenství	10 100 Kč
Notářský zápis + ověření podpisu	10 000 Kč
Výpis z rejstříku trestu	100 Kč
Náklady na získání živnostenského oprávnění	1 000 Kč
Žádost o vydání oprávnění k poskytování zdravotnických služeb	1 000 Kč
Propagace	15 000 Kč
Náklady na rekonstrukci	8 000 000 Kč
Stavební práce	7 000 000 Kč
Rekonstrukce koupelen	600 000 Kč
Výtahová plošina	400 000 Kč
Náklady na vybavení	1 250 950 Kč
Signalizační zařízení	70 000 Kč
Vytvoření webových stránek	30 000 Kč
Zdravotnický software (licence)	30 000 Kč
Počítačové vybavení (tiskárna, notebooky)	60 000 Kč
Elektrospotřebiče (pračka, sušička, ...)	40 000 Kč
Čistička vzduchu	8 000 Kč
Pracovní oděvy	11 424 Kč
Telefony	2 000 Kč
CELKEM	9 530 474 Kč

Tabulka 12 - Vstupní náklady na vybavení (vlastní zpracování)

Vybavení pokojů (10 ks)	448 000 Kč
Polohovací postele (10 ks)	250 000 Kč
Šatní skříně (10 ks)	30 000 Kč
Polohovací stolky k posteli (10 ks)	15 000 Kč
Stoly (10 ks)	20 000 Kč
Židle (30 ks)	45 000 Kč
Televize (10 ks)	40 000 Kč
Noční stolek (10 ks)	8 000 Kč
Osvětlení	40 000 Kč
Povlečení + ručníky	9 150 Kč
Lůžkoviny	15 000 Kč
Vybavení společných prostor	60 000 Kč
Vybavení sesterny + kanceláře	70 000 Kč
Vybavení kuchyně	100 000 Kč
Systém pro přivolání pomoci	70 000 Kč
Nezbytné pomůcky pro lůžkový hospic	464 800 Kč
Injekční dávkovače pro enterální a parenterální výživu (2 ks)	80 000 Kč
Lineární dávkovač léků (5 ks)	90 000 Kč
Odsávačky (2 ks)	13 000 Kč
Mobilní oxygenátor (6 ks)	150 000 Kč
Glukometr	3 500 Kč
Přenosné EKG	30 000 Kč
Pojízdné WC židle (10)	18 800 Kč
Mechanické pojízdné křeslo (5)	75 000 Kč
Pojízdný vozík do sprchy (3)	4500 Kč
Dávkovače mýdla, dezinfekce (20 ks)	14 000 Kč
CELKEM	1 250 950 Kč

Jak již bylo zmíněno, k pokrytí počátečních nákladů bude využit dlouhodobý podnikatelský úvěr ve výši 10 000 000 Kč. Ke krytí bude využit dlouhodobý hmotný majetek společnosti, tedy nemovitost se souhlasem majitelů a veškeré vybavení

společnosti. Při úrokové sazbě 4,89 %⁴ p. a. a době splatnosti 30 let bude měsíční splátka úvěru činit 53 011, 91 Kč.

6.9.2 Fixní provozní náklady

Fixní náklady jsou takové náklady, které se s objemem služeb nemění. Jsou vynaloženy i při nulovém objemu poskytnutých služeb. Řadí sem zálohy na energie, pojištění, prádelnu, telekomunikační služby a jiné. V tabulce (Tab. 13) jsou uvedeny fixní měsíční a roční náklady hospice. Jelikož nemovitost je v osobním vlastnictví rodiny zakladatelky, není nutné platit nájem za prostor.

Tabulka 13 - Fixní náklady hospice (vlastní zpracování)

	Náklady/měsíc/Kč	Náklady/rok/Kč
Zálohy za energie ⁵	25 000 Kč	300 000 Kč
Vodné a stočné ⁶	3 036 Kč	36 432 Kč
Pojištění	2 000 Kč	24 000 Kč
Prádelna	11 280 Kč	135 360 Kč
Telekomunikační služby, internet	3 500 Kč	42 000 Kč
Odvoz odpadů	10 000 Kč	120 000 Kč
Náklady na údržbu zdravotnického systému	700 Kč	8 400 Kč
Účetnictví + zpracování mezd	5 000 Kč	60 000 Kč
Koncesionářské poplatky TV (135 Kč/1 televize)	1 350 Kč	16 200 Kč
Revize přístrojů	500 Kč	6 000 Kč
Splátka úvěru	53 011, 91 Kč	636 142, 92 Kč
Mzdy zaměstnancům	355 100 Kč	4 261 020 Kč
Spotřební materiál	7 000 Kč	84 000 Kč
CELKEM	477 477,91 Kč	5 729 734,92 Kč

⁴ Tato úroková sazba je uvedena na stránkách České národní banky u nových úvěrů nefinančních podniků s objemem 7,5 – 30 milionů Kč.

⁵ Měsíční výdaje na osobu průměrně činí 2500 Kč. Přepočteno na plné obložení hospice (10 pacientů).

⁶ Předpokládá se cena 10,14 Kč na osobu za den. (www.svs.cz)

Bude sjednáno pojištění majetku a pojištění odpovědnosti zaměstnanců z výkonu povolání. Poplatky za poskytování televizního vysílání jsou stanoveny na 135 Kč/den na jeden televizní přijímač. Velkou složku nákladů tvoří mzdové náklady zaměstnanců, jejich výše je zobrazena v tabulce (Tab. 14), mzdy jsou zobrazeny v hrubé mzdě.

Tabulka 14 - Mzdové náklady zaměstnanců (vlastní zpracování)

Pozice	Úvazek	Hrubá mzda	NÁKLADY ⁷	Náklady celkem/měsíc	Celkem ročně
Ředitel	1,0	39 000 Kč	52 260 Kč	52 260 Kč	627 120 Kč
Lékař specialista	1,0	39 000 Kč	52 260 Kč	52 260 Kč	627 120 Kč
Lékař	0,2	8 000 Kč	10 720 Kč	10 720 Kč	128 640 Kč
Dětská sestra	2,0	25 000 Kč	33 500 Kč	67 000 Kč	804 000 Kč
Všeobecná sestra	2,0	22 000 Kč	29 480 Kč	58 960 Kč	707 520 Kč
Pracovník v přímé obslužné péči	1,0	17 000 Kč	22 780 Kč	22 780 Kč	273 360 Kč
Sanitář	1,0	18 000 Kč	22 780 Kč	22 780 Kč	289 440 Kč
Sociální pracovník	1,0	22 000 Kč	29 480 Kč	29 480 Kč	353 760 Kč
Uklízečka	1,0	13 000 Kč	17 420 Kč	17 420 Kč	209 040 Kč
Fyzioterapeut	0,3	6 000 Kč	8 040 Kč	8 040 Kč	96 480 Kč
Nutriční terapeut	0,2	4 000 Kč	5 360 Kč	5 360 Kč	64 320 Kč
Psycholog	0,2	6 000 Kč	8 040 Kč	8 040 Kč	96 480 Kč
Celkem	-			355 100 Kč	4 261 200 Kč

Náklady na mzdy a s tím související odvody na sociální a zdravotní pojištění budou tvořit největší část nákladů, které bude muset hospic každý měsíc platit. Hrubé mzdy byly stanoveny na základě uváděných průměrných mezd k těmto pozicím. Celkové měsíční mzdové náklady jsou 355 100 Kč.

⁷ Hrubá mzda + odvody, které odvádí zaměstnavatel za zaměstnance (sociální pojištění 24,8 % a zdravotní pojištění 9 %).

6.9.3 Variabilní provozní náklady

Variabilní provozní náklady jsou takové náklady, které se mění podle počtu pacientů v péči. Kalkulace byla stanovena na 500 Kč na den na 1 osobu. Do nákladů se započítává spotřeba materiálu, stravné a praní povlečení. Cena za spotřební materiál je odhadnut podle cen zdravotnického materiálu. Spotřebu materiálu nelze paušalizovat, každý klient je individuální a vyžaduje různou náročnost péče. V tabulce (Tab. 15) jsou stanoveny variabilní náklady při plné a 85% obsazenosti hospice.

Tabulka 15 - Variabilní provozní náklady (vlastní zpracování)

Položka	Náklady/1 klient/den	Náklady/měsíc	Náklady/měsíc/85 %
Praní	100 Kč	30 000 Kč	24 000 Kč
Stravné	200 Kč	60 000 Kč	51 000 Kč
Spotřební materiál	200 Kč	60 000 Kč	51 000 Kč
Celkem	500 Kč	150 000 Kč	126 000 Kč

6.9.4 Plán výnosů a příjmů hospice

Příjmy hospice budou vícezdrojové. Uzavření smluvních vztahů se zdravotními pojišťovnami o úhradě péče budou primárním cílem. Dalšími variantami financování jsou:

- příspěvky na péči;
- přímá úhrada klientem;
- sponzorské dary, nadace;
- půjčovna kompenzačních pomůcek.

Díky smlouvám se zdravotními pojišťovnami může hospic poskytovat kvalitní, dostupnou hospicovou péči „zdarma“, sociální složku si hradí klient, v našem případě zákonní zástupci dítěte z příspěvků na péči. Udílení příspěvku na péči se řídí zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Dále mohou rodiče zažádat o dlouhodobé ošetřovné. Sociální pracovnice bude v hospici k dispozici, aby rodinám pomohla s vyřízením potřebných formalit. Pokud má pacient vyřízený příspěvek na péči, celá jeho výše připadá hospici. Hodnota příspěvku je stanovena na základě stupně závislosti.

- I. Stupeň – lehká závislost: 3 300 Kč/měsíc;
- II. Stupeň – středně těžká závislost: 6 600 Kč/ měsíc;
- III. Stupeň – těžká závislost: 13 900 Kč/měsíc;
- IV. Stupeň – úplná závislost: 19 200 Kč/měsíc (Česko, 2006).

Klientům bude účtována částka za ubytování a stravu 400 Kč/den. Příbuzný, který se ubytuje u pacienta, uhradí 100 Kč/den.

Klienti lůžkového hospice jsou ve většině případů v kategorii III. a IV. stupně závislosti, závislých na pomoci druhé osoby. Pro vyčíslení příjmů se bude kalkulovat jak s plnou obsazeností lůžkového hospice, kdy budou převládat lidé s příspěvkem na péči ve IV. kategorii (8 pacientů IV. stupeň, 2 pacienti III. stupeň), tak s obsazeností hospice na 85 % (6 pacientů IV. stupeň, 2 pacienti III. stupeň).

Příjmy z příspěvků na péči při plné obsazenosti hospice budou měsíčně 181 400 Kč, při 85% obsazenosti budou příjmy 143 000 Kč. Počítá se s 30 kalendářními dny.

Platby od pojišťovny

V případě uzavření smluvního vztahu tvoří platby od pojišťoven největší položku příjmů hospice. Úhrady jsou dány úhradovou vyhláškou č. 396/2021 Sb., která stanovuje paušální sazbu za 1 den pobytu podle kategorie pacienta, typu ošetrovacího dne a hodnoty ošetrovacího dne. V zákoně není přímo stanovena úhrada za lůžkovou péči dětského lůžkového hospice. Předpokládá se, že úhrada proběhne obdobně podle § 22 zákona, a to úhradou zvláštní lůžkové péče hospicového typu. Výše paušální částky za den hospitalizace se stanoví ve výši:

$$PS_{OD,2022} = KN * PS_{OD,2021} + \text{Navýšení}_{OD2021}$$

Kde:

$PS_{OD,2021}$ znamená paušální sazbu za jeden den hospitalizace v roce 2021, včetně navýšení úhrad na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům v nepřetržitém pracovním režimu u poskytovatelů zdravotních služeb u lůžkové péče za ošetrovací den, a bez navýšení úhrady.

KN je koeficient navýšení a pro všechny kategorie je stanoven ve výši 1,09.

Navýšení pro hospicovou péči má kód 00030 a činí 233 Kč.

Pojišťovna stanoví paušální sazbu dle kategorií u poskytovatelů, kteří v daném roce neměli uzavřenou smlouvu s pojišťovnou následovně:

Tabulka 16 - Ošetřovací den/kategorie (zdroj: vyhláška 201/2018, vlastní zpracování)

OD	Kategorie 1	Kategorie 2	Kategorie 3	Kategorie 4	Kategorie 5
00030	1405,22	1487,25	1569,18	1651,10	1733,01

Nejčastějšími pacienty dle hospice budou pacienti ze 3. a 4. kategorie.

Kategorie 3 – pacient vyžadující zvýšený dohled, lucidní, vyžadující téměř úplnou obsluhu.

Kategorie 4 – pacient imobilní nesoběstačný, lucidní pacient zcela imobilní, vyžadující ošetřovatelskou pomoc při všech i nejběžnějších úkonech (VZP, ©2022).

Pacienty dětského lůžkového hospice budou nejčastěji děti věku do 18 let. U nezletilých pacientů se předpokládá hospitalizace zákonného zástupce. U dětí nad 6 let věku musí být hospitalizace rodiče schválena revizním lékařem. U dětí v paliativní péči je hospitalizace rodiče vždy schválena. Ošetřovací den hospitalizovaného doprovodu je zařazena pod kódem 00031 (u dětí do 6 let věku) a 00032 (u dětí nad 6 let věku). Platba od pojišťovny pro dané kódy jsou 484 Kč/den. Při výpočtech příjmů od pojišťoven budeme předpokládat, že každý pacient bude hospitalizován i se svým 1 zákonným zástupcem.

Paušální sazba za 1 ošetřovací den pro pacienta ve 4. kategorii je 2 032,699 Kč, ve 3. kategorii sazba činí 1943,319 Kč.

Předpokládané příjmy od pojišťoven jsou přehledně zobrazeny v následující tabulce (Tab. 17). Při plné obsazenosti hospice jsou měsíční příjmy od pojišťoven celkem 749 646,9 Kč, při 85% obsazenosti 597 684,96 Kč.

Tabulka 17 - Předpokládané příjmy od pojišťoven (vlastní zpracování)

	Příjmy/měsíc	Příjmy/rok
Plná obsazenost	604 446,9 Kč	7 254 362,8 Kč
+ 1 zákonný zástupce	145 200 Kč	1 742 400 Kč
Příjmy celkem	749 646,9 Kč	8 996 762,8 Kč
85% obsazenost	482 484,96 Kč	5 789 819,52 Kč
+ 1 zákonný zástupce	115 200 Kč	1 382 400 Kč
Příjmy celkem	597 684,96 Kč	7 172 219,52 Kč

Zdrojem dalšího příjmu bude půjčovné za pronájem kompenzačních pomůcek. Dalšími příjmy hospice bude financování z nadačních fondů, od sponzorů, formou dotací. Výše je individuální. K zahájení činnosti dětského hospice jsou přislíbené dary ve výši 500 000 Kč od několika sponzorů, kteří chtějí zůstat v anonymitě.

Odhadované příjmy hospice

Pro výpočet odhadovaných příjmů v tabulce (Tab. 18) se počítá s plnou i částečnou (85 %) obsazeností. Do příjmu jsou započítávány příjmy od klientů, platby od pojišťoven a příspěvky na péči. Jak bylo již výše stanoveno, nejčastější kategorií jsou pacienti 3. a 4. kategorie a 3. a 4. stupně. Plná obsazenost klientů je v poměru 8 pacientů 4. kategorie a stupně a 2 pacienti 3. kategorie a stupně. Při částečné obsazenosti se počítá s 6 pacienty 4. kategorie a 2 pacienty 3. kategorie.

Jelikož nelze s přesností určit poptávku po půjčovně kompenzačních pomůcek, nebudou příjmy z této služby započítávány do odhadovaných příjmů hospice. Do budoucna mohou tyto příjmy sloužit jako rezerva pro nečekané výdaje.

Tabulka 18 - Odhadované příjmy hospice (vlastní zpracování)

Zdroj příjmů	Příjem/měsíc	Příjem/rok	Příjem/měsíc	Příjem/rok
	Plná obsazenost		Obsazenost 85 %	
Platby od pojišťovny	749 646,9 Kč	8 996 762,8 Kč	597 684,96 Kč	7 172 219,52 Kč
Platby klientů	120 000 Kč	1 440 000 Kč	96 000 Kč	1 152 000 Kč
Ubytování rodiče	30 000 Kč	360 000 Kč	24 000 Kč	288 000 Kč
Příspěvky na péči	181 400 Kč	2 176 800 Kč	143 000 Kč	1 716 000 Kč
Celkem	1 081 046,9 Kč	12 972 562,8 Kč	860 684,96 Kč	10 328 219,5 Kč

Dalšími příjmy jsou vstupní kapitál (700 000 Kč), podnikatelský úvěr (10 000 000 Kč) a sponzorský dar (500 000 Kč), které budou použity k počátečním investicím a ke krytí měsíčních nákladů.

6.9.5 Plán příjmů a výdajů hospice

Výpočtem rozdílu mezi náklady a příjmy hospice se zjistí výsledek hospodaření. Výsledek hospodaření nám ukáže, zda bude generován zisk nebo naopak ztráta za určité období. Zisk a ztráta jsou součástí nákladové rentability. V následujících dvou tabulkách (Tab. 19 a 20) je vypočten hospodářský výsledek hospice při plné obsazenosti, v druhé variantě při obsazenosti 85 % kapacity hospice.

Tabulka 19 - Výsledek hospodaření v prvním roce provozu při plném obsazení (vlastní zpracování)

	Měsíc	Rok
Příjmy	12 281 046,9 Kč	24 172 562,8 Kč
Vstupní náklady	9 530 474,91 Kč	9 530 474 Kč
Fixní náklady	477 477,91 Kč	5 729 734,92 Kč
Variabilní náklady	150 000 Kč	1 800 000 Kč
Náklady celkem	10 157 951,91 Kč	17 060 208,92 Kč
Hospodářský výsledek	2 123 094,99 Kč	7 112 353,88 Kč

Tabulka 20 - Výsledek hospodaření v prvním roce provozu při obsazenosti 85 % kapacity (vlastní zpracování)

	Měsíc	Rok
Příjmy	12 060 685 Kč	21 528 219,5 Kč
Vstupní náklady	9 530 474 Kč	9 530 474 Kč
Fixní náklady	477 477,91 Kč	5 729 734,92 Kč
Variabilní náklady	126 000 Kč	1 512 000 Kč
Náklady celkem	10 133 951,91 Kč	16 772 208,92 Kč
Hospodářský výsledek	1 926 733,09 Kč	4 756 010,58 Kč

Platby od pojišťoven obdrží hospic až po určité době, každý klient nebude mít již přiznaný příspěvek na péči. Obě možnosti je třeba brát v potaz. Výše zmíněné finanční prostředky nebudou zpočátku tvořit dostatečné příjmy k pokrytí provozu. Pro tento případ se použijí ke krytí provozních nákladů podnikatelský úvěr, vstupní kapitál a sponzorský dar. Následující tabulka (Tab. 21) uvádí, jaký by byl hospodářský výsledek v měsíci, kdy by hospic neobdržel platby od pojišťoven a uznaný příspěvek na péči by měla pouze polovina klientů.

Tabulka 21 - Výsledek hospodaření bez plateb od pojišťoven a polovičním příspěvkem na péči (vlastní zpracování)

	Měsíc	Rok
Příjmy	11 440 700 Kč	14 088 400 Kč
Vstupní náklady	9 530 474 Kč	9 530 474 Kč
Fixní náklady	477 477,91 Kč	5 729 734,92 Kč
Variabilní náklady	150 000 Kč	1 800 000 Kč
Náklady celkem	10 157 951,91 Kč	17 060 208,92 Kč
Hospodářský výsledek	1 282 748,09 Kč	- 2 971 808,92 Kč

Pokud by se nepodařilo uzavřít s pojišťovny uzavřít smluvní vztah, projekt dětského lůžkového hospice lze považovat reálně do budoucna za finančně neudržitelný.

6.9.6 Analýza bodu zvratu

Analýza bodu zvratu byla využita pro stanovení optimálního počtu klientů, od kterého bude podnik vykazovat zisky. V analýze jsou porovnávány celkové tržby a náklady pro různé počty klientů. Je zde počítáno s průměrnými příjmy od klienta 108 104,69 Kč (platby od pojišťoven, příspěvek na péči, ubytování, strava, ubytování doprovodu), s fixními náklady 477 477,91 Kč a variabilními náklady 15 000 Kč/ 1 klient.

Tabulka 22 - Analýza bodu zvratu (vlastní zpracování)

Bod zvratu				
Počet klientů	Tržby/měsíc	Variabilní n.	Fixní n.	Celkové náklady/měsíc
1	108 104,69	15 000 Kč	477 477,91 Kč	492 477,91 Kč
2	216 209,38 Kč	30 000 Kč	477 477,91 Kč	507 477,91 Kč
3	324 314,07 Kč	45 000 Kč	477 477,91 Kč	522 477,91 Kč
4	432 418,76 Kč	60 000 Kč	477 477,91 Kč	537 477,91 Kč
5	540 523,45 Kč	75 000 Kč	477 477,91 Kč	552 477,91 Kč
6	648 628,14 Kč	90 000 Kč	477 477,91 Kč	567 477,91 Kč
7	756 732,83 Kč	105 000 Kč	477 477,91 Kč	582 477,91 Kč
8	864 837,52 Kč	120 000 Kč	477 477,91 Kč	597 477,91 Kč
9	972 942,21 Kč	135 000 Kč	477 477,91 Kč	612 477,91 Kč
10	1 081 046,9 Kč	150 000 Kč	477 477,91 Kč	627 477,91 Kč

Dětský lůžkový hospic bude dosahovat zisků, pokud bude mít 6 a více klientů. Pomocí vzorce pro výpočet bodu zvratu lze potvrdit zjištěný výsledek z tabulky.

$$Q_{\text{BEP}} = \frac{FN}{(P-VN)} = \frac{477\,477,91}{(108\,104,69 - 15\,000)} = 5,1$$

Q_{BEP} ...bod zvratu

FN...fixní náklady

VN... variabilní náklady

P...tržba

Za situace, kdy by hospic neměl prozatím proplacené příjmy od pojišťoven, je bod zvratu následující:

$$Q_{\text{BEP}} = \frac{477\,477,91}{(33\,140 - 15\,000)} = \mathbf{26,32}$$

Vzhledem k maximální obsazenosti 10 pacientů je daný výsledek finančně a provozuschopnosti neúnosný. Uzavření smluvních vztahů s pojišťovnami je i z tohoto důvodu stěžejní pro hladké fungování a zahájení provozu dětského hospice.

6.10 Hospodářský výsledek hospice

Výpočet hospodářského výsledku je proveden pro první 3 roky působení podniku ve třech variantách, ve variantě optimistické, realistické a pesimistické. Varianty se liší počtem klientů, jejichž počet se odráží v tržbách. Je počítáno se stejnou výší osobních nákladů ve všech variantách. V tabulce (Tab. 23) jsou rozepsány počty klientů podle variant během 3 let. V realistické a pesimistické variantě se počítá, že hospic nebude plně obsazen.

Tabulka 23 - Počty klientů podle variant během prvních 3 let (vlastní zpracování)

	2023		2024		2025	
	IV. kat.	III. kat.	IV. kat.	III. kat.	IV.	III.
Optimistická	9		10		10	
	7	2	8	2	8	2
Realistická	7		8		9	
	5	2	6	2	7	2
Pesimistická	5		6		7	
	2	3	3	3	4	3

Dle zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů byla každému druhu dlouhodobého majetku přidělena odpisová skupina, podle které je určena roční procentní sazba odpisů. Odpisy majetku představují opotřebení majetku za určité období v penězích. Do dlouhodobého hmotného majetku hospice je zařazena výtahová plošina (400 000 Kč), signalizační zařízení (70 000 Kč), spotřební elektronika (48 000 Kč), počítačové vybavení (60 000 Kč) a veškeré vybavení hospice (1 250 950 Kč) jako soubor movitých věcí. Pro výpočet odpisu bylo použito rovnoměrného odpisování dle zákona o daních z příjmů.

6.10.1 Odpisy dlouhodobého majetku

V následující podkapitole jsou vypočítány veškeré odpisy majetku hospice. Odpisy jsou odečítány ve výkazech zisku a ztrát jako náklady. Odpisová skupina se u souboru movitých věcí určuje podle hlavního funkčního předmětu, v tomto případě nábytek.

Tabulka 24 - Odpisové skupiny a rovnoměrné odpisování (Zákon č. 586/1992 Sb., vlastní zpracování)

Odpisová skupina	v 1. roce odpisování	v dalších letech odpisování	Doba odpisování
1.	20	40	3 roky
2.	11	22,25	5 let
3.	5,5	10,5	10 let
4.	2,15	5,15	20 let
5.	1,4	3,4	30 let
6.	1,02	2,02	50 let

Tabulka 25 - Odpis výtahové plošiny (vlastní zpracování)

Odpis výtahové plošiny – 3. odpisová skupina			
Rok odpisu	Odpis	Oprávky	Zůstatková cena
1	22 000	22 000	378 000
2	42 000	64 000	336 000
3	42 000	106 000	294 000
4	42 000	148 000	252 000
5	42 000	190 000	210 000
6	42 000	232 000	168 000
7	42 000	274 000	126 000
8	42 000	316 000	84 000
9	42 000	358 000	42 000
10	42 000	400 000	0

Tabulka 26 - Odpis souboru movitých věcí (vlastní zpracování)

Odpis souboru movitých věcí – 2. odpisová skupina			
Rok odpisu	Odpis	Oprávky	Zůstatková cena
1	137 605	137 605	1 113 345
2	278 337	415 942	835 008
3	278 337	694 279	556 671
4	278 337	972 616	278 334
5	278 337	1 250 950	0

Tabulka 27 - Odpis počítačového vybavení (vlastní zpracování)

Odpis počítačového vybavení – 1. odpisová skupina			
Rok odpisu	Odpis	Oprávky	Zůstatková cena
1	12 000	12 000	48 000
2	24 000	36 000	24 000
3	24 000	60 000	0

Tabulka 28 - Odpis signalizačního zařízení (vlastní zpracování)

Odpis signalizačního zařízení – 2. odpisová skupina			
Rok odpisu	Odpis	Oprávky	Zůstatková cena
1	7 700	7 700	62 300
2	15 575	23 275	46 725
3	15 575	38 850	31 150
4	15 575	54 425	15 575
5	15 575	70 000	0

Tabulka 29 - Odpis spotřební elektroniky (vlastní zpracování)

Odpis spotřební elektroniky – 2. odpisová skupina			
Rok odpisu	Odpis	Oprávky	Zůstatková cena
1	5 280	5 280	42 720
2	10 680	15 960	32 040
3	10 680	26 640	21 360
4	10 680	37 320	10 680
5	10 680	48 000	0

6.10.2 Výsledek hospodaření v prvním roce

V tabulce (Tab. 30) je vypočten výsledek hospodaření v prvním roce provozu.

Tabulka 30 - Výsledek hospodaření v prvním roce provozu (vlastní zpracování)

2023	Optimistická varianta	Realistická varianta	Pesimistická varianta
Tržby za prodej služeb ⁸	11 656 151,2 Kč	9 023 327,88 Kč	6 390 504,6 Kč
Výkonová spotřeba ⁹	2 452 392 Kč	2 092 392 Kč	1 732 392 Kč
Přidaná hodnota¹⁰	9 203 759,2 Kč	6 930 935,88 Kč	4 658 112,6 Kč
Osobní náklady ¹¹	4 261 200 Kč	4 261 200 Kč	4 261 200 Kč
Odpisy ¹²	184 585 Kč	184 585 Kč	184 585 Kč
Provozní výsledek hospodaření¹³	4 757 974, 2 Kč	2 485 150,88 Kč	212 327, 6 Kč
Výnosové úroky	0 Kč	0 Kč	0 Kč
Nákladové úroky ¹⁴	485 657 Kč	485 657 Kč	485 657 Kč
Finanční výsledek hospodaření¹⁵	- 485 657 Kč	- 485 657 Kč	- 485 657 Kč
Výsledek hospodaření před zdaněním¹⁶	4 272 317,2 Kč	1 999 493,88 Kč	- 273 329,4 Kč
Daň z příjmu za běžnou činnost ¹⁷ (19 %)	811 740,268 Kč	379 903, 84 Kč	0 Kč
Výsledek hospodaření za účetní období¹⁸	3 460 576,932 Kč	1 619 590,04 Kč	- 273 329,4 Kč

⁸ Tržby za měsíc *12

⁹ (fixní náklady – mzdové náklady – splátka úvěru + variabilní náklady) *12

¹⁰ Tržby za prodej služeb – výkonová spotřeba

¹¹ Mzdové náklady *12

¹² Součet ročních odpisů u odpisovaného hmotného majetku

¹³ Přidaná hodnota – osobní náklady – odpisy

¹⁴ Roční úroky z úvěru

¹⁵ Výnosové úroky – nákladové úroky

¹⁶ Provozní VH – Finanční VH

¹⁷ VH před zdaněním * 0,19 (daň je nulová, pokud je podnik ve ztrátě)

¹⁸ VH před zdaněním – daň z příjmů

6.10.3 Výsledek hospodaření v druhém roce

Následující tabulka (Tab. 31) uvádí výsledek hospodaření v druhém roce provozu.

Tabulka 31 - Výsledek hospodaření v druhém roce (vlastní zpracování)

2024	Optimistická varianta	Realistická varianta	Pesimistická varianta
Tržby za prodej služeb	12 972 562,8 Kč	10 328 219,5 Kč	7 611 139,44 Kč
Výkonová spotřeba	2 632 392 Kč	2 272 392 Kč	1 912 392 Kč
Přidaná hodnota	10 340 170,8 Kč	8 055 827,5 Kč	5 698 747,44 Kč
Osobní náklady	4 261 200 Kč	4 261 200 Kč	4 261 200 Kč
Odpisy	370 592 Kč	370 592 Kč	370 592 Kč
Provozní výsledek hospodaření	5 708 378,8 Kč	3 424 035,5 Kč	1 066 955,44 Kč
Výnosové úroky	0 Kč	0 Kč	0 Kč
Nákladové úroky	478 130,99 Kč	478 130,99 Kč	478 130,99 Kč
Finanční výsledek hospodaření	- 478 130,99 Kč	- 478 130,99 Kč	- 478 130,99 Kč
Výsledek hospodaření před zdaněním	5 230 247,81 Kč	2 945 904,51 Kč	588 824,45 Kč
Daň z příjmu za běžnou činnost (19 %)	993 747,0839 Kč	559 721,96 Kč	111 876,75 Kč
Výsledek hospodaření za účetní období	4 236 500,726 Kč	2 386 182,653 Kč	476 947,8 Kč

6.10.4 Výsledek hospodaření v třetím roce

Výsledek hospodaření v třetím roce je zaznamenán v tabulce (Tab. 32).

Tabulka 32 - Výsledek hospodaření v třetím roce (vlastní zpracování)

2025	Optimistická varianta	Realistická varianta	Pesimistická varianta
Tržby za prodej služeb	12 972 562,8 Kč	11 656 151,2 Kč	8 927 551,08 Kč
Výkonová spotřeba	2 632 392 Kč	2 452 392 Kč	2 092 392 Kč
Přidaná hodnota	10 340 170,8 Kč	9 203 759,2 Kč	6 835 159,08 Kč
Osobní náklady	4 261 200 Kč	4 261 200 Kč	4 261 200 Kč
Odpisy	370 592 Kč	370 592 Kč	370 592 Kč
Provozní výsledek hospodaření	5 708 378,8 Kč	4 571 967,2 Kč	2 203 367,08 Kč
Výnosové úroky	0 Kč	0 Kč	0 Kč
Nákladové úroky	470 228,67 Kč	470 228,67 Kč	470 228,67 Kč
Finanční výsledek hospodaření	- 470 228,67 Kč	- 470 228,67 Kč	- 470 228,67 Kč
Výsledek hospodaření před zdaněním	5 238 150,13 Kč	4 101 738,53 Kč	1 733 138,41 Kč
Daň z příjmu za běžnou činnost (19 %)	995 248,52 Kč	779 330,32 Kč	329 296,2979 Kč
Výsledek hospodaření za účetní období	4 242 901,6 Kč	3 322 408,209 Kč	1 403 842,112 Kč

Hospic v prvních 3 letech vykazoval zisky kromě pesimistické varianty v prvním roce, ve kterém by bylo hospitalizováno pouze 5 pacientů. Aby hospic generoval zisk, musí být hospitalizováno minimálně 6 pacientů. Tento výsledek byl ověřen i výpočtem bodu zvratu.

Ve všech variantách převažovali pacienti ze 4. kategorie. Dále se předpokládalo, že všichni pacienti budou mít již vyřízený příspěvek na péči a také se předpokládalo, že každý pacient bude hospitalizován spolu s rodičem. Ve všech variantách se počítalo s platbami od pojišťoven.

V následující tabulce (Tab. 33) bude vypočten výsledek hospodaření ve 4 velmi pesimistických variantách:

- **Varianta 1** – hospic nemá smluvní vztah s pojišťovny, pouze polovina z 6 klientů má vyřízený příspěvek na péči (3 pacienti ze 3. kategorie, 3 pacienti ze 4. kategorie), poloviční počet hospitalizovaných zákonných zástupců;
- **Varianta 2** – hospic dostane platby od pojišťoven za 6 měsíců, pouze třetina z 6 pacientů (1 pacient 3. kategorie a 1 pacient 4. kategorie) má vyřízený příspěvek na péči, není ubytován žádný rodič.
- **Varianta 3** – hospic obdrží platby od pojišťoven, žádný z klientů nemá zatím vyřízený příspěvek na péči, není ubytovaný žádný rodič.
- **Varianta 4** – hospic neobdrží platby od pojišťoven, všichni mají příspěvek na péči, jsou ubytováni všichni rodiče.

Odpisy majetku a nákladové úroky jsou shodné s náklady a odpisy za první rok.

Tabulka 33 - Výsledek hospodaření v pesimistických variantách (vlastní zpracování)

2023	Varianta 1	Varianta 2	Varianta 3	Varianta 4
Tržby za prodej služeb	1 996 800 Kč	3 408 249, 72 Kč	5 158 099,44 Kč	2 271 600 Kč
Výkonová spotřeba	1 912 392 Kč	1 912 392 Kč	1 912 392 Kč	1 912 392 Kč
Přidaná hodnota	84 408 Kč	1 495 857,72 Kč	3 245 707,44	359 208 Kč
Osobní náklady	4 261 200 Kč	4 261 200 Kč	4 261 200 Kč	4 261 200 Kč
Odpisy	184 585 Kč	184 585 Kč	184 585 Kč	184 585 Kč
Provozní výsledek hospodaření	- 4 361 377 Kč	- 2 949 927,28 Kč	- 1 200 077,56 Kč	- 4 086 577Kč
Výnosové úroky	0 Kč	0 Kč	0 Kč	0 Kč
Nákladové úroky	485 657 Kč	485 657 Kč	485 657 Kč	485 657 Kč
Finanční výsledek hospodaření	- 485 657 Kč	- 485 657 Kč	- 485 657 Kč	- 485 657 Kč
Výsledek hospodaření před zdaněním	- 4 847 034 Kč	- 3 435 584,28 Kč	- 1 685 734,56 Kč	- 4 572 234 Kč
Daň z příjmu za běžnou činnost (19 %)	0 Kč	0 Kč	0 Kč	0 Kč
Výsledek hospodaření za účetní období	- 4 847 034 Kč	- 3 435 584,28 Kč	- 1 685 734,56 Kč	- 4 572 234 Kč

Platby od pojišťoven tvoří stěžejní část příjmů lůžkového hospice. Pokud by hospic neměl smluvní vztah s pojišťovny po celý rok, vykazoval by ztráty v několika milionech korun. Pokrytí ztrát by se muselo prvně řešit dotacemi a sponzorskými dary. Pokud by hospic dlouhodobě nebyl plně obsazen, muselo by se najít několik řešení, jak zredukovat ztráty, například snížení personálu na směnách, navýšení platby od pacientů za ubytování a stravné. Ve variantách se prozatím nepočítá se ziskem z půjčovny kompenzačních pomůcek. Tento zisk by mohl pokrýt měsíce, kdy by hospic byl ve ztrátách. Dlouhodobě by tato situace byla neúnosná. Aby dětský lůžkový hospic mohl poskytovat kvalitní a

dostupnou péči, uzavření smluvních vztahů s pojišťovnami je nejvýznamnějším a nejdůležitějším aspektem pro jeho provoz.

6.11 Cash flow

Na základě vypočítaných výsledků hospodaření byly sestaveny zjednodušené plány peněžních toků pro první 3 roky fungování dětského hospice. Předpokládá se, že náklady a výnosy odpovídají ve stejném období výdajům a příjmům.

Tabulka 34 - Plán peněžních toků pro rok 2023 (vlastní zpracování)

2023	Optimistická varianta	Realistická varianta	Pesimistická varianta
Výsledek hospodaření po zdanění	3 460 576,932 Kč	1 619 590,04 Kč	- 273 329,4 Kč
Odpisy (+)	184 585 Kč	184 585 Kč	184 585 Kč
Splátka úvěru (pouze úmor) (-)	150 485,92 Kč	150 485,92 Kč	150 485,92 Kč
Čistý peněžní tok	3 494 676, 012 Kč	1 653 689,12 Kč	- 239 230,32 Kč

Tabulka 35 - Plán peněžních toků pro rok 2024 (vlastní zpracování)

2024	Optimistická varianta	Realistická varianta	Pesimistická varianta
Výsledek hospodaření po zdanění	4 236 500,726 Kč	2 386 182,653 Kč	476 947,8 Kč
Odpisy (+)	370 592 Kč	370 592 Kč	370 592 Kč
Splátka úvěru (pouze úmor) (-)	158 010,98 Kč	158 010,98 Kč	158 010,98 Kč
Čistý peněžní tok	4 449 081,746 Kč	2 598 763,673 Kč	689 528,82 Kč

Tabulka 36 - Plán peněžních toků pro rok 2025 (vlastní zpracování)

2025	Optimistická varianta	Realistická varianta	Pesimistická varianta
Výsledek hospodaření po zdanění	4 242 901,6 Kč	3 322 408,209 Kč	1 403 842,112 Kč
Odpisy (+)	370 592 Kč	370 592 Kč	370 592 Kč
Splátka úvěru (pouze úmor) (-)	165 914,23 Kč	165 914,23 Kč	165 914,23 Kč
Čistý peněžní tok	4 447 579,37 Kč	3 527 085,979 Kč	1 608 519,882 Kč

6.12 Hodnocení rizik projektu

Na základě vypracovaného podnikatelského a finančního plánu na zahájení provozu dětského lůžkového hospice byla identifikována rizika, která jsou vypsána a ohodnocena podle závažnosti dopadu a pravděpodobnosti jejich vzniku v tabulce (Tab. 37). Ukazatelem míry rizika byla zvolena procenta. Čím více procent riziko má, tím je jeho případný dopad na fungování hospice negativnější.

Tabulka 37 - Hodnocení rizik (vlastní zpracování)

Rizikový faktor	Pravděpodobnost	Míra rizika	Opatření
nedostatek personálu	85 %	vysoká	zaměstnanecké benefity, motivace
nekvalitní personál	75 %	středně vysoká	motivace, pečlivý výběr
nedostatečná poptávka	25 %	mírná	kvalitní marketing, reklama
špatný management	60 %	středně vysoká	kurzy, konzultace, školení
nezískání úvěru	90 %	vysoká	kvalitní podnikatelský plán
nedostatečné množství financí	70 %	vysoká	hledání sponzorů, získání dotací
konkurence	20 %	mírná	kvalitní marketing

Největším rizikem projektu založení hospice je nezískání podnikatelského úvěru. Nezískání by mělo zásadní dopad na tento podnikatelský plán, bez potřebných financí by nebylo možné tento plán zrealizovat. Pravděpodobnost rizika je velmi vysoká, je tedy důležité vypracovat kvalitní podnikatelský plán a jeho prezentaci. Problém financí by mohl být vyřešen získáním sponzora či investora, který by projekt zafinancoval. Investorovi by mohl být nabídnut podíl. Paliativní péče je momentálně podporována státem i veřejností, je tedy velká pravděpodobnost získání potenciálních finančních zdrojů.

Dalším vysokým rizikem je nezískání dostatečného a kvalitního personálu. Zdravotnictví se několik let potýká s nedostatkem personálního zabezpečení. Práce v hospicovém zařízení je velmi psychicky a fyzicky náročná. Tato oblast je z celého projektu nejrizikovější.

Negativní dopad by na provoz hospice měl výběr nekvalitních zaměstnanců, kteří by mohli jméno hospice poškodit. Hospic chce poskytovat kvalitní péči, riziko se nesmí zanedbat. Bude probíhat pečlivé výběrové řízení. Bude pracováno na vytvoření dobrého pracovního zázemí, zaměstnanci budou různými způsoby motivováni a odměňováni.

Nezkušenost zakladatelky s vedením firmy nese pro hospic poměrně velké riziko. Lze mu předejít především vzděláváním a kurzy v oblasti managementu a vedení firem.

Středně vysokým rizikem je nedostatečné množství financí, které souvisí s nenavázáním smluvního vztahu s pojišťovny a nezařazeným příspěvkem na péči. V předešlé kapitole byly vypočteny výsledky hospodaření ve variantě, kdy by hospic neměl po celý rok platby od pojišťoven. Hospic by za takové situace vykazoval velké finanční ztráty a jeho existence a provoz by byla v ohrožení. Jelikož v Jihomoravském kraji a okolí není zatím žádný dětský lůžkový hospic, je pravděpodobné, že pojišťovny budou ochotny smluvní vztah navázat. V hospici bude k dispozici sociální pracovníce, která rodinám bude pomáhat s žádostmi o příspěvky na péči, pokud jej nebudou mít vyřízen.

Nízkým rizikem projektu je nedostatečná poptávka po službě. Poptávka výrazně převyšuje nabídku. Hospic chce v budoucnu spolupracovat s Dětskou nemocnicí a Klinikou dětské onkologie, zdrojem klientů budou i pacienti z daných pracovišť. Při zahájení paliativní léčby by nemocnice mohli nabízet služby hospice jako vhodnou alternativu.

Nejnižším rizikem se momentálně jeví konkurence. V Jihomoravském kraji, ani v celé České republice zatím neexistuje žádný dětský lůžkový hospic. I přes to, že v příštích letech mají být zrealizovány dva projekty založení dětských hospiců, dětských pacientů,

kteří budou potřebovat paliativní péči, bude stále dostatek. Do budoucna hospic plánuje rozšířit své portfolio služeb o mobilní službu paliativní péče a tím nabízet možnost využití služeb v domácím prostředí. Jelikož zakladatelka prozatím pracuje na Klinice dětské onkologie, je velká pravděpodobnost domluvení spolupráce mezi klinikou a hospicem.

6.13 Časový plán projektu

Dalším důležitým procesem je vypracování časového plánu podnikatelského záměru.

V tabulce (Tab. 38) je navržen časový plán projektu, podle kterého by měla být společnost založena v červenci tohoto roku, samotný provoz by měl být zahájen v prvním čtvrtletí následujícího roku. Pokud by došlo k protažení rekonstrukce, což je vzhledem k aktuální situaci pravděpodobné, bylo by nutné zahájení provozu odložit.

Tabulka 38 - Časový plán projektu (vlastní zpracování)

	7/22	8/22	9/22	10/22	11/22	12/22	1/23	2/23	3/23
založení podniku									
vyřízení registrace a oprávnění									
sjednání úvěru									
rekonstrukce a vybavení									
navázání sml. vztahu s pojišťovny									
nábor zaměstnanců									
propagace									
žádost o dotace									
zahájení provozu									

6.14 Zhodnocení projektu z hlediska implementace do praxe

Cílem projektu je zřízení dětského lůžkového hospice s názvem Přání, z. ú., ve kterém by byla poskytována paliativní péče dětem s ukončenou kauzální léčbou. Jelikož momentálně v České republice není žádný dětský lůžkový hospic, který by takové služby poskytoval, na základě příležitosti na trhu služeb bylo rozhodnuto o založení hospice.

Uskutečnitelnost a udržitelnost projektu jsou možné pouze za předpokladu uzavření smluv se zdravotními pojišťovkami. V případě nenavázání smluvních vztahů by bylo nemožné projekt implementovat do praxe, trvale by byl hospic finančně neudržitelný, neboť by nebyly pokryty veškeré provozní i mzdové náklady hospice. Pomocí analýzy bodu zvratu a následných výpočtech výsledku hospodaření bylo zjištěno, že bude potřeba nejméně 6 hospitalizovaných pacientů, aby hospic generoval zisk. V případě obsazenosti 5 pacientů i přes příjmy od pojišťoven by hospic vykazoval ztráty. Pokud by dlouhodobě hospic neměl smluvní vztah s pojišťovkami, byla by nutná vyšší finanční spoluúčast klientů. K pokrytí ztrát a nutných provozních nákladů by bylo hlavním cílem získat finanční sponzory.

Dalším záměrem je podpora marketingu. Hlavním cílem je oslovit Klinikou dětské onkologie, ve které zakladatelka prozatím pracuje, ke spolupráci. Dále je potřeba oslovit praktické lékaře pro děti a dorost a ostatní dětská zdravotnická zařízení. Navázaná spolupráce by spočívala v doporučení a nabízení služeb hospice Přání. Další propagace by spočívala formou různých informačních letáků, článků v novinách či reklamou. Webové stránky musí být přehledné, stručné a jasně vysvětlovat problematiku paliativní péče a nabízejících služeb. Je potřeba šířit osvětu a s laickou veřejností mluvit o paliativní péči.

Rizikem při zavádění projektu je kromě financování také personální zabezpečení provozu. Celorepublikově se zdravotnictví potýká s nedostatkem personálu ve všech oborech. Potenciální zaměstnanci by bylo vhodné motivovat finančním ohodnocením. Do budoucna je potřeba a nutné investovat do mzdových podmínek zaměstnanců, aby v pracovních pozicích vydrželi a byli spokojeni.

Pro časovou analýzu byl využit Ganttův diagram. Projekt lze zrealizovat za 9 měsíců od zadání. V souvislosti s aktuální pandemickou situací a konflikty v cizích zemích lze předpokládat, že porostou náklady jak za stavební materiál, tak za energie. Hrozí časová prodleva během rekonstrukce z důvodu nedostatku stavebního materiálu a vytíženosti firem. V časové analýze není zahrnuta časová rezerva, zpoždění by tedy vedlo k prodloužení celé realizace.

Takto sestavený projekt je realizovatelný a finančně udržitelný. Aby hospic byl v budoucích letech finančně soběstačný, budou osloveni nadace a potenciální sponzoři, kteří představují vedlejší zdroje financování. Úhrady od pojišťoven budou stále klíčovými výnosy.

6.15 Celkové shrnutí projektu

Název hospice: Hospic Přání, z. ú.

Adresa sídla: Porhajmova, Brno

Popis činnosti: Poskytování specializované paliativní péče dětem a jejich rodinám v Jihomoravském kraji, poskytování odborného sociálního poradenství.

Hlavním cílem bylo vytvoření projektového řešení k založení dětského lůžkového hospice v Jihomoravském kraji a následně jeho zhodnocení implementace do praxe. Realizace projektu by byla možná v případě uzavření smluvních vztahů se zdravotními pojišťovnami. V případě nezískání smluvních vztahů by nebylo z dlouhodobého hlediska možné projekt finančně udržet.

Analytická část se zabývala zjištěním podmínek k založení lůžkového dětského hospice. Ke zhodnocení externích faktorů makroprostředí organizace byla využita PEST analýza. Na PEST analýzu navázaly analýza hospicové péče v Jihomoravském kraji a analýza pediatrické paliativní péče ve světě a v České republice. Konkurenční prostředí organizace bylo zanalyzováno pomocí Porterova modelu 5 konkurenčních sil. Zkrácená SWOT analýza identifikovala potenciální hrozby a příležitosti při založení dětského hospice.

Projektové řešení se věnovalo sestavení podnikatelského plánu k založení dětského lůžkového hospice. Byly představeny konkrétní postupy a kroky při zakládání organizace, stanoveny minimální hygienické, personální a materiálně-technické požadavky pro zajištění bezpečného provozu. Byl sepsán soupis smluv a dokumentů potřebných k fungování a založení hospice. Dále byl popsán postup při navazování smluvních vztahů s organizacemi. V dalších kapitolách projektové části byl sestaven marketingový plán pomocí marketingového mixu, finanční plán, hodnocení rizik projektu a časový plán. V rámci finančního plánu bylo sestaveno několik výkazu zisku a ztrát. Byl sestaven výsledek hospodaření v prvních třech letech provozu v optimistické, realistické a

pesimistické variantě. Dále byl sestaven výsledek hospodaření v několika pesimistických variantách, kdy by hospic neměl smluvní vztah s pojišťovnami nebo by klienti neměli uznaný příspěvek na péči. Byla provedena analýza bodu zvratu. Z analýzy bodu zvratu a výsledku hospodaření bylo zjištěno, že pro finanční udržitelnost hospice je kromě uzavřených smluvních vztahů s pojišťovnami potřeba, aby obsazenost hospice byla více jak 6 pacientů.

Hlavními měřítky úspěšné realizace projektu do praxe jsou uzavření smluvních vztahů s pojišťovnami, dostatečný počet klientů a dostatek spolehlivého personálu.

Z důvodu diverzity potřeb a náročnosti péče není možné odhadnout přesné náklady spojené s péčí.

ZÁVĚR

Hlavním cílem diplomové práce bylo sestavení projektu k založení dětského lůžkového hospice v Brně, který by se dokázal plně rozvinout v praxi. Dílčími cíli diplomové práce byly provedení současné analýzy prostředí v Jihomoravském kraji, vyhodnocení a interpretace zjištěných dat a vypracování projektu na zřízení dětského hospice.

Stanovených cílů bylo dosaženo. Analytická část práce ukázala, že v současné době není jak v Jihomoravském kraji, tak v celé České republice žádný dětský lůžkový hospic, jsou tedy ideální podmínky pro vznik. Konkurenty plánovaného hospice by mohly být plánovaný hospic Dům pro Julii a mobilní hospic při Nadačním fondu dětské onkologie. Do budoucna je snaha s mobilním hospicem spolupracovat.

Na základě zpracovaných analýz bylo vypracováno projektové řešení k založení a vybudování dětského hospice. Projekt byl podroben časové, rizikové a nákladové analýze. Výsledný projekt by byl v této podobě zrealizovatelný a finančně udržitelný.

Pokud by projekt byl uveden do praxe, jednalo by se o první dětský lůžkový hospic v Brně, i v České republice. Momentálně se pracuje na vybudování dvou dětských lůžkových hospiců, Domu pro Julii a hospic manželů Vlčkových. Je pravděpodobné, že Hospic Přání by byl uveden do provozu v těsném závěsu těchto dvou hospiců, jelikož jejich projekt byl uveden dříve.

Je důležité se zabývat otázkou financování péče v dětských lůžkových hospicích.

V současné době je legislativně ukotvena zatím mobilní specializovaná paliativní péče poskytována dětem pod odborností 926, kdy je MSPP součástí úhradové vyhlášky. Projekt Hospice Přání předpokládal, že úhrada ošetrovacího dne by byla stanovena podobně jak je tomu doposud pro lůžka hospicového typu.

V České republice existuje několik organizací, které se podílí na zvyšování povědomí dětské paliativní péče, sestavují standardy a věnují se jednáním se zdravotními pojišťovnami o úhradách péče. Tyto organizace jsou pro nutné šíření osvěty přínosné.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ABRAMS, Rhonda, 2019. *Successful business plan: Secrets & Strategies*. 7th edition. Palo Alto, California: Planning Shop, 464 s. ISBN 978-933895-82-6.

ADISTIE, Fanny, Valentina B. M. LUMBANTONING a Nenden Nur Asriyani MARYAM, 2019. The Needs of Children with Terminal Illness: A Qualitative Study. *Child Care in Practice*. [online]. **20** (26:3), 257-271. [cit. 2022-01-23]. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13575279.2018.1555136>

AMERY, Justin, 2017. *Opravdu praktický průvodce dětskou paliativní péčí pro doktory a zdravotní sestry kdekoli na světě*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-34-8.

AOUN, Samar, Chris TOYE, Kathleen DAES, Denise HOWTING, Gail EWING, Gunn GRANDE a Kelli STAJDUHAR, 2015. Enabling a Family Caregiver-led Assessment of Support Needs in Home-based Palliative Care: Potential Translation Into Practice. *Palliative Medicine*. [online]. **15** (29:3), 929-938. [cit. 2022-01-23]. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216315583436>

ARIAS-CASAS N., GARRALDA E. et al., 2020. Mapping Pediatric Palliative Care Development in the WHO-European Region: Children Living in Low-to-Middle-Income Countries Are Less Likely to Access It. *ScienceDirect* [online]. **20** (60), 746-753. [cit. 2022-02-28]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392420302499#bib9>

BALAGUER, A., MARTÍN-ANCEL, A.; ORTIGOZA-ESCOBAR, D. et al, 2012. The Model of Palliative Care in the Perinatal Setting: a review of the literature. *BMC Pediatrics*. [online]. **12** (25), 1-7. [cit. 2022-01-23]. ISSN 1471-2431. Dostupné z: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2431-12-25.pdf>

BOUCHER, Sue, Julia DOWNING a Rise SHEMILT, 2014. The Role of Play in Children's Palliative Care. *Children*. [online]. **14** (1), 302-317. [cit. 2022-01-23]. ISSN 2227-9067. Dostupné z: mdpi.com/2227-9067/14/3/302

BREJCHOVÁ, Karolína, 2017. *Možnosti úhrady zdravotní péče*. Praha. Diplomová práce. AMBIS vysoká škola, a.s.

BUŽGOVÁ, Radka a Lucie SIKOROVÁ, 2019. *Dětská paliativní péče*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada), 240 stran. ISBN 978-80-271-0584-7.

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

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

Consensus based definition of palliative care, © 2019. *International Association for Hospice and Palliative Care* [online]. [cit. 2022-01-23]. Dostupné z: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/>

Česká republika – obyvatelstvo, © 2021. In: *Český statistický úřad* [online]. [cit. 2022-02-26]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xz/obyvatelstvo-xz>

ČESKO, 1991. Zákon č. 455 ze dne 15. 11. 1991 o živnostenském podnikání (živnostenský zákon). In: *Sbírka zákonů České republiky*. [online]. Částka 87/1991 [cit. 2022-01-26]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1991-455>

ČESKO, 1992. Zákon č. 160 ze dne 1. 4. 1992 o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. In: *Zákony pro lidi* [online]. Částka 35/1992. [cit. 2022-01-28]. Dostupné z: <https://zakonyprolidi.cz/cs/1992-160>

ČESKO, 2006. Zákon č. 108 ze dne 31.3.2006 o sociálních službách. In: *Zákony pro lidi* [online]. Částka 37/2006 [cit. 2022-03-21]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.

ČESKO, 2011. Zákon č. 372 ze dne 8. 12. 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [online]. Částka 132/2011 [cit. 2022-01-28]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

ČESKO, 2012. Zákon č. 89 ze dne 3. února 2012 občanský zákoník – znění od 1.7.2021. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 33/2012 [cit. 2022-01-26]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>

ČESKO, 2012. Zákon č. 90 ze dne 25. ledna 2012 o obchodních společnostech a družstvech (zákon o obchodních korporacích) - znění od 1.1.2021. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [online]. Částka 33/2012 [cit. 2022-01-26]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-90>

ČESKO, 2012. Vyhláška č. 92 ze dne 26. března 2012 o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. - aktuální znění ze dne 1.11. 2017. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. [cit. 2022-03-06]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-92/zneni-20171101>

ČESKO, 2012. Vyhláška č. 99 ze dne 30.3.2012 o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb v aktuálním znění ze dne 1.1.2021. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. [cit. 2022-03-06]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99>

ČESKO, 2021. Vyhláška č. 396 ze dne 29.10.2021 o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2022. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [online]. Částka 177/2021 [cit. 2022-02-25]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2021-396>

Červánek – dětský hospic, © 2022. *Červánek – dětský hospic*. [online]. [cit. 2022-03-05]. Dostupné z: <https://cervanek.cz>

Dětská paliativní péče v Čechách - 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, © 2022. *1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy* [online]. [cit. 2022-01-22]. Dostupné z: <https://www.lf1.cuni.cz/detska-paliativni-pece-v-cechach>

Domácí dětská paliativní péče, © 2022. *Dětská paliativní péče* [online]. [cit. 2022-02-25]. Dostupné z: <https://detskapaliativnipece.cz/poskytujeme/paliativni-pece/>

Domov – plzeňská hospicová péče, z. ú. – Domácí hospic Plzeň, © 2022. *Domov – plzeňská hospicová péče, z. ú. – Domácí hospic Plzeň* [online]. [cit. 2022-01-23]. Dostupné z: <https://domov-plzen.cz>

Doporučení pro uzavírání smluv MSPP se zdravotními pojišťovny, © 2018. *Česká společnost paliativní medicíny* [online]. [cit. 2022-03-04]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/doporuceni-pro-uzavirani-smluv-mspp-se-zdravotnimi-pojistovnami/>

DVOŘÁČEK, Jiří a Peter SLUNČÍK, 2012. *Podnik a jeho okolí: jak přežít v konkurenčním prostředí*. V Praze: C.H. Beck, Beckova edice ekonomie, 173 s. ISBN 978-80-7400-224-3.

Dům pro Julii – Dětský hospic, © 2021. *Dům pro Julii* [online]. [cit. 2022-03-03]. Dostupné z: <http://dumprojulii.akon.cz/cs>

EXNEROVÁ, M., KREJČÍ J., 2020. *Stav dětské paliativní péče v roce 2020* [online]. Praha: Institut Pallium, 8 s. [cit. 2022-02-26]. Dostupné z: https://pallium.cz/cs/wp-content/uploads/2021/02/Stav_DPP_2020_FINAL.pdf

FORET, Miroslav, 2012. *Marketing pro začátečníky*. 3. aktualizované vydání. Brno: Edika, 152 stran. ISBN 978-80-266-0006-0.

GETHINS, Marie, 2012. Pediatric Palliative Care in Europe Expands. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute* [online]. **12** (104), 10-11 [cit. 2022-02-26]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/jnci/djr537>

GURKOVÁ, Elena, Ivana ANDRAŠČÍKOVÁ a Juraj ČÁP, 2015. Parent's Experience With a Dying Child With Cancer in Palliative Care. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online]. **15** (6), 201-208. [cit. 2022-01-23]. Dostupné z: www.cejnm.osu.cz/doi/10.15452/CEJNM.2015.06.0004.html

HAIN, R., GOLDMAN, A., RAPOPORT, A. and MEIRING, M., 2021. *Oxford Textbook of Palliative Care for Children*. Third edition. Oxford University Press, 536 s. ISBN 978-0198821311.

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

Helen & Douglas House, © 2022. *Helen & Douglas House* [online]. [cit. 2022-02-26]. Dostupné z: <https://www.helenanddouglas.org.uk/about-us/our-history/>

Hospic sv. Alžběty, © 2022. *Hospic sv. Alžběty* [online]. [cit. 2022-02-26]. Dostupné z: <https://www.hospicbrno.cz/info/>

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

CHAMBERS, Lizzie, 2018. *A Guide to Children's Palliative Care* [online]. Fourth edition. Bristol: © Together for Short Lives, 39 s. [cit. 2021-01-18]. ISBN 1-898447-39-X. Dostupné z:

<https://www.togetherforshortlives.org.uk/wp-content/uploads/2018/03/TfSL-A-Guide-to-Children%E2%80%99s-Palliative-Care-Fourth-Edition-FINAL-SINGLE-PAGES.pdf>

Charta ICPCN – CZ – Dětská paliativní péče, © 2018. *Dětská paliativní péče – Pracovní skupina dětské paliativní péče ČSPM* [online]. [cit. 2022-01-28]. Dostupné z: <https://detska.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2018/11/charta-icpcn-cz.pdf>

CHARVÁTOVÁ, Gabriela, 2021. *Podnikatelský plán pro vybudování nestátního zdravotnického zařízení poskytující léčebnou rehabilitaci a fyzioterapii*. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií, Program Řízení a supervize. Vedoucí práce Povolná, Pavla.

IŽOVÁ, Katarína, 2017. *Vybraná problematika podnikania malých a stredných podnikov* [online]. Praha: Martin Koláček, E-knihy jedou, 85 s. [cit. 2022-02-04]. ISBN 978-807512-778-5. Dostupné z:

https://books.google.cz/books?id=JMEMDgAAQBAJ&dq=Vybran%C3%A1+problematika+podnikania+mal%C3%BDch+a+stredn%C3%BDch+podnikov&hl=cs&source=gbs_navlinks_s

JAKUBÍKOVÁ, Dagmar, 2013. *Strategický marketing: strategie a trendy*. 2. rozšířené vydání, Praha: Grada, 368 stran. ISBN 978-80-247-9707-7.

Jak Krtek pomáhá – Nadační fond dětské onkologie KRTEK, © 2022. *Nadační fond dětské onkologie KRTEK* [online]. [cit. 2022-03-01]. Dostupné z: <https://krtek-nf.cz/o-nas/jak-krtek-pomaha>

KALOUDA, František, 2016. *Finanční analýza a řízení podniku*. 2. rozšířené vydání. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 321 stran. ISBN 978-80-7380-591-3.

KANDLER, Ladislav, 2014. *OSVČ zapsaná v živnostenském a obchodním rejstříku*. In: Portal.pohoda.cz [online]. [cit. 2022-01-24] Dostupné z: <https://portal.pohoda.cz/pro-podnikatele/chci-zacit-podnikat/osvc-zapsana-v-zivnostenskem-a-obchodnim-rejstriku/>

Kategorie pacienta, © 2022. *Všeobecná zdravotní pojišťovna* [online]. [cit. 2022-03-21]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/kategorie-pacienta>

KELNAROVÁ, Jarmila, 2017. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera, 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.

KOSÍKOVÁ, Jitka, KREJČÍ J. a BRINZANIK L., 2022. *Děti v péči domácího hospice – praktický průvodce rozšiřováním služeb pro vedoucí*. In: Pallium.cz. [online]. [cit. 2022-01-22]. Dostupné z: https://pallium.cz/wp-content/uploads/2022/02/Manual_online.pdf

KUZNÍKOVÁ, Iva, 2012. *O sociální práci pro management zdravotnických organizací*. Ostrava: Ostravská univerzita, 96 s. ISBN 978-807-3689-872

Lůžkový hospic, © 2022. *Charita Česká republika* [online]. [cit. 2022-02-26]. Dostupné z: <https://rajhrad.charita.cz/nase-sluzby/dum-lecby-bolesti-s-hospicem-sv-josefa/>

Mobilní hospic, © 2017. *Krajská zdravotní, a.s.* [online]. [cit. 2022-02-28] Dostupné z: <https://www.kzcr.eu/cz/ul/pro-pacienty/zdravotnicka-pracoviste/mobilni-hospic>

Mobilní hospic Ondrášek, © 2022. *Mobilní hospic Ondrášek* [online]. [cit. 2022-01-25]. Dostupné z: <https://mhondrasek.cz/cz>

MOJŽÍŠOVÁ, MUDr. Mahulena, 2017. Stav dětské paliativní péče v České republice v roce 2017. *Dětská paliativní medicína* [online]. Praha: Česká společnost paliativní medicíny. [cit. 2022-02-06]. Dostupné z: <https://detska.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2018/11/zprava-o-stavu-dpp-2017.pdf>

Národní datová základna paliativní péče, © 2022. *Národní datová základna paliativní péče* [online]. [cit. 2022-02-26]. Dostupné z: <https://www.paliativnidata.cz>

Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb, © 2022. *Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb* [online]. [cit. 2022-02-25]. Dostupné z: <https://nrpzs.uzis.cz>

OECD, 2021. *Health at Glance 2021: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing, 272 s. ISBN 978-92-96101-2.

O kraji, © 2022. *Jihomoravský kraj* [online]. [cit. 2022-02-25]. Dostupné z: <https://www.jmk.cz>

PEKOVÁ, Jitka, Jaroslav PILNÝ a Marek JETMAR, 2012. *Veřejný sektor – řízení a financování*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 488 s. ISBN 978-80-7357-936-4.

Počty pracovníků ve zdravotnictví, © 2022. *Regionální zpravodajství NZIS* [online]. [cit.2022-02-25]. Dostupné z: https://reporting.uzis.cz/jhm/index.php?pg=souhrnne-prehledy--ekonomicke-ukazatele-infrastruktura-zdravotni-pece-lekari-a-zdravotnici-pracovnici--pocty-pracovniku-ve-zdravotnictvi&show=1@ion_souhrn=jhm&year=2017

POLÁKOVÁ, Kristýna, 2016. *Potřeby rodičů během péče o terminálně nemocné dítě*. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií, Katedra řízení a supervize v soc. a zdrav. organizacích. Vedoucí práce Loučka, Martin.

POLÁKOVÁ, Anna TUČKOVÁ a Martin LOUČKA, 2017. *Potřeby dětí se život limitujícím nebo život ohrožujícím onemocněním a jejich rodin*. Praha: Sekce dětské paliativní péče ČSPM ČLS JEP, 77 s. ISBN 978-80-270-3257-0

Pro děti – Mobilní hospic Nejste sami, ©2022. *Mobilní hospic Nejste sami – mobilní hospic paliativní péče v Olomouckém kraji* [online]. [cit. 2022-02-22]. Dostupné z: <https://nejstesami.eu/pro-deti/>

První česká konference dětské paliativní péče, © 2014. *Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně* [online]. [cit. 2022-01-23]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/prvni-ceska-konference-detske-paliativni-pecce/>

RADBRUCH, Lukas a Sheila PAYNE, 2010. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. Praha: Cesta domů, 63 s. ISBN 978-80-904-5161-2.

RATIBORSKÝ, Jan a Jaroslava FENDRYCHOVÁ, 2013. Principles of providing palliative and hospice care for Children. *Kontakt* [online]. **13**(15), 22-28. [cit. 2022-01-23]. Dostupné z: <http://kont.zsf.jcu.cz/doi/10.32725/kont.2013.004.html>

RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2016. *Perinatální paliativní péče: péče o ženu a její rodinu, rituály rozloučení, proces truchlení a vyrovnávání se se ztrátou*. Praha: Grada. Psyché, 200 stran. ISBN 978-80-271-0121-4.

S dětskou nemocniční paliativní péčí jsme téměř na nule, © 2018. *Medical Tribune CZ* [online]. **18**/14. [cit.2022-02-14]. Dostupné z: <https://tribune.cz/archiv/s-detskou-nemocnicni-paliativni-peci-jsme-temer-na-nule/>

SHIRLEY, David, 2016. *Project management for Healthcare: concepts and practise*. Second edition. Hoboken: Computer press, 283 s. ISBN 14-398-1954-8.

SCHWARZENBERG E., JENNESSEN S, BUNGENSTOCK A., 2011. Children's hospices services in Germany – a study on the quality of support. *BMJ Supportive & Palliative Care* [online]. **11**(1), 209-210. [cit. 2022-02-26].

Dostupné z: <https://spcare.bmj.com/content/1/2/209.3.citation-tools>

SLOUKA, David, 2017. *Vedení a marketing malých zdravotnických zařízení: příručka pro praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 144 s. ISBN 978-80-271-0469-7.

SRPOVÁ, Jitka, 2020. *Začínáme podnikat: s případovými studii začínajících podnikatelů*. Praha: Grada Publishing, 265 s. Expert (Grada). ISBN 978-80-271-2253-0.

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

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

Standardy hospicové paliativní péče, © 2016. *Asociacehospicu.cz* [online]. [cit. 2022-01-30]. Dostupné z: <https://www.asociacehospicu.cz/wp-content/uploads/2017/01/STANDARDY%202016.pdf>

Stav dětské paliativní péče v České republice v 2020, © 2021. *Pallium* [online]. [cit. 2022-01-23]. Dostupné z: https://pallium.cz/wp-content/uploads/2021/02/Stav_DPP_2020_FINAL.pdf

SVOBODOVÁ, Ivana a Michal ANDERA, 2017. *Od nápadu k podnikatelskému plánu: jak hledat a rozvíjet podnikatelské příležitosti*. Praha: Grada, 232 s. ISBN 978-80-271-0407-9.

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

System zdravotního pojištění i přes pandemii dosáhl přebytku šest miliard korun, © 2021. *Ministerstvo financí ČR* [online]. [cit. 2022-02-22]. Dostupné z: <https://www.mfcr.cz/cs/aktualne/tiskove-zpravy/2021/system-zdravotniho-pojisteni-i-pres-pand-42599>

ŠATERA, Karel, 2010. *Zdravotní pojištění a ekonomika*. Brno: Tribun EU s.r.o., 115 s. ISBN 978-80-7318-971-6.

TOMEŠ, Igor, Eva DRAGOMIRECKÁ, Katarina SEDLÁROVÁ a Daniela VODÁČKOVÁ, 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, 167 s. ISBN 978-80-246-2941-4.

Tým dětské podpůrné péče – FN Motol, © 2012. *Fakultní nemocnice v Motole* [online]. [cit. 2022-01-23]. Dostupné z: <https://www.fnmotol.cz/tym-detske-podpurne-pece/>

Umírání.cz, © 2022. *Umírání.cz* [online]. [cit. 2022-02-25]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz>

VÁCHAL, Jan a Marek VOCHOZKA, 2013. *Podnikové řízení*. Praha: Grada, 685 s. ISBN 978-80-247-4642-5.

VEBER, Jaromír a Jitka SRPOVÁ., 2012. *Podnikání malé a střední firmy*. 3. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 332 s. ISBN 80-247-4520-8.

VESECKÝ, Zdeněk, 2013. *Fyzická nebo právnická osoba? Volba formy podnikání je alfou i omegou*. In: *Podnikatel.cz* [online]. [cit. 2022-01-26]. Dostupné z: <https://www.podnikatel.cz/clanky/fyzicka-nebo-pravnicka-osoba-volba-formy-podnikani-je-alfou-i-omegou/>

VOCHOZKA, Marek a Petr MULAČ, 2012. *Podniková ekonomika*. Praha: Grada, 570 stran. ISBN 978-80-247-4372-1.

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

WHO, 1998. *Cancer pain relief and palliative care in children* [online]. Geneva: © World Health Organization, 76 s. [cit. 2022-01-16]. ISBN 92-4-154512-7. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42001/9241545127.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Zdravotnictví České republiky ve srovnání se státy OECD, © 2022. *NIZP – Národní zdravotnický informační portál* [online]. [cit.2022-02-20]. Dostupné z: <https://nzip.cz/clanek/477-zdravotnictvi-ceske-republiky-ve-srovnani-se-staty-oecd>

ZLÁMAL, Jaroslav a Jana BELLOVÁ, 2013. *Ekonomika zdravotnictví*. Brno: NCO NZO, 249 s. ISBN 978-80-7013-551-8.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

§ paragraf

APHPP Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče

a.s. akciová společnost

BAPM British Association of Perinatal Medicine

BOZP Bezpečnost a ochrana při práci

CNS Centrální nervová soustava

covid-19 koronavirové onemocnění způsobené virem SARS-CoV-2

ČLK Česká lékařská komora

ČLS JEP Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

ČR Česká republika

ČSPM ČLS JEP Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně

ČSÚ Český statistický úřad

DMO Dětská mozková obrna

FN Fakultní nemocnice

FO Fyzická osoba

CHI Children Hospic International

IAHPC International Association for Hospice and Palliative Care

ICPCN International Children's Palliative Care Network

JMK Jihomoravský kraj

KHS Krajská hygienická stanice

MF ČR Ministerstvo financí České republiky

MSPP Mobilní specializovaná paliativní péče

MZ ČR Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NDZPP Národní datová základna paliativní péče

NFDO Nadační fond dětské onkologie

NHPCO National Hospice and Palliative Care Organization

NZIS Národní zdravotnický informační systém

NZIP Národní zdravotnický informační portál

NZZ Nestátní zdravotnické zařízení

OECD Organization for Economic Cooperation and Development

OSVČ Osoba samostatně výdělečně činná

PO Právnícká osoba

s.r.o. společnost s ručením omezeným

WHO World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

ZZ Zdravotnické zařízení

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 - PEST analýza (vlastní zpracování)	42
Obrázek 2 - Vývoj nákladů na zdravotní péči (www.mzcr.cz, ©2021)	47
Obrázek 3 - Zemřelí na území JMK ve věku 0–19 let (NDZPP, © 2017)	51
Obrázek 4 - Místo úmrtí v JMK u věkové skupiny 0 až 19 let (NDZPP,.....)	52
Obrázek 5 - Dětská úmrtí do roku 2015 (Švancara et al., ©2016)	53
Obrázek 6 - Poskytovatelé dětské paliativní péče v ČR (Exnerová, Krejčí, 2021, s. 6).....	57
Obrázek 7 - Porterův model pěti sil (Jakubíková, 2013, s. 103).....	62
Obrázek 8 - Pět základních situací pro hygienu rukou (zdroj: https://zsbozp.vubp.cz , ©2022)	135
Obrázek 9 - Postup při mytí rukou (zdroj: https://zsbozp.vubp.cz , ©2022).....	136
Obrázek 10 - Postup při dezinfekci rukou (zdroj: https://zsbozp.vubp.cz , © 2022)	137

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - Věková struktura obyvatel JMK (vlastní zpracování, ČSÚ, © 2021).....	49
Graf 2 - Obyvatelé Jihomoravského kraje do 19 let (vlastní zpracování, ČSÚ, © 2021) ..	50
Graf 3 - Dětská úmrtnost ve vybraných krajích (vlastní zpracování, NDZPP, © 2017)	66

SEZNAM TABULEK

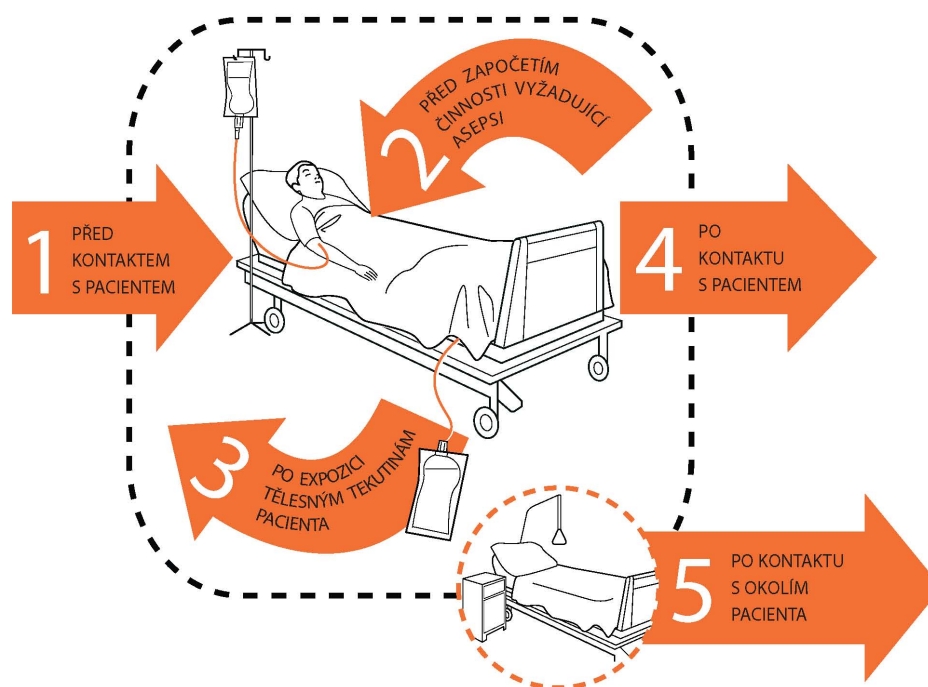
Tabulka 1 - Sbíрка zákonů (vlastní zpracování, zdroj: Slouka, 2017).....	43
Tabulka 2 - Přehled platných vyhlášek (zdroj: www.zakonyprolidi.cz; vlastní zpracování)	44
Tabulka 3 - Výdaje na zdravotní péči v České republice v roce 2019 podle zdroje financování (vlastní zpracování, ČSÚ, © 2021).....	45
Tabulka 4 - Paliativní péče v evropských zemích (vlastní zpracování, © 2020, Mapping Pediatric Palliative Care Development in the WHO - European Region).....	59
Tabulka 5 - Zkrácená SWOT analýza (vlastní zpracování).....	60
Tabulka 6 - Dětská úmrtnost ve vybraných krajích v letech 2015 až 2017 (vlastní zpracování, NDZPP, © 2017).....	66
Tabulka 7 - Požadavky na základní prostory lůžkového zařízení (Vyhláška č. 92/2012 Sb.; vlastní zpracování).....	77
Tabulka 8 - Přehled nezbytných pomůcek pro lůžkový hospic (APHPP, 2016, s. 16, vlastní zpracování).....	79
Tabulka 9 - Ceník nabízených služeb (vlastní zpracování).....	86
Tabulka 10 - Denní režim (vlastní zpracování).....	87
Tabulka 11 - Počáteční náklady podniku (vlastní zpracování).....	91
Tabulka 12 - Vstupní náklady na vybavení (vlastní zpracování).....	92
Tabulka 13 - Fixní náklady hospice (vlastní zpracování).....	93
Tabulka 14 - Mzdové náklady zaměstnanců (vlastní zpracování).....	94
Tabulka 15 - Variabilní provozní náklady (vlastní zpracování).....	95
Tabulka 16 - Ošetrovací den/kategorie (zdroj: vyhláška 201/2018, vlastní zpracování)	97
Tabulka 17 - Předpokládané příjmy od pojišťoven (vlastní zpracování).....	98
Tabulka 18 - Odhadované příjmy hospice (vlastní zpracování).....	99
Tabulka 19 - Výsledek hospodaření v prvním roce provozu při plném obsazení (vlastní zpracování).....	99
Tabulka 20 - Výsledek hospodaření v prvním roce provozu při obsazenosti 85 % kapacity (vlastní zpracování).....	100
Tabulka 21 - Výsledek hospodaření bez plateb od pojišťoven a polovičním příspěvkem na péči (vlastní zpracování).....	100
Tabulka 22 - Analýza bodu zvratu (vlastní zpracování).....	101
Tabulka 23 - Počty klientů podle variant během prvních 3 let (vlastní zpracování).....	102
Tabulka 24 - Odpisové skupiny a rovnoměrné odpisování (Zákon č. 586/1992 Sb., vlastní zpracování).....	103
Tabulka 25 - Odpis výtahové plošiny (vlastní zpracování).....	104
Tabulka 26 - Odpis souboru movitých věcí (vlastní zpracování).....	104
Tabulka 27 - Odpis počítačového vybavení (vlastní zpracování).....	104

Tabulka 28 - Odpis signalizačního zařízení (vlastní zpracování).....	105
Tabulka 29 - Odpis spotřební elektroniky (vlastní zpracování)	105
Tabulka 30 - Výsledek hospodaření v prvním roce provozu (vlastní zpracování).....	106
Tabulka 31 - Výsledek hospodaření v druhém roce (vlastní zpracování)	107
Tabulka 32 - Výsledek hospodaření v třetím roce (vlastní zpracování).....	108
Tabulka 33 - Výsledek hospodaření v pesimistických variantách (vlastní zpracování)....	110
Tabulka 34 - Plán peněžních toků pro rok 2023 (vlastní zpracování).....	111
Tabulka 35 - Plán peněžních toků pro rok 2024 (vlastní zpracování).....	111
Tabulka 36 - Plán peněžních toků pro rok 2025 (vlastní zpracování).....	112
Tabulka 37 - Hodnocení rizik (vlastní zpracování)	112
Tabulka 38 - Časový plán projektu (vlastní zpracování).....	114

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Postup při mytí a hygieně rukou

Pět základních situací pro hygienu rukou



1 PŘED KONTAKTEM S PACIENTEM	KDY? PROČ?	Při kontaktu s pacientem si před přímým dotykem dezinfikujte ruce. Z důvodu ochrany pacienta před nebezpečnými mikroorganismy přenášenými na Vašich rukou.
2 PŘED ZAPOČETÍM ČINNOSTI VYŽADUJÍCÍ ASEPSI	KDY? PROČ?	Dezinfikujte si ruce bezprostředně před prováděním jakýchkoli aseptických výkonů. Z důvodu ochrany pacienta před nebezpečnými mikroorganismy včetně jeho vlastních, které by mohly vniknout do jeho těla.
3 PO EXPOZICI TĚLESNÝM TEKUTINÁM PACIENTA	KDY? PROČ?	Dezinfikujte si ruce bezprostředně po vystavení riziku styku s tělesnými tekutinami (a po sejmutí rukavic). Z důvodu Vaší ochrany i ochrany zdravotnického prostředí před nebezpečnými mikroorganismy pacienta.
4 PO KONTAKTU S PACIENTEM	KDY? PROČ?	Dezinfikujte si ruce po přímém dotyku pacienta nebo jeho bezprostředního okolí ve chvíli, kdy pacienta opouštíte. Z důvodu Vaší ochrany i ochrany zdravotnického prostředí před nebezpečnými mikroorganismy pacienta.
5 PO KONTAKTU S OKOLÍM PACIENTA	KDY? PROČ?	Dezinfikujte si ruce po přímém dotyku jakéhokoli předmětu nebo kusu nábytku v bezprostředním okolí pacienta ve chvíli, kdy ho opouštíte, a to i v případě, že nedošlo k dotyku pacienta. Z důvodu Vaší ochrany i ochrany zdravotnického prostředí před nebezpečnými mikroorganismy pacienta.



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Vydáno Světovou zdravotnickou organizací v roce 2009 pod názvem Your 5 moments for hand hygiene
© World Health Organization 2009
Generální ředitel Světové zdravotnické organizace udělil Ministerstvu zdravotnictví ČR právo k překladu dokumentu do českého jazyka. Ministerstvo zdravotnictví ČR plně zodpovídá za českou verzi dokumentu, Česká verze.
© Ministerstvo zdravotnictví České republiky 2011

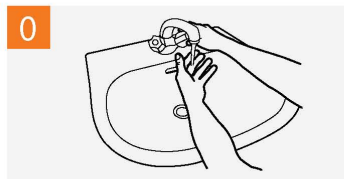
Květen 2009

Obrázek 8 - Pět základních situací pro hygienu rukou (zdroj: <https://zsbozp.vubp.cz>, ©2022)

Postup při **mytí** rukou

MYJTE SI POUZE VIDITELNĚ ZNEČIŠTĚNÉ RUCE, JINAK POUŽÍVEJTE DEZINFEKCI!

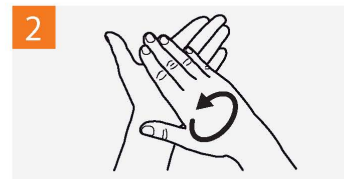
🕒 Doba trvání celé procedury: 40–60 vteřin



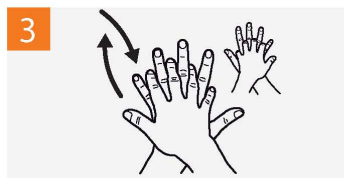
0 Navlhčete si ruce vodou.



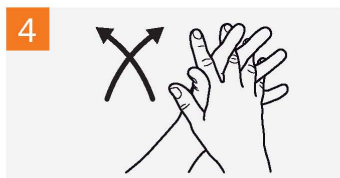
1 Aplikujte dostatek mýdla na pokrytí celého povrchu rukou.



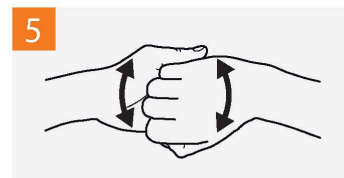
2 Třete ruce dlaní o dlaň.



3 Třete pravou dlaní o levý hřbet ruky se zaklesnutými prsty a naopak.



4 Třete dlaní o dlaň se zaklesnutými prsty.



5 Třete hřbety prstů o druhou dlaň se zaklesnutými prsty.



6 Krouživým pohybem třete levý palec v sevřených dlaních a naopak.



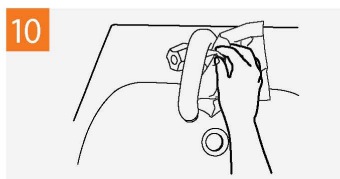
7 Obousměrnými krouživými pohyby třete sevřené prsty pravé ruky levou dlaň a naopak.



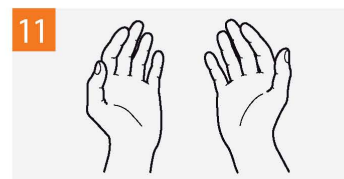
8 Opláchněte si ruce vodou.



9 Ruce si pečlivě osušte ručníkem na jedno použití.



10 Použijte ručník k zastavení kohoutku.



11 Nyní jsou Vaše ruce čisté.



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Vydáno Světovou zdravotnickou organizací v roce 2009 pod názvem How to handwash
© World Health Organization, 2009
Generální ředitel Světové zdravotnické organizace udělil Ministerstvu zdravotnictví ČR právo k překladu dokumentu do českého jazyka. Ministerstvo zdravotnictví ČR plně zodpovídá za českou verzi dokumentu. Česká verze.
© Ministerstvo zdravotnictví České republiky 2011

Květen 2009

Obrázek 9 - Postup při mytí rukou (zdroj: <https://zsbozp.vubp.cz>, ©2022)

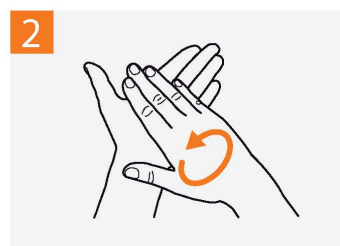
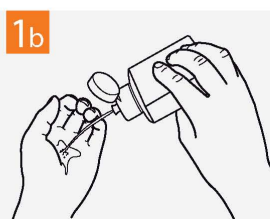
Postup pro dezinfekci rukou

HYGIENY RUKOU DOSÁHNETE DEZINFEKČÍ! PŘI VIDITELNÉM ZNEČIŠTĚNÍ SI RUCI MYJTE.

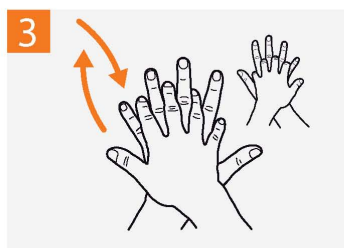
 Doba trvání celé procedury: 20–30 vteřin



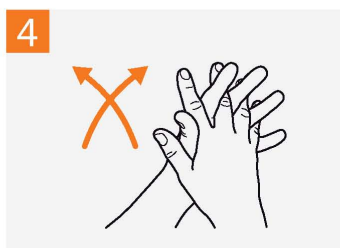
Do sevřené dlaně aplikujte dostatek přípravku na pokrytí celého povrchu rukou.



Třete ruce dlaní o dlaň.



Třete pravou dlaní o levý hřbet ruky se zaklesnutými prsty a naopak.



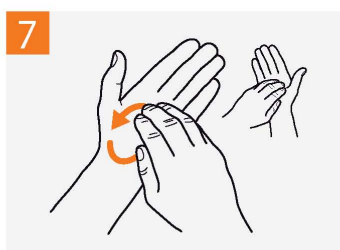
Třete dlaní o dlaň se zaklesnutými prsty.



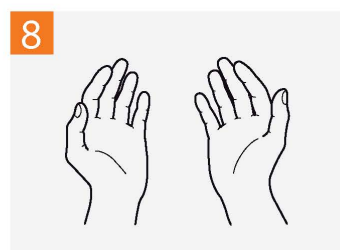
Třete hřbety prstů o druhou dlaň se zaklesnutými prsty.



Krouživým pohybem třete levý palec v sevřené pravé dlaní a naopak.



Obousměrnými krouživými pohyby třete sevřenými prsty pravé ruky levou dlaň a naopak.



Po oschnutí jsou Vaše ruce dezinfikovány



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Vydáno Světovou zdravotnickou organizací v roce 2009 pod názvem How to handrub.
© World Health Organization 2009.
Generální ředitel Světové zdravotnické organizace udělil Ministerstvu zdravotnictví ČR právo k překladu dokumentu do českého jazyka. Ministerstvo zdravotnictví ČR plně zodpovídá za českou verzi dokumentu. Česká verze.
© Ministerstvo zdravotnictví České republiky 2011

Květen 2009