

# **Projekt vytvoření nového oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče**

Bc. Tereza Špačková

---

Diplomová práce  
2021



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta managementu a ekonomiky

---

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

Akademický rok: 2020/2021

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

Jméno a příjmení: **Bc. Tereza Špačková**  
Osobní číslo: **M15676**  
Studijní program: **N6208 Ekonomika a management**  
Studijní obor: **Management ve zdravotnictví**  
Forma studia: **Kombinovaná**  
Téma práce: **Projekt vytvoření nového oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče v konkrétním zdravotnickém zařízení**

### Zásady pro vypracování

Úvod

Definujte cíle práce a použité metody zpracování práce.

I. Teoretická část

- Zpracujte literární rešerši k dané problematice.

II. Praktická část

- Proveďte analýzu současné nabídky služeb konkrétního zdravotnického zařízení a možnosti tvorby nového oddělení intenzivní ošetrovatelské péče.
- Vypracujte projekt na zavedení nového oddělení pro konkrétní zdravotnické zařízení.
- Projekt podrobte časové a nákladové analýze, zhodnoťte z hlediska jeho implementace do praxe.

Závěr

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

**Seznam doporučené literatury:**

ABRAMS, R. *Successful business plan secrets and strategies: America's best-selling business plan guide!*. 6th edition. Palo Alto: PlanningShop, 2014, 430 s. ISBN 978-1-933895-46-8.  
LONGEST, Beaufort B. a Kurt DARR. *Managing health services organizations and systems*. 6th edition. Baltimore: HPP, Health Professions Press, 2014, 720 s. ISBN 9781938870002.  
SLOUKA, D. *Vedení a marketing malých zdravotnických zařízení: příručka pro praxi*. První vydání. Praha: Grada, 2017, 144 s. ISBN 978-80-271-0469-7.  
SRPOVÁ, J. *Podnikatelský plán a strategie*. První vydání. Praha: Grada, 2011, 194 s. ISBN 978-80-247-4103-1.  
SVOZILOVÁ, A. *Zlepšování podnikových procesů*. První vydání. Praha: Grada, 2011, 232 s. ISBN 978-80-247-3938-0.

Vedoucí diplomové práce: **doc. Ing. Petr Briš, CSc.**  
Ústav průmyslového inženýrství a informačních systémů

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

L.S.

---

**doc. Ing. David Tuček, Ph.D.**  
děkan

---

**Ing. Jiří Bejtkovský, Ph.D.**  
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 15. ledna 2021

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE**

### **Prohlašuji, že**

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

### **Prohlašuji,**

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

Ve Zlíně 17. 6. 2021

Jméno a příjmení: Bc. Tereza Špačková

.....  
podpis diplomanta

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce se zabývá problematikou vytvoření nového oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče v konkrétním zdravotnickém zařízení. Hlavním cílem je tvorba projektu, který by pomohl zdravotnickému zařízení k vybudování a zřízení provozu tohoto specializovaného oddělení. Teoretická část práce je zaměřena na specifika oddělení dlouhodobé intenzivní péče a potřebné požadavky k jeho založení. V praktické části jsou vyhodnocena charakteristická prostředí ovlivňující zdravotnictví na národní a regionální úrovni. Na základě analýz je navrženo projektové řešení vytvoření dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče v konkrétním zdravotnickém zařízení.

Klíčová slova: dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče, analýza, projekt, požadavky

## **ABSTRACT**

The diploma thesis deals with the issue of creating a new department of long-term intensive nursing care in a specific medical facility. The main goal is to create a project that would help the medical facility to build and establish the operation of this specialized department. The theoretical part of the work is focused on the specifics of the department of long-term intensive care and the necessary requirements for its establishment. The practical part evaluates the characteristic environments influencing health care at the national and regional level. Based on the analyses, a project solution for the creation of long-term intensive nursing care in a specific medical facility is proposed.

Keywords: long - term intensive nursing care, analysis, project, requirements

Poděkování patří vedoucímu diplomové práce doc. Ing. Petru Brišovi, CSc. za spolupráci a ředitelce Nemocnice Český Brod PhDr. Haně Dokoupilové za odborné rady a připomínky, kterými přispěla ke zpracování diplomové práce.

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

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČR</b> .....	<b>12</b>
1.1    POSTAVENÍ A CÍLE DLOUHODOBÉ LÉČEBNÉ PÉČE.....	12
1.1.1    Charakteristika a význam dlouhodobé léčebné péče.....	14
1.1.2    Dlouhodobá péče v ČR .....	16
1.1.3    Léčebná péče v geriatrii .....	17
1.1.4    Léčebny dlouhodobě nemocných.....	18
1.1.5    Nedostatky organizace a financování dlouhodobé péče .....	20
<b>2 DLOUHODOBÁ INTENZIVNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE (DIOP)</b> .....	<b>22</b>
2.1    CHARAKTERISTIKA A ZAMĚŘENÍ DIOP .....	22
2.1.1    Struktura péče a počty lůžek na odděleních DIOP.....	23
2.1.2    Charakteristika pacientů na oddělení DIOP .....	25
2.1.3    Péče o pacienta na lůžku DIOP .....	26
2.1.4    Příjem pacienta na oddělení DIOP .....	27
2.1.5    Přístrojové vybavení provozu na oddělení DIOP.....	27
2.1.6    Personální zajištění provozu na oddělení DIOP.....	30
<b>3 PODNIKATELSKÝ PLÁN ZALOŽENÍ NOVÉHO ODDĚLENÍ</b> .....	<b>31</b>
3.1.1    Podnikatelský cíl .....	31
3.1.2    Podnikatelský plán .....	31
<b>4 MANAGEMENT V OŠETŘOVATELSTVÍ</b> .....	<b>34</b>
4.1    CHARAKTERISTIKA ŘÍZENÍ V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	34
4.2    MANAŽER V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	35
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>37</b>
<b>5 PŘEDSTAVENÍ KONKRÉTNÍHO ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ</b> .....	<b>38</b>
5.1    HISTORIE ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ .....	38
5.2    SOUČASNÉ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ.....	39
5.2.1    Organizační struktura .....	40
<b>6 ANALYTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>42</b>
6.1    SWOT ANALÝZA .....	42
6.1.1    SWOT analýza konkrétního zdravotnického zařízení.....	44
6.2    ANALÝZA MAKRO A MIKROPROSTŘEDÍ.....	46
6.2.1    PESTLE analýza .....	46
6.2.2    Analýza mezoprostředí – Porterův model pěti konkurenčních sil .....	59
<b>7 PROJEKT VYTVOŘENÍ DLOUHODOBÉ INTENZIVNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE</b> .....	<b>64</b>
7.1    CÍL PROJEKTU.....	65

7.2	PŘED INVESTIČNÍ FÁZE .....	65
7.2.1	Získání registračního oprávnění .....	65
7.2.2	Požadavky na vytvoření nového oddělení.....	68
7.3	INVESTIČNÍ FÁZE VYTVOŘENÍ DLOUHODOBÉ INTENZIVNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE .....	72
7.3.1	Kalkulace předpokládaných investičních nákladů na stavbu oddělení DIOP .....	72
7.3.2	Kalkulace nákladů vybavení nového oddělení DIOP .....	74
7.3.3	Kalkulace výnosů .....	77
7.4	ČASOVÁ ANALÝZA .....	84
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>85</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>87</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>91</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>93</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>94</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>95</b>



## ÚVOD

Zdraví je nejvyšší hodnota pro každého člověka. Jeho kvalita je podmíněna tím, jak přistupujeme k jeho ochraně, udržení a rozvoji. Zdraví patří samozřejmě k prioritám nejvyšším, a to nejen pro samotné občany, ale i pro stát a celý sociálně - zdravotní systém. Nemocniční péče, zvláště péče intenzivní, má v České republice kvalitu i dostupnost. Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče je určena pacientům s poruchou vědomí a závažným, nejčastěji neurologickým postižením, jejichž stav již nevyžaduje umělou plicní ventilaci, ale vyžaduje intenzivní dlouhodobou ošetrovatelskou péči zejména o dýchací cesty, rehabilitaci, basální stimulaci.

Diplomová práce si klade za cíl, charakterizovat systém dlouhodobé léčebné péče v ČR a zařazení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče do tohoto systému. Dále popsat proces, který absolvuje zdravotnické zařízení k získání smluvního vztahu se zdravotními pojišťovnami na provozování tohoto typu oddělení.

Získ registračního oprávnění a uzavření smlouvy s příslušnou zdravotní pojišťovnou není snadným procesem. V práci jsou popsány požadavky na zřízení oddělení s příslušnou legislativou, kterou je nutné splnit.

Pacienti jsou odkázáni na péči specializovaného pracoviště, dokud nenabydou plného vědomí, musí jim být věnována speciální komplexní dlouhodobá péče. Vytvoření této péče na oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče si klade za cíl projekt diplomové práce.

## CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE

Hlavním cílem diplomové práce je vypracovat projekt vytvoření nového oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče, ve kterém jsou uvedeny jednotlivé kroky procesu založení a následného provozování oddělení.

Teoretická část diplomové práce se zabývá charakteristikou a postavením dlouhodobé léčebné péče a dlouhodobou intenzivní ošetrovatelskou péčí s popisem požadavků na provoz tohoto oddělení. Na základě teoretických poznatků tvorby podnikatelského plánu je navrženo řešení vytvoření nového oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče.

Dílčím cílem praktické části diplomové práce je provedení analýzy makroprostředí pomocí analýzy PESTLE, analýzy mezoprostředí pomocí Porterova modelu pěti konkurenčních sil a mikroprostředí zdravotnického zařízení. Dále provedení SWOT analýzy pro vyhodnocení silných, slabých stránek, příležitostí a hrozeb organizace.

Implementací teoretických poznatků do praktické části diplomové práce je navržen postup vytvoření oddělení z pohledu před investiční fází a fáze investiční s kalkulací nákladů, výnosů a zisku a jeho vyhodnocení.

V projektové části práce je vytvořena časová analýza.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČR

Zdravotní péče v České republice, kterou poskytují zdravotní služby, pečuje o zdraví obyvatel, léčí již probíhající onemocnění, podílí se na snižování následků nemocí a zabraňuje vzniku onemocnění.

Celý systém zdravotní péče lze vymezit jako souhrn, který se skládá z organizací, institucí a zdrojů, které jsou určeny k výkonu zdravotnických činností. (Čeledová et al., 2018, s. 45) Stát zabezpečuje péči o zdraví obyvatel celým zdravotním systémem. Zajišťuje dostupnost kvalifikované zdravotní péče pro všechny obyvatele, vytváří plány a koncepce zdravotní politiky, garantuje efektivní využití finančních prostředků na zdravotní péči, prostřednictvím zákonů, norem, standardů, finančních prostředků a institucí.

### 1.1 Postavení a cíle dlouhodobé léčebné péče

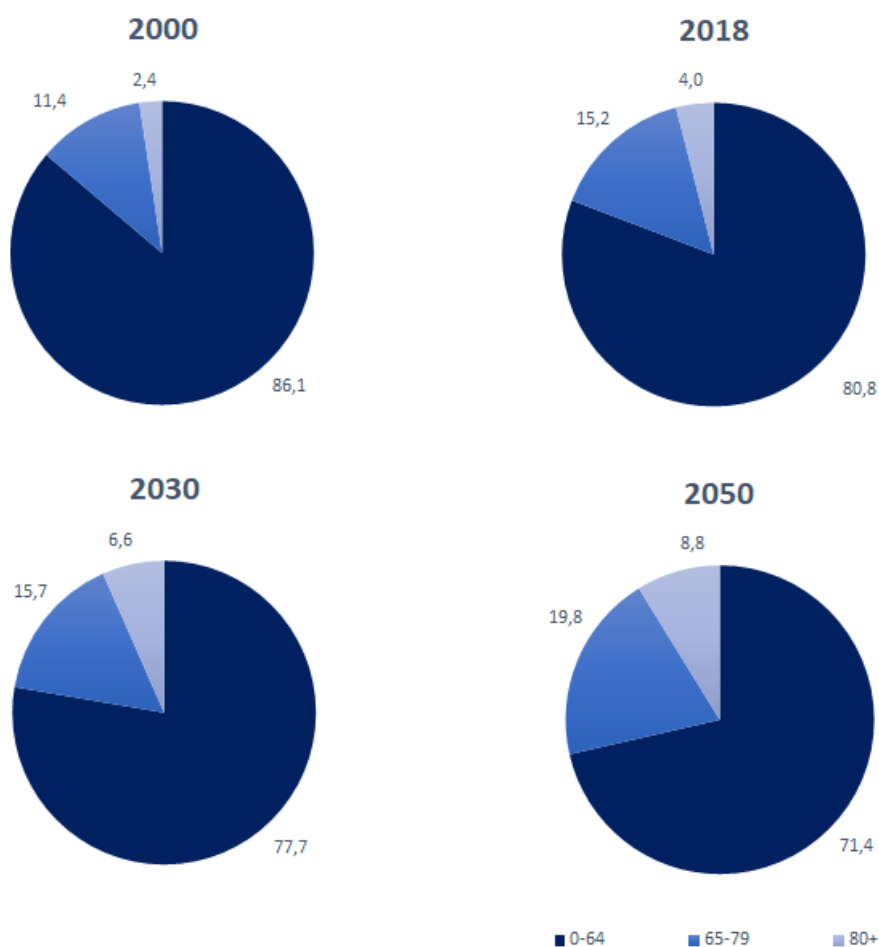
Dlouhodobá péče je v současné době velmi diskutovaným tématem, především v souvislosti se stárnutím populace a také delším dožitím lidí s chronickými onemocněními, které vzniká důsledkem pokroku moderní medicíny.

Každý člověk by rád žil dlouze, především kvalitním způsobem života a nejlépe v plném zdraví. (Haškovcová, 2012, s. 24)

Čevela (s. 13, 2016) uvádí, že civilizační vývoj s dlouhodobým zlepšováním zdravotního a funkčního stavu dnes stárnoucích generací, zvyšuje společenskou produktivitu seniorů, jejich soběstačnost a posouvá hranici stáří do vyššího věku.

Rychlost stárnutí souvisí s poměry ekonomickými i politickými. Roku 1950 bylo 25% obyvatel mladších 15 let a 9% obyvatel starších 65 let, dnes se poměr změnil. Zlom nastal v devadesátých letech s koncem normalizace, kdy podíl starších 65 let začal stoupat. Dnes je poměr obrácený, kdy počet mladších 15 let je 15% a počet starších 65 let je 18%. (Igor, s. 32, 2017)

V roce 2018 je ve věkové kategorii 65+ každý pátý člověk, v roce 2030 to bude každý čtvrtý člověk a v roce 2050 to bude každý třetí člověk. Přitom v roce 2001 činil podíl obyvatel ve věkové kategorii 65+ na celkové populaci ČR 13,8 %, v roce 2016 je to již 18,3%. Jedná se tedy o nárůst o polovinu v rozmezí posledních 15 let. Za posledních patnáct let se také zvýšil podíl lidí starších 80 let o dvě třetiny, jak ukazují následující grafy. (Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019-2025, 2018)



Obrázek 1: Projekce vývoje obyvatelstva ČR ve věkových kategoriích 0-64 let, 65-79 let, 80+ v % v letech 2000-2050 (Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2100, 2013)

Na stárnutí populace reagují nadnárodní organizace i jednotlivé státy Evropy vyhlášením strategických priorit. V České republice byl vyhlášen Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013-2017, který vycházel z ekonomických potřeb naší společnosti. Na Národní akční plán navazuje Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019-2025, která pokračuje ve formulování přístupu společnosti na stárnutí.

#### Desatero strategie přípravy na stárnutí společnosti:

1. Spravedlivé důchody
2. Dostupnější a kvalitní sociální a zdravotní služby
3. Dostupnější a bezbariérové bydlení pro seniory
4. Podpora sandwichové generace a neformálních rodinných pečujících
5. Příprava státu na stárnutí společnosti
6. Podpora rodiny a mezilidské vztahy

7. Bezpečný život seniorů, boj proti násilí a tzv. šmejdům, zvýšení ochrany spotřebitele
8. Celoživotní učení a aktivní stárnutí
9. Bezbariérový veřejný prostor
10. Osvěta a medializace tématu stárnutí. (Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019-2025, 2018)

Podle Haškovcové (2012, s. 29) se stáří nutně nemusí prožít v nemoci, ale je pravdou, že senioři jsou postiženi nemocemi mnohem častěji než ostatní jedinci.

Ve stáří je důležitým aspektem udržování starší populace v dobré fyzické, psychické i mentální aktivitě, ale s narůstajícím počtem lidí v nejvyšších deceniích narůstá také počet lidí s geriatrickými syndromy, které mají vliv na funkční stav a soběstačnost.

Pokud osoba onemocní a není schopna vykonávat základní sebeobslužné aktivity či vyžaduje další individualizované služby či kvalifikovaný zdravotnický dohled je této osobě poskytnuta dlouhodobá léčebná péče. (Válková, s. 12, 2015)

Dnes je důležité zajistit důstojné stárnutí a vysokou kvalitu života ve stáří. S tímto požadavkem souvisí i poskytování služeb dlouhodobé péče, které by měla být také kvalitní a dostupná.

### **1.1.1 Charakteristika a význam dlouhodobé léčebné péče**

Dlouhodobá péče je souborem řízených služeb, které podporují maximální možnou nezávislost lidí s funkčními omezeními. Tyto služby jsou poskytovány dlouhodobě s využitím vhodných postupů, kdy je kladen důraz na kvalitu života.

Roku 1982 se konalo pod záštitou OSN Světové zasedání o stáří a stárnutí ve Vídni, kde se odborníci shodli, že starých lidí výrazně přibývá a stále jich přibývat bude, jelikož přichází demografická revoluce. V návaznosti na tuto demografickou revoluci vznikly v roce 1992 Principy Spojených národů pro starší občany známé jako Zásady OSN pro seniory. V těchto zásadách je kladen důraz na nezávislost, společenské zapojení, seberealizaci, důstojnost a také na potřeby a dostupnost zdravotní a sociální péče v případě potřeby. (Haškovcová, 2012, s. 21)

Osoby využívající dlouhodobou péči jsou většinou senioři, ale není to pravidlem. Tyto služby mohou být poskytovány i jedincům s omezenou soběstačností mladšího věku nebo i dětem. (Válková, s. 12, 2015)

System dlouhodobé péče reaguje na změny, které probíhají v okolním světě se zpožděním a demografické změny nejsou jediné, které budou udávat směr vývoje dlouhodobé péče.

V dnešní době stoupají nároky nově stárnoucí generace, které již nebude stačit jen základní biologická zabezpečení před hladem a chladem, ale bude vyžadovat vyšší kvalitu života, jeho smysluplnost a lidskou důstojnost bez ohledu na tíži zdravotního a funkčního postižení. (Čevela, s. 39, 2016)

Dlouhodobá péče, tedy „long-term care“ je dnes všeobecně i mezinárodně uznávaný termín. Jedná se o poskytování služeb, které využívají lidé s dlouhodobě omezenou soběstačností. (Holmerová, s. 97, 2014)

Válková (s. 11, 2015) uvádí definici dlouhodobé péče dle WHO jako podpůrný systém péče, který zahrnuje široké spektrum služeb či institucí, zajišťují činnosti pro lidi, kteří nejsou schopni zvládnout péči o vlastní osobu. Hlavním cílem je udržení co nejvyšší možné úrovně kvality života, autonomie, účast na společenském životě, osobní uspokojení, lidské důstojnosti a udržení maximální možné kvality života, podle individuálních preferencí.

#### ***1.1.1.1 Charakteristika dlouhodobé péče***

Podle Holmerové (s. 98, 2014) vymezuje OECD dlouhodobou péči jako soubor služeb určené lidem, kteří jsou závislí na pomoci v některých ze základních sebeobslužných aktivit jako je například hygiena, oblékání, schopnost použít toaletu, samostatně se najíst či se přesunout z lůžka nebo křesla.

Mezinárodní dokumenty definují dlouhodobou péči (long-term care) jako:

- Péči poskytovanou osobám, jejichž soběstačnost je dlouhodobě omezena, jsou závislí na pomoci ostatních a jejich schopnost vykonávat sebeobslužné aktivity je omezena.
- Osoby, kterým je poskytována dlouhodobá péče nejsou schopny zvládnout základní sebeobslužné aktivity, kam se řadí oblékání, najedení se, kontinence, schopnost provést hygienu, základní mobilitu nebo instrumentální aktivity, které umožňují žít nezávisle v rámci komunity (nakupování, domácí práce, obstarání financí).
- Poskytování dlouhodobé péče je možné v domácím prostředí i v konkrétních institucích. (Válková, s. 12, 2015)

Důležité je také plánování dlouhodobé péče, protože pomáhá starším lidem lépe plnit jejich budoucí potřeby, které se mohou odlišovat v rámci této generace a nadcházející generace starších osob. (He, Chou, s. 3, 2017)

#### ***1.1.1.2 Základní cíle a principy v oblasti dlouhodobé péče***

- Zajištění spravedlivého přístupu k zdravotním i sociálním službám
- Zajištění individuální péče a ochrana důstojnosti jedince
- Zajištění optimálního způsobu poskytování dlouhodobé péče, převážně v rodině
- Podpora rozvoje a kvality služeb dlouhodobé péče
- Zlepšení hodnocení potřeb jedince a zajištění kompenzace (dávky, služby, pomůcky)
- Podpora rodinných příslušníků, kteří pečují o své blízké
- Zajištění dostatečné informace a komunikace o službách mezi poskytovateli a uživateli služeb (Dlouhodobá péče v České republice, 2011)

#### **1.1.2 Dlouhodobá péče v ČR**

„Dlouhodobou péčí se rozumí poskytování celodenní péče ošetřované osobě spočívající v každodenním ošetřování, provádění opatření spojených se zajištěním léčebného režimu stanoveného poskytovatelem zdravotních služeb nebo pomoci při péči o vlastní osobu ošetřované osoby. Péčí o vlastní osobu se rozumí zejména péče spojená s podáváním jídla a pití, oblékáním, svlékáním, tělesnou hygienou a pomocí při výkonu fyziologické potřeby.“ (Zákon č. 310/2017 Sb., 2017)

Dlouhodobá péče je poskytována v domácím prostředí nebo prostřednictvím léčen dlouhodobě nemocných, institucí poskytujících následnou péči, sanatorií, hospiců či domovů pro seniory.

Nelichotivou charakteristikou systému dlouhodobé péče je jeho nedostatečná koordinace a jeho jednotvárnost (Pratt, s. 33, 2016)

V České republice je dlouhodobá péče charakterizována zdravotními i sociálními službami, které jsou u části seniorů neoddělitelné. Dlouhodobá péče vzniká kombinací zdravotní a sociální péče, kdy může převládat péče zdravotní s minimální sociální komponentou nebo péče sociální s minimální zdravotní komponentou. (Drábek, 2011)

Sociálně-zdravotní služby jsou navzájem funkčně propojeny na úrovni obcí a jsou zaměřeny na potřeby seniorů a zdravotně znevýhodněných jedinců a podporují dostupnost této péče. Klade se také důraz na podporu autonomie a funkčního stavu prostřednictvím



podpory a pomoci a také jsou posuzovány potřeby klienta z hlediska výše příspěvku na péči. (Dlouhodobá péče v České republice, 2011)

System dlouhodobé péče je složen ze služeb zdravotních a sociálních, které se skládají se služeb ústavních, ambulantních a sociálních služeb poskytovaných v domácnosti. (Válková, s. 13, 2015)

Horecký a Průša (s. 8, 2019) uvádí, že se Česká republika od roku 2007 potýká s podprůměrnými kapacitami v případě počtu lůžek dlouhodobé péče v porovnání s členskými státy EU podle dat, které uvádí Světová zdravotnická organizace.

Dnes již potřebuje dlouhodobou péči přes 450 000 lidí a v důsledku stárnutí populace bude toto číslo růst zhruba o 100 000 lidí každých 10 let. (Dlouhodobá péče v České republice, 2011)

### 1.1.3 Léčebná péče v geriatрии

Nemocní senioři jsou křehcí pacienti a jejich nemoci bývají často zřetězeny. Důsledkem multimorbidity, která patří k hlavním charakteristikám vyššího věku, představují senioři převážnou část pacientů léčených dlouhodobě nemocných. Kvůli svým specifickým potřebám a problémům (zdravotním, psychickým, sociálním) vyžadují zvláštní přístup, individualizovanou péči a kombinaci různých způsobů léčby farmakologické a nefarmakologické.

Tyto choroby mají různé zvláštnosti, kterými se zabývá gerontologie. Profesionální péče musí být odborná, organizačně dobře zajištěná a bezpečná. Důležité je také chování v osobní rovině, profesionální personál by měl být vstřícný a empatický. (Haškovcová, s. 29, 2012)

Léčebnou péči v geriatрии charakterizuje respektování potřeb seniora, aktivní přístup personálu, preventivní zaměření léčby, kombinace různých terapeutických postupů, zdravotně-sociální rozměr práce, nutnost interdisciplinární spolupráce, komplexnost a kontinuita. (Zrubáková a Bartošovič, s. 18, 2019)

Roku 1983 byl obor geriatрии ustanoven jako samostatný lékařský obor, který měl zázemí v léčebnách dlouhodobě nemocných, vznikajících od roku 1974 z málo vyhovujících interních oddělení „druhého typu“, které měly více než 8000 lůžek. (Holmerová, s. 11, 2014)

Dle Tomeše a Šámalové (s. 13, 2017) probíhá poskytování péče seniorům formou solidarity tedy pospolitosti či vzájemnosti, která může být spontánní, tedy dobrovolná nebo povinná, která se vyznačuje povinnou a regulovanou vzájemností, která je zajištěna garancí

občanského práva a povinnou podporou či službou. To vše vyžaduje právní rámec uznání lidských práv, deskripci veřejných realizačních nástrojů a ochranu proti kriminálnímu zneužívání povinné solidarity. To vše zajišťuje stát svým občanům prostřednictvím přirozených a nezadatelných lidských práv deklarovaných ústavou.

Motiv k práci v pomáhajících profesích je touha pomáhat někomu druhému, kdo je ve zdravotní nebo sociální nouzi, případně byla volba pečovat o seniory náhodná či způsobena okolnostmi. V praxi se většinou jedná o kombinaci uvedených motivů k výběru práce se seniory. Pro profesionální a dobře odvedenou práci o seniory je nutné solidní platové ohodnocení a celkové materiální zázemí pracoviště. (Haškovcová, s. 38, 2012)

#### **1.1.4 Léčebny dlouhodobě nemocných**

V péči o dlouhodobě nemocné seniory zaujímají nezastupitelnou úlohu zdravotní služby. Služby na sociálně zdravotním rozhraní jsou specializované zdravotnické jednotky, které jsou běžnou součástí nemocnic a zaměřující se především na starší osoby. Těmito specializovanými jednotkami jsou léčebny dlouhodobě nemocných. (Tomeš a Šámalová, s. 191, 2017)

Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN) byly vždy součástí zdravotní péče, i přesto, že byly mnohdy považovány za zařízení sociální. Financování těchto léčeben bylo zajišťováno ze systému zdravotního pojištění. V roce 1992 byl vydán Zdravotní řád, který uváděl, že léčebny dlouhodobě nemocných jsou hrazeny z rozpočtu zřizovatele. Tehdy se rozvíjející systém všeobecného zdravotního pojištění, poznamenal pomalý rozvoj léčeben dlouhodobě nemocných, které stály mimo tento systém financování péče. (Holmerová, s. 14, 2014)

V knize „Rozvoj hospicové péče a její bariéry“ charakterizuje profesor Tomeš (s. 25, 2015) léčebnu dlouhodobě nemocných jako speciální ústav určen k ošetřování a doléčování pacientů, u nichž není perspektiva zlepšení jejich zdravotního stavu. Většinou se jedná o lidi vyššího věku, které není možné z různých důvodů ošetřovat v domácím prostředí.

Podle Ivy Holmerové (2014, s. 18) je geriatrický léčebný odborný ústav určen pro nemocné, kteří mají stanovenou diagnózu a léčebně-rehabilitační program, který je zaměřen na takové dosažení stupně soběstačnosti, kdy se může pacient navrátit do domácího prostředí.

V léčebnách dlouhodobě nemocných je poskytována péče rehabilitačně-rekonvalescentní, doléčovací a návratná. V léčebnách dlouhodobě nemocných je cílem obnova soběstačnosti či ústup závislosti s propouštěním do domácího prostředí.

Podle Tomeše (s. 25, 2015) jsou LDN součástí nemocnic nebo samostatné státní či soukromé instituce. Některá z těchto zařízení se svou povahou přibližují domovům důchodců, ale délka pobytu je zde omezená, zpravidla na tři měsíce.

Dlouhodobá lůžková zdravotní péče je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza, a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, kdy jeho zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče. Také může být poskytnuta péče pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez poskytování zdravotní péče se bude zdravotní stav pacienta zhoršovat. V rámci této lůžkové péče může být poskytována též dlouhodobé intenzivní ošetrovatelská péče (DIOP) pacientům s poruchou základních životních funkcí. (Čevela, Čeledová, Kalvach, s. 73, 2016)

V mnoha regionech čelí léčebny dlouhodobě nemocných přetížení z důvodů nedostatečného zajištění navazujících služeb a z důvodu nízké motivace rodin a samotných uživatelů k přechodu do těchto navazujících služeb vzhledem k ekonomickým nákladům. (Tomeš a Šámalová, s. 191, 2017)

Senioři většinou potřebují delší dobu k uzdravení a navrácení jejich původního funkčního stavu. Je důležité, aby zůstali v péči zdravotnického zařízení do doby, než se budou moci bezpečně vrátit domů nebo než bude nalezeno jiné vyhovující řešení. Snahou zdravotnického zařízení je zlepšení soběstačnosti a návrat staršího pacienta k nezávislému životu.

Pacienti, kteří již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopni se obejít bez pomoci jiné osoby a nemohou být propuštěni z léčebny dlouhodobě nemocných do doby, než jim je zabezpečena pomoc jinou osobou nebo poskytnuty služby terénních či ambulantních sociálních služeb jsou v léčebnách dlouhodobě nemocných zřízena tzv. „sociální lůžka“. (Tomeš a Šámalová, s. 191-192, 2017)

Na jedné straně léčebny dlouhodobě nemocných jsou zdravotnickými zařízeními, kde není zajištěna odpovídající sociální péče, kterou uživatelé služby potřebují. Na druhé straně pobytová zařízení sociálních služeb, která zdravotní péči zajišťují, nejsou připravená na zajišťování zdravotní péče ve větším rozsahu. (Tomeš a Šámalová, s. 195, 2017)

### 1.1.5 Nedostatky organizace a financování dlouhodobé péče

Výzkumná šetření a statistická data ukazují, že na pomoci druhých osob při vykonávání běžných denních aktivit začínají být starší lidé závislí od věku 75 let. Potřeba rozsáhlejší péče přichází v ještě vyšší věku. Proto je nutné zefektivnit poskytování sociální a zdravotní péče. (Čevela, Čeledová, Kalvach, s. 752, 2014)

Důsledkem stárnutí populace se očekává i přibývání osob vyžadujících dlouhodobou péči, toto vede i k růstu finančních nákladů související s touto péčí.

V době, kdy se ve zdravotnictví a v sociálních službách uplatňují tržní mechanismy, si klient nekupuje jen službu, nýbrž celý osobnostní postoj a emocionální vztah ke své osobě. (Haškovcová, s. 31, 2012)

Mezi hlavní témata nejen české politiky patří vytvoření funkčního a trvale udržitelného systému dlouhodobé péče. Tento systém řeší i evropské a mezinárodní agendy, ale je velmi obtížné nalézt jedno optimální řešení. Dlouhodobou péči upravuje řada evropských strategických dokumentů, ale v rámci EU není žádná jiná oblast, ve které by se členské státy tak lišily jako v oblasti sociální politiky. (Čevela, Čeledová, Kalvach, s. 767, 2014)

Různé rozdělení odpovědnosti, různá organizace zdravotní a sociální péče a také rozdíly v definici hranice mezi zdravotní a sociální péčí vedou k velkým rozdílům, pokud jde o služby dlouhodobé péče, jejich organizaci a úlohu v systémech sociální ochrany jednotlivých členských států. Pojetí dlouhodobé péče sahá od univerzalistické koncepce založené na sociálních právech každého jedince (severské státy), až po minimalistické pojetí (jihoevropské země), kdy je veřejná dlouhodobá péče poskytována pouze tam, kde péči nemůže zajistit rodina či komunita a finanční prostředky osoby, která péči potřebuje, nejsou dostatečné k zajištění péče poskytované podnikatelskými subjekty (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2012)

Nejblíže má dlouhodobá péče svým charakterem k veřejnému zdravotnímu pojištění, kde je péče hrazena přímo z pojistného jednotlivými zdravotními pojišťovnami a objem vybraného pojistného v podstatě limituje objem poskytované péče, i když se mění např. struktura pojištěnců nebo výnosy z pojistného připadající na jednoho pojištěnce. Nicméně i zde je poměrně silná vazba na státní rozpočet ve formě platby za státní pojištěnce, kteří tvoří cca 60 % všech pojištěných osob, a silná implicitní garance státu za solventnost systému. Bez rozhodnutí o věcné změně plnění poskytovaných v rámci dlouhodobé péče včetně stanovení podmínek nároku na jejich plnění spolu se zavedením odpovídající spoluúčasti občana, a bez zrušení poskytování dotací poskytovatelům není možné případný

přechod na pojistný systém realizovat. Závažnější než model financování zůstává však zajištění bezpečnosti (kvality) nově utvářené dlouhodobé péče, především eliminace diskriminující restrikce potřebné zdravotní péče, jejího zanedbání. (Čevela, Čeledová, Kalvach, s. 771, 2014)

V dnešní době je dlouhodobá péče poskytována profesionálními poskytovateli, kteří spadají do resortu Ministerstva práce a sociálních věcí a Ministerstva zdravotnictví nebo je poskytována osobami blízkými nebo jinými (neformální péče v rámci rodiny nebo komunity). Tyto služby, poskytované v rámci jednotlivých ministerstev mezi sebou nejsou koordinované, což vede k velkým nerovnostem mezi srovnatelnými klienty zdravotnických a sociálních zařízení, nedostatečnému zajištění kvality a dostupnosti péče. Nespravedlivý je i přístup zdravotních pojišťoven v proplácení zdravotní péče poskytovatelům. (Dlouhodobá péče v ČR, 2011)

Pacienti s podobným zdravotním stavem mohou být umístěni jak v zařízeních zdravotnických, tak sociálních, která jsou však financována odlišným způsobem, a zároveň dochází ke vzniku značných nerovností v péči o klienty se srovnatelnými potřebami. Nezbytným krokem je sjednocení způsobu financování ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb a ošetrovatelské péče na lůžkách dlouhodobé péče ve zdravotnických zařízeních, pokud pacient potřebuje stejný rozsah této péče. Obecně je však třeba se zaměřit na celkovou provázanost zdravotní a sociální péče různého typu. Nezbytnou součástí péče v této oblasti je i péče paliativní a hospicová. (Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019-2025, 2018)

## 2 DLOUHODOBÁ INTENZIVNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE (DIOP)

Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče (DIOP) je určena pro závažné, avšak stabilizované stavy. Pacienti jsou dlouhodobě imobilní a nejsou schopni přesunu do léčen d dlouhodobě nemocných nebo na ošetrovatelská lůžka. Tito pacienti byli dříve umístěni na odděleních jednotek intenzivní péče (JIP) a na anesteziologicko-resuscitačních odděleních (ARO). Nově vznikající lůžka dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče hrají významnou úlohu, především z důvodu uvolnění potřebných a nákladnějších lůžek na odděleních JIP a ARO.

### 2.1 Charakteristika a zaměření DIOP

Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče je poskytována pacientům s poruchou základních životních funkcí, jejichž stav nelze zlepšit léčebnou péčí a bez poskytování ošetrovatelské péče se jejich stav zhoršuje. Oddělení DIOP slouží pro přechod pacientů z následné intenzivní péče (NIP), ARO nebo JIP do standardní lůžkové péče nebo do domácí péče. Rozdíl těchto pracovišť je v personálním obsazení, technickém vybavení a ve vykazování péče zdravotním pojišťovám.

Pacienti s postiženími základních životních funkcí přežívají díky péči na oddělení ARO. Před zřízením DIOP následovala improvizovaná péče, nejčastěji ve standardních LDN, ale tato zařízení nejsou dostatečně vybavena pro pacienty, kteří by měli být aktivně rehabilitováni a vyžadují zajištění kvalitní výživy i řešení akutních komplikací. (Kalvach et al., s. 953, 2011)

Oddělení DIOP jsou určena pacientům se závažným, převážně neurologickým postižením, kdy stav pacienta nevyžaduje umělou plicní ventilaci, vyžaduje však intenzivní ošetrovatelskou péči o dýchací cesty. (Kalvach et al., s. 953, 2011)

Podmínkou pro přijetí pacienta na oddělení DIOP je nezávislost na umělé plicní ventilaci. Dýchací cesty jsou zajištěné tracheostomií, díky které je zajišťována hygiena dýchacích cest nebo podávání léků. Pacienti mají zajištěné vitální životní funkce, spontánně dýchají a je zachován krevní oběh.

Na tato oddělení jsou přijímáni pacienti, u kterých se předpokládá zlepšení celkového stavu, nejedná se o pracoviště paliativní medicíny, kde jsou umístováni pacienti s beznadějnou prognózou. Pokud nedochází ke změně stavu pacienta, dochází k přehodnocení indikace k další hospitalizaci, nejčastěji po několika měsících pobytu na oddělení.

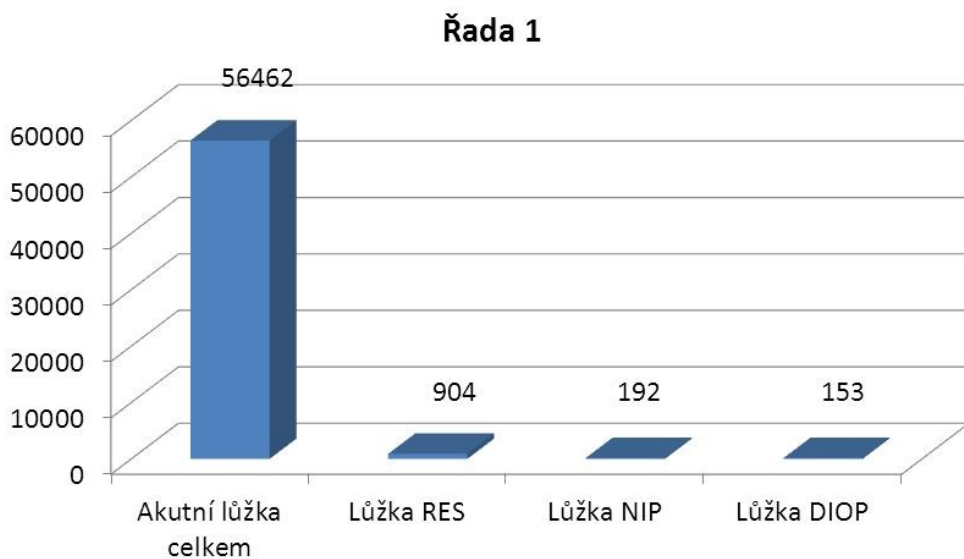
Pracoviště DIOP musí mít minimálně pět lůžek, zajištěnou nepřetržitou dostupnost laboratoře klinické biochemie, radiodiagnostiky a anesteziologa. Péče chirurgická, interní a neurologická, stejně jako mikrobiologická diagnostika, musí být dosažitelná koziliárně.

Lůžka DIOP jsou vnímána jako lůžková stanice v rámci akutní nemocnice (nejčastěji při oddělení ARO), ale v některých místech České republiky byla již tato lůžka zřízena i v rámci LDN. (Kalvach et al., s. 955, 2011)

### 2.1.1 Struktura péče a počty lůžek na odděleních DIOP

Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče je neoddelitelnou součástí komplexní péče o těžce nemocné pacienty, kterým selhávají základní životní funkce. Struktura péče o tyto pacienty je tvořena osou ARO-JIP-NIP-DIOP-LDN nebo domácí péče.

## Co říkají čísla



ÚZIS 2014

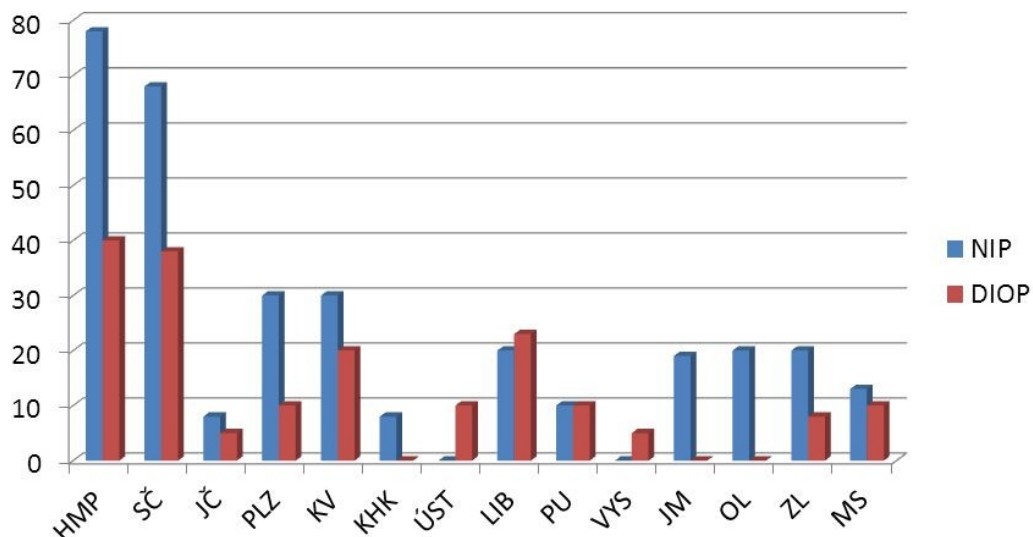
Graf 1: Počet lůžek NIP a DIOP v České republice v roce 2014 (ÚZIS, 2014)

Současný stav počtu lůžek na odděleních DIOP nereflexuje rozvoj zdravotních služeb a jeho výsledky, které ukazuje i problematika následné intenzivní péče. Příkladem je 82% pacientů, kteří mají po náhlé zástavě oběhu neurologické následky a tito pacienti jsou odkázáni na některou z forem péče na odděleních NIP či DIOP nebo také po

kranio cerebrálním poranění zůstává neurologický deficit zhruba u třetiny přeživších pacientů. U pěti procent pacientů se projeví chronická kritická choroba po akutním průběhu, tedy zhruba u 1700 pacientů, kteří by potřebovali využít dlouhodobou intenzivní ošetrovatelskou péči nebo následnou intenzivní péči, ale těchto lůžek není ani 500. (Koubová, 2015)

V současné době jsou lůžka DIOP nedostatková a jsou nerovnoměrně rozmístěna v rámci celé České republiky, jak ukazuje následující graf.

## Lůžka NIP/DIOP v krajích



MZ ČR 2015

Graf 2: Rozdělení lůžek NIP a DIOP v krajích ČR (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2015)

Počet oddělení DIOP stále roste, jak ukazuje graf ministerstva zdravotnictví a tabulka zpracovaná z údajů Všeobecné zdravotní pojišťovny a informací od doc. MUDr. Jarmily Drábkové CSc. Dříve chybějící lůžka v Královéhradeckém, Jihomoravském a Olomouckém kraji jsou již nyní pokryta, avšak neustále dochází k nedostatku lůžek s touto péčí a nerovnoměrnému rozmístění oddělení DIOP v krajích, jak ukazuje tabulka č. 1.



Kraj České republiky	Místa s oddělením DIOP
Středočeský kraj	Městec Králové, Český Brod, Rakovník, Neratovice, Kladno, Sedlčany
Hlavní město Praha	Nemocnice Na Bulovce, Ústřední vojenská nemocnice, Nemocnice Svatého Kříže Žižkov, NH hospital a.s. Praha
Moravskoslezský kraj	Frýdek Místek, Karviná, Ostrava, Krnov
Olomoucký kraj	Vojenská nemocnice Olomouc, Fakultní nemocnice Olomouc, Šumperk
Zlínský kraj	Zlín
Jihomoravský kraj	Chronicare Mund s.r.o. Brno, SurGal Clinic s.r.o. Brno, Boskovice
Kraj Vysočina	Třebíč
Jihočeský kraj	Strakonice, Písek, Jindřichův Hradec
Plzeňský kraj	Fakultní nemocnice Plzeň, PRIVAMED a.s. Plzeň, Klatovy
Karlovarský kraj	Karlovy Vary
Ústecký kraj	Most, Louny, Ústí nad Labem
Liberecký kraj	Tanvald, Česká Lípa, Frýdlant
Pardubický kraj	Chrudim
Královehradecký kraj	Náchod

Tabulka 1: Rozdělení oddělení s lůžky DIOP v krajích. (vlastní zpracování)

### 2.1.2 Charakteristika pacientů na oddělení DIOP

Na oddělení DIOP jsou nejčastěji umístováni stabilizovaní pacienti s dlouhodobou kvantitativní změnou vědomí, převážně s různými formami bezvědomí (pacienti s „apalickým syndromem“).

Apalický syndrom je charakterizován jako přechodný stav traumatického i netraumatického poškození mozku (krvácení, ischemie, otravy). Pacienti s tímto syndromem procházejí specifickými stádii, přičemž úprava funkcí může trvat 2-5 let s nejistým výsledkem. Jedná se o vegetativní stav, který je možné rozlišit na tzv. perzistentní vegetativní stav (dlouhodobý, kdy návrat některých funkcí není možné

vyloučit) a permanentní vegetativní stav (nezvratný stav). Dokud nenabydou plného vědomí, musí jim být věnována speciální komplexní dlouhodobá péče. (Kalvach et al., s. 954, 2011) Pacienti s apalickým syndromem trpí hlubokou poruchou vědomí, kdy pacient není schopen kontaktu s okolním světem. Stavy mohou přetrvávat od několika dnů přes měsíce, jsou známy i několikaleté případy. Tito pacienti nevyžadují umělou plicní ventilaci, potřebují ale nadstandardní péči o dýchací cesty a také výživu, která je jim podávána sondou. Dostávají se jim i vybrané techniky bazální stimulace.

Pacienti na oddělení DIOP jsou zpravidla lidé po havárii, kraniotraumatu, metabolickém postižení mozku, nejčastěji s neurologickým postižením, s onemocněním CHOPN, stavy po resuscitaci, stavy po koronárních a cévních mozkových příhodách, stavy po traumatech páteře, po neurochirurgických operacích, vyžadující dlouhodobou intenzivní a ošetrovatelskou péči o základní životní funkce. (Dokoupilová, 2010)

DIOP zabezpečuje hospitalizaci dlouhodobého charakteru pro pacienty s apalickým syndromem S délkou poruchy vědomí však klesá šance, že pacient nabere plné vědomí. Pokud se tak stane, potřebuje pacient speciální, komplexní dlouhodobou péči mimo jiné i proto, že není schopen přijímat potravu a nadále musí být živen sondou. (Dokoupilová, 2010)

### 2.1.3 Péče o pacienta na lůžku DIOP

Na lůžku dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče se pečuje o dospělé pacienty. Jedná se o poskytování komplexní péče o pacienta zahrnující všechny potřebné diagnostické a dostupné terapeutické postupy, nutné k podpoře jednotlivých orgánových systémů.

Péče je strukturovaná podle vývoje aktuálního neurologického stavu, podle poskytované úrovně rehabilitace, podle intenzivní péče o dýchací cesty a dle diagnózy.

Důležité aspekty zdravotní péče:

- Péče o kůži a celková hygiena pacienta. Vše s cílem prevence dekubitů a otlaků kůže. Důležitá je prevence, proto se u těchto pacientů používají moderní polohovací lůžka a aktivní antidekubitní matrace, vč. polohovacích polštářů i jiných pomůcek.
- Péče o otevřené cesty dýchací pravidelným odsáváním sekretů, laváží, oxygenoterapie, nebulizace.
- Péče o tracheostomickou kanylu.
- Péče o nazogastrickou sondu.

- Péče o jejunostomickou sondu.
- Péče o močový katetr.
- Péče o žilní vstupy – CK (centrální katetr), ŽK (žilní katetr)

Veškeré ošetřování je prováděno přísně asepticky, s použitím sterilních pomůcek.

(Dokoupilová, 2010)

#### **2.1.4 Příjem pacienta na oddělení DIOP**

Pacienti na oddělení DIOP přichází překladem z oddělení akutní intenzivní péče, tato oddělení nejsou určena pro pacienty, kterým se zhoršil zdravotní stav na některém oddělení lůžkové péče.

Vstupní kritéria k přijetí na oddělení DIOP:

- nutnost zajištění dýchacích cest
- schopnost zvládat spontánní ventilaci
- nutnost umělé výživy – nazogastrickou sondou, PEG
- stabilní vitální funkce – oběhové, renální, metabolické (Dokoupilová, 2010)

#### **2.1.5 Přístrojové vybavení provozu na oddělení DIOP**

Technické a věcné vybavení je dáno vyhláškou ministerstva zdravotnictví č. 92/2012 Sb. Lůžkové oddělení musí být vybaveno prostředky pro polohování a zajištění hygieny imobilních pacientů a manipulaci s nimi. Také jsou zřízeny koupelny vybavené zvedáky a sprchovacími lůžky.

Veškerá přístrojová technika musí mít pravidelný servis, musí být provedena bezpečnostní technická kontrola. Kontroly se provádějí 1 x za 2 roky a záznamy musí být doložitelné a archivované. (Dokoupilová, 2010)

#### ***Lůžka***

O použití jednotlivých druhů lůžek rozhoduje aktuální situace a potřeby pacientů na oddělení. Využívají se elektrická polohovatelná lůžka nebo lůžka lehká, snadno ovladatelná při transportu.



Obrázek 2 Polohovatelné elektrické lůžko pro ležícího pacienta (Linet)

### *Antidekubitní matrace*

Součástí lůžek jsou antidekubitní matrace nebo podložky. Antidekubitní matrace mohou být pasivní, které jsou tvořeny pouze tělem matrace či aktivní matrace, které mají samostatný pohon a jsou založené na střídavém proudění vzduchu v matraci.



Obrázek 3 Aktivní antidekubitní matrace (Linet)

### ***Monitory fyziologických funkcí***

Monitory funkcí pro sledování pulzu, krevního tlaku, okysličení krve a tělesné teploty pacienta. Jeden monitor může být použit podle Všeobecné zdravotní pojišťovny pro tři lůžka.



Obrázek 4: Ukázka monitoru fyziologických funkcí (Philips)

### ***Centrální monitor***

Centrální monitor je určen pro sledování všech pacientů na oddělení.

### ***Přenosný transportní monitor***

### ***Centrální odsávací systém***

Tento systém je veden ve zdi a vývody jsou umístěny v rampě u každého lůžka. (Vyhláška č. 92/2012 Sb., 2017)

Další součástí technického vybavení na oddělení DIOP jsou přenosná pojízdná odsávačka, nebulizátory, plicní ventilátor, defibrilátor, stolek lékový a další stolky k ošetřování, infuzní stojany (nejsou-li součástí rampy), laryngoskop k intubaci, přenosná resuscitační brašna nebo speciální stolek k resuscitaci, lůžko k mytí a sprchování pacientů s výpustí,

záložní tlakové lahve kyslíku, EKG, glukometr, dávkovače nutriční výživy, dávkovače injekční, dávkovače léků. (Dokoupilová, 2010)

Oddělení musí být vybaveno zdrojem medicijního kyslíku a centrálního vakua pro ventilované pacienty. Rozvod vakua se nevyžaduje, pokud je oddělení vybavené elektrickými odsávacími u lůžka. (Vyhláška č. 92/2012 Sb., 2017)

### **2.1.6 Personální zajištění provozu na oddělení DIOP**

Minimální personální zajištění provozu je dáno vyhláškou č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Podle této vyhlášky je personální zajištění následující:

- ❖ Lékař se specializovanou způsobilostí, zvláštní odbornou způsobilostí nebo zvláštní specializovanou způsobilostí (anesteziolog, intenzivní specialista, internista, chirurg, neurolog)
- ❖ Všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí bez dohledu (sestra pro intenzivní péči)
- ❖ Všeobecná sestra bez dohledu a všeobecná sestra nebo zdravotnický asistent
- ❖ Sanitář s kurzem nebo ošetřovatel
- ❖ Fyzioterapeut bez dohledu nebo ergoterapeut bez dohledu
- ❖ Zdravotně sociální pracovník - dostupnost
- ❖ Klinický psycholog - dostupnost
- ❖ Psychiatr - dostupnost
- ❖ Logoped - dostupnost
- ❖ Nutriční terapeut - dostupnost
- ❖ Chirurg, RTG, laboratoř + další komplementární služby – dostupnost (Vyhláška č. 99/2012 Sb., 2017)

### 3 PODNIKATELSKÝ PLÁN ZALOŽENÍ NOVÉHO ODDĚLENÍ

#### 3.1.1 Podnikatelský cíl

Každý podnikatel si již při zakládání podnikání stanovuje cíl, kterého by chtěl dosáhnout. Podnikatelský cíl je nejdůležitější věcí, kterou by si měl podnikatel ujasnit a promyslet a od tohoto cíle se odvíjejí způsoby, prostředky a další menší cíle, které je potřeba splnit pro dosažení cíle hlavního. Pomocí dílčích cílů se lépe postupuje k cíli primárnímu.

Chriss Gattis (2010) ve své knize uvádí následující kroky pro proces tvorby obchodního plánu:

1. Definice produktů a služeb, které bude firma uvádět na trh
2. Tvorba marketingového plánu
3. Predikce příjmů
4. Tvorba předpokládaného výkazu zisku a ztráty, výkazu o peněžních tocích a analýza rentability
5. Zodpovězení otázky, zda bylo dosaženo cíle, pokud ne, vrátit se zpět na začátek a upravit plán.

#### 3.1.2 Podnikatelský plán

Podnikatelský plán podle Ivany Svobodové (s. 270, 2017) pomáhá utřídit myšlenky o podnikatelském nápadu, dát těmto myšlenkám jednoznačnost prostřednictvím formulování do slov a realizovatelnost prostřednictvím analýz trhu a propočtů návratnosti vložených investic.

Chris Gattis (2010) definuje podnikatelský plán jako dokument, který představuje shrnutí plánů a očekávanou výkonost podniku. Podnikatelský plán je prezentován způsobem, který umožňuje snadné čtení bankéřům a dalším investorům. Podnikatelský plán je shrnutí informací o oboru, konkurenci, zákazníkovi a plánu vydělávat.

Autor knihy „Successful Business Plan“ pan Abrams o tvorbě podnikatelského plánu uvádí: Proces obchodního plánování dává zbraň, kterou je možné použít, pokud jsou hledány peníze na podnikání a skvělou příležitostí porozumět konceptu, trhu, odvětví, čímž se zvětšuje šance na úspěch.

Podnikatelský plán je možné sestavit nejen před zahájením podnikání, ale také je možné jej vytvořit při plánování zásadnější změny v rámci podnikání. Cílem je co nejreálněji ověřit realizovatelnost nápadu. Setká-li se plán se skutečností, není možné zcela zjistit, jelikož je pracováno s odhady a predikcemi budoucího vývoje. (Svobodová, s. 270, 2017)

Vytvoření podnikatelského plánu pomůže:

- zamyslet se nad celým svým podnikáním
- lépe porozumět svým skutečným finančním potřebám
- dosáhnout bezpečného financování
- přilákat klíčový management
- rozvíjet marketingové aktivity a materiály
- identifikovat klíčové strategické partnery a zákazníky (Abrams, 2010)

Kdy podnikatelský plán sestavit:

- při zahájení podnikání
- při změně strategie
- při růstu podniku
- při vstupu dalšího vlastníka
- v období změny (Svobodová, s. 270, 2017)

Při zpracování podnikatelského plánu si podnikatel ujasní, jaké kroky musí učinit, jak oslovit zákazníky, na jakých trzích bude svůj produkt nabízet, jaká je konkurence, jak se od konkurence lišit, kolik bude potřebovat zaměstnanců, zda bude vlastnit dostatek výrobní kapacity a další otázky. (Srpková, s. 24, 2011)

Obsah podnikatelského plánu není jasně stanoven a je mnoho možností, jak podnikatelský plán sestavit. Podnikatelský plán podle Jitky Srpkové (2011) může vypadat například takto:

Podnikatelský plán obsahuje

- titulní list – název a logo firmy, jméno autora, datum založení
- obsah – krátký na 1 až 1,5 strany, pro rychlejší vyhledání informací
- úvod, účel a pozice dokumentu – pro koho je dokument určen nebo jedná-li se o zkrácenou či finální verzi podnikatelského plánu



- shrnutí – hrubá osnova toho, co bude rozpracováno podrobněji
- popis podnikatelské příležitosti – zaměření na popis produktu, konkurenční výhodu a užitek pro zákazníka
- cíle firmy a vlastníků – informace o firmě a stanovení cílů SMART
- potenciální trhy – informace o potenciálních trzích a možnostech se na nich uplatnit
- analýza konkurence – na základě srovnání konkurence určení výhody jednotlivých firem
- marketingová a obchodní strategie – má vliv na budoucí úspěch, jedná se o výběr cílového trhu, určení tržní pozice produktu a rozhodnutí o marketingovém mixu (produkt, cena, distribuce, propagace)
- realizační projektový plán – harmonogram všech činností a dodavatelské zajištění
- finanční plán – prokazuje reálnost podnikatelského plánu z ekonomického pohledu, jedná se o plánování nákladů a výnosů, plánování příjmů a výdajů, očekávaný vývoj majetku firmy a zdrojů jeho financování, poměrové ukazatele finanční analýzy a bod zvratu
- hlavní předpoklady úspěšnosti projektu, rizika projektu – prokázání silných a slabých stránek firmy a také hrozby a příležitosti podnikatelského plánu pomocí SWOT analýzy
- přílohy – závisí na konkrétním podnikatelském plánu.

## 4 MANAGEMENT V OŠETŘOVATELSTVÍ

Management v ošetrovatelství se liší od profesionálního managementu v jiných oborech především filosofií služeb. Pracovníci v ošetrovatelství nesou zodpovědnost za zdraví a nemoci pacientů a je proto nutný jejich jedinečný přístup. Management a ošetrovatelství jsou provázaná odvětví, neboť bez kvalitního a efektivního řízení nelze poskytovat ošetrovatelskou péči a uspokojit potřeby pacienta.

Na oddělení DIOP jsou kladeny vysoké nároky na ošetrovatelský personál a zdravotní sestry zde mají nezastupitelnou roli, proto je součástí diplomové práce tato kapitola.

### 4.1 Charakteristika řízení v ošetrovatelství

Management v ošetrovatelství se zabývá jednotlivými úrovněmi řízení v ošetrovatelství a využívá k tomu principy obecného managementu. Poskytování profesionální a kvalitní zdravotní péče vyžaduje efektivní vedení organizace.

Martin Krause (2018) uvádí dva konzistentní cíle, kterými jsou finance a kvalita ošetrovatelské péče, které je vhodné udržovat stabilní.

Ilona Plevová (s. 31, 2012) charakterizuje management v ošetrovatelství dvěma hlavními cíli, kterými jsou kvalita služeb a kvalitní personál.

Vedoucí pracovníci, kteří působí ve zdravotnictví na mnoha postech, mají zodpovědnost a důvěru a proto je jejich výběr důležitý pro stanovení poslání instituce a zajištění potřebných zdrojů pro uskutečnění tohoto poslání. (Plevová et al., s. 31, 2012)

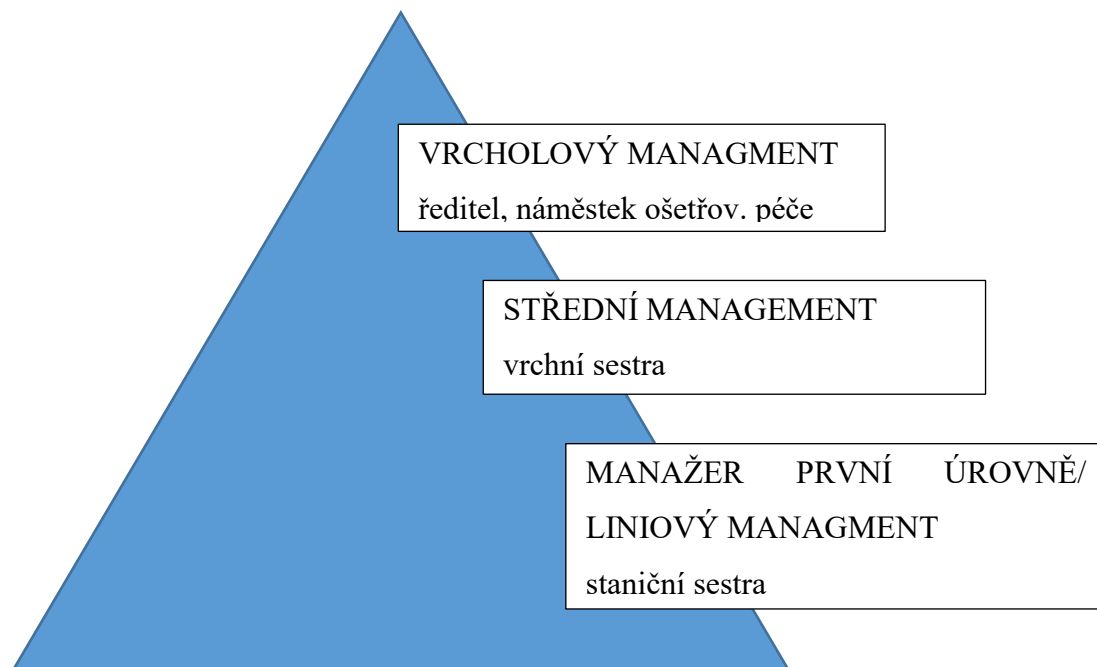
Dalšími cíli managementu v ošetrovatelství mohou být:

- Udržení kvality péče v rámci finančních možností organizace
- Plnění cílů organizace
- Zvyšování motivace zaměstnanců a pacientů
- Zvyšování schopnosti podřízených přijímat změny
- Zvyšování týmové spolupráce a morálky
- Další profesní rozvoj personálu (Krause, 2018)

Ilona Plevová ve své knize „Management v ošetrovatelství“ charakterizuje efektivní vedení ve zdravotnické organizaci jako proces, který začíná stanovením různých stupňů

odpovědnosti a pravomocí jednotlivých zdravotnických pracovníků a významu jejich spolupráce.

Úrovně řízení vyjadřuje manažerská pyramida, která popisuje hierarchii řízení:



Obrázek 5: Manažerská pyramida (vlastní zpracování)

Vrcholový management zajišťuje vysokou úroveň organizovanosti, volí vhodné organizační formy a struktury v rámci poskytování lékařské a ošetrovatelské péče. V rámci poskytování zdravotnické péče je nutné zajistit mnoho důležitých činností, kroků a postupů, zajistit dostatek kompetentního personálu po 24 hodin denně a materiálního zabezpečení. Všechny tyto činnosti jsou zajišťovány multidisciplinárním týmem. (Plevová, s. 130, 2012)

#### 4.2 Manažer v ošetrovatelství

Manažerské funkce jsou podle Ladislava Blažka (s. 21, 2014) vymezeny jako plánování, organizování, personalistika, vedení a kontrolování.

Z klasického managementu vychází hlavní úkoly manažera v ošetrovatelství, tedy řídit a organizovat práci a řídit pracovníky s využitím behaviorálních znalostí. (Krause, 2018)

Manažerem v ošetrovatelství může být každá všeobecná sestra, která plánuje, organizuje, vede a kontroluje péči o pacienta, jeho rodinu nebo komunitu.

Hlavním smyslem manažerské práce je dosažení vytyčených cílů, kterých má být dosaženo, a proto je důležité správné rozhodnutí, jakou cestou se cíli ubírat. Rozhodování tvoří hlavní bod řídicí práce. Správné rozhodnutí a vytyčení správné cesty nezbytné, ale také účinně ovlivnit spolupracovníky tak, aby chtěli a uměli konkrétního cíle dosáhnout. (Blažek, s. 51, 2014)

Martin Krause (2018) charakterizuje manažery v ošetrovatelství jako pracovníky, kteří vykonávají řízení ošetrovatelských služeb, mají pozitivní vztah ke kvalitě, vedou zaměstnance k tomu, aby se kvalita stala součástí profesní cti, informují své podřízené a kolegy o svých záměrech a tvoří podmínky pro splnění těchto záměrů a musí zabránit vzniku chyb a preventivně je odstraňovat.

Ve zdravotnictví se od manažerů očekává vybroušenější etický přístup ke konkrétním rozhodnutím. Manažeři ve zdravotnictví jsou ostřeji sledováni než manažeři v jiných odvětvích. (Plevová, s. 31, 2012)

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## **5 PŘEDSTAVENÍ KONKRÉTNÍHO ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ**

Tato kapitola je věnována charakteristice konkrétního zdravotnického zařízení v Pardubickém kraji. Informace jsou čerpány z rozhovorů s ředitelem zdravotnického zařízení, jedním majitelem zdravotnického zařízení, zaměstnankyní léčebného ústavu a také z interních i externích zdrojů organizace.

### **5.1 Historie zdravotnického zařízení**

Léčebný ústav byl zřízen před více než sto lety jako nemocnice. Dne 7. července 1897 byl položen základní kámen ke stavbě nemocniční budovy. Za dobu svého fungování se potýkal s mnoha změnami, především s několika rekonstrukcemi, z nichž poslední proběhla v roce 2019. Vedení nemocnice mnohokrát bojovalo za zachování existence zařízení, neboť snahy o jeho zrušení se v historii opakovaly.

Léčebný ústav se potýkal s řadou závažných situací ve zdravotnictví, příkladem bylo zavedení financování zdravotní péče ze zdravotního pojištění, příprava a zprivatizování státního majetku v ústavu i jeho bezúplatné převedení na obec, ve které tento ústav sídlí, provozování léčebného ústavu jako příspěvkové organizace obce a nakonec ukončení činnosti této příspěvkové organizace rozhodnutím obecního zastupitelstva k poslednímu dni roku 1995. Smlouva o právním nástupnictví byla uzavřena s nově vzniklou společností s ručením omezeným, která uzavřela s obcí smlouvu o pronájmu celého areálu zdravotnického zařízení a převzala všechna práva i povinnosti příspěvkové organizace. Od roku 1996 provozuje zdravotnické zařízení společnost s ručením omezeným, jejíž vedení tvoří lékaři tohoto zařízení. Léčebný ústav při poskytování zdravotních služeb využíval movitý i nemovitý majetek obce, ve které se zařízení nachází, a zčásti movitý majetek nadace měst a obcí, zřízené při této nemocnici. V současné době je nemovitý majetek ve vlastnictví společnosti.

Léčebný ústav poskytuje zdravotní služby občanům z celé České republiky, převážně však z regionů v blízkosti léčebného ústavu. Zařízení je situováno na pomezí Čech a Moravy, konkrétně bývalých okresů Ústí nad Orlicí a Šumperk.

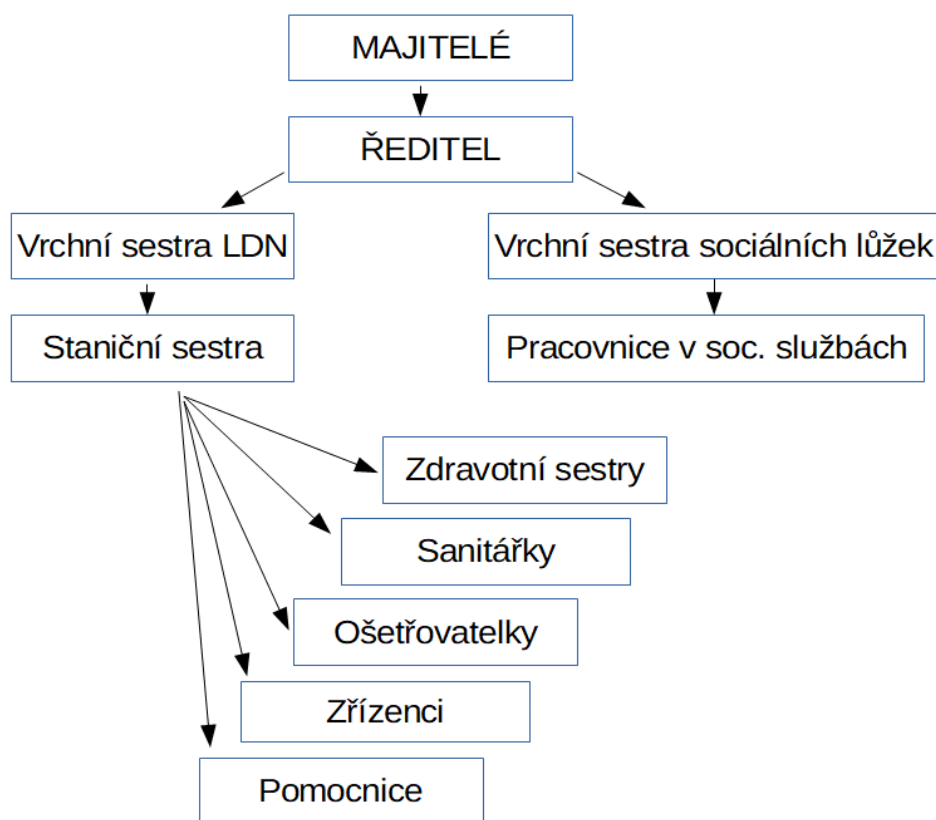
## 5.2 Současné zdravotnické zařízení

Konkrétní zdravotnické zařízení, ve kterém je zpracován projekt diplomové práce, je léčebný ústav, který poskytuje zdravotnické služby v oblasti následné péče. V době hospitalizace poskytuje pacientům ošetrovatelskou péči, jejíž cena je hrazena prostřednictvím zdravotních pojišťoven. Tato péče je časově ohraničena vývojem zdravotního stavu pacienta. Pobyt na lůžku následné péče nemůže proto být považován za trvalé řešení v zajišťování sociálních potřeb seniorů.

### Předmět činnosti:

Léčebný ústav je v soukromém vlastnictví dvou lékařů, jedná se o společnost s ručením omezeným, která je zapsána v obchodním rejstříku od 14. 4. 1994.

Předmět podnikání organizace je zdravotní zabezpečení a další doplňkovou činností je hostinská činnost (bez ubytovacích zařízení) a výroba, obchod a služby. Zařízení pronajímá nebytové prostory lékařům z oborů chirurgie, interny, urologie a ortopedie za účelem provozu ambulancí.



Obrázek 6: Manažerská úroveň řízení v konkrétním zdravotnickém zařízení (vlastní zpracování)

**Kapacita poskytovaných služeb:**

V současnosti poskytuje léčebný ústav ošetrovatelskou a rehabilitační péči dlouhodobě nemocným. Kapacita zařízení je 81 lůžek pro dlouhodobě nemocné a 23 lůžek sociálních. Léčebný ústav nabízí vícelůžkové pokoje, pokoje dvoulůžkové, některé včetně sociálního zařízení obecné informace o klientech

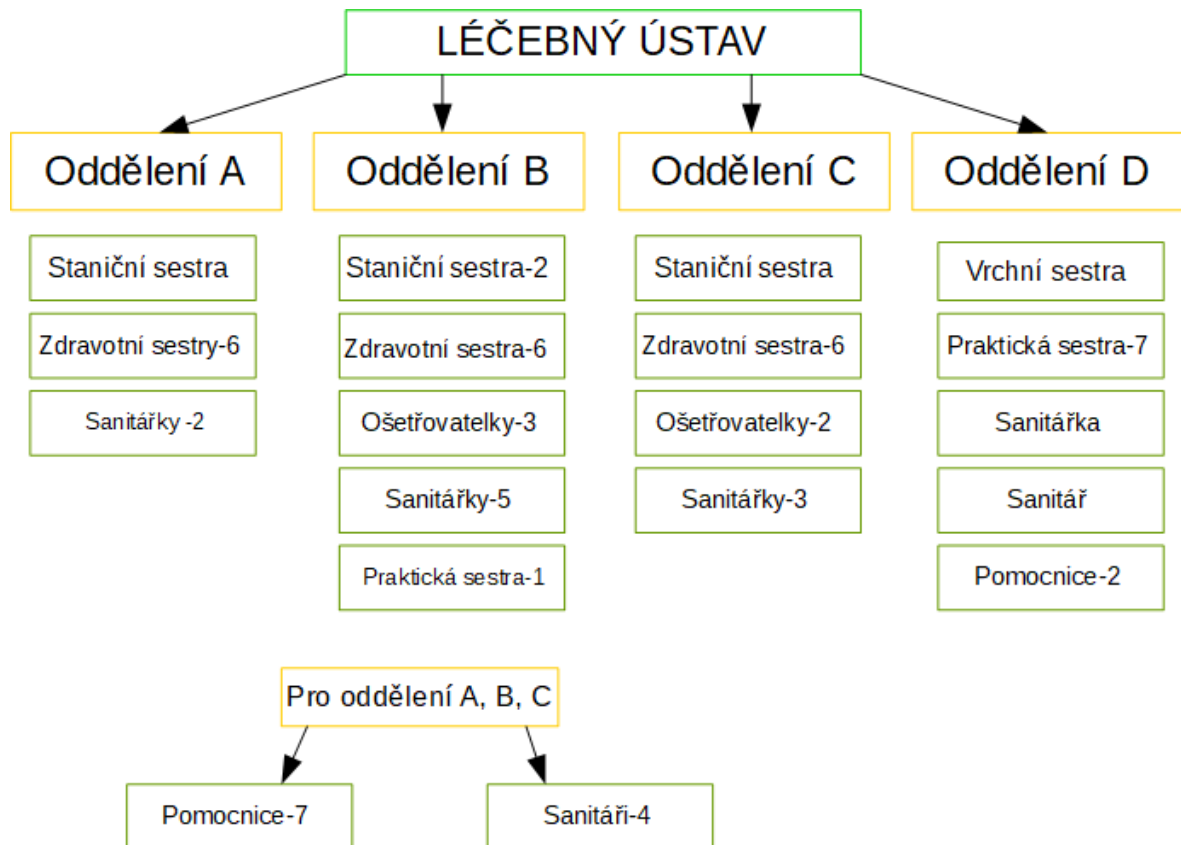
K hospitalizaci jsou indikováni pacienti z oddělení interních, chirurgických, ortopedických, neurologických a jiných, pokud jejich zdravotní stav již nevyžaduje pobyt na akutním lůžku, ale jeho zdravotní stav vyžaduje doléčení se stálou lékařskou péčí.

Klientům léčebny dlouhodobě nemocných, ale i samoplátcům poskytuje léčebný ústav rehabilitační služby. Součástí zdravotnického zařízení je laboratoř, diabetologická poradna a rentgen.

**5.2.1 Organizační struktura**

Statutárním orgánem léčebného ústavu jsou dva jednatele, lékaři pracující v tomto zařízení. Vedení je zajišťováno ředitelem, administrativní úsek představuje sociální pracovnice, finanční pracovnice, mzdová účetní a finanční účetní. Zdravotní úsek tvoří čtyři lůžková oddělení; tři oddělení jsou vedena jako léčebna dlouhodobě nemocných a jedno oddělení je tvořeno sociálními lůžky. V hlavní budově se nacházejí soukromé ambulance lékařů a rehabilitace. Součástí léčebného komplexu je stravovací provoz, údržba a prádelna. Zdravotnické zařízení zaměstnává celkem 102 zaměstnanců.





Obrázek 7: Organizační struktura LDN (vlastní zpracování)

## 6 ANALYTICKÁ ČÁST

V této části diplomové práce bude zpracována SWOT analýza a analýza makro a mikro prostředí, ve kterém se nachází a podniká konkrétní zdravotnické zařízení. K analýze prostředí je využita PESTLE analýza a Porterova analýza.

### 6.1 SWOT analýza

SWOT analýza je strategickou analýzou organizace, která poskytuje podklady pro formulaci rozvojových směrů a aktivit, podnikových strategií a strategických cílů. Analýza spočívá v rozboru a hodnocení současného stavu organizace a současné situace okolí organizace. (Grasseová, Dubec a Řehák, 2010, s. 297)

SWOT analýza je metodou dotazování, která vznikla v sedmdesátých letech v USA a využívá se v marketingu, v teorii podnikání nebo při hodnocení projektů. Podstatou SWOT analýzy je shromáždění a vyhodnocení informací ke čtyřem faktorům, kterými jsou silné stránky, slabé stránky, vnější příležitosti a vnější hrozby organizace. (Průcha, s. 397, 2014)

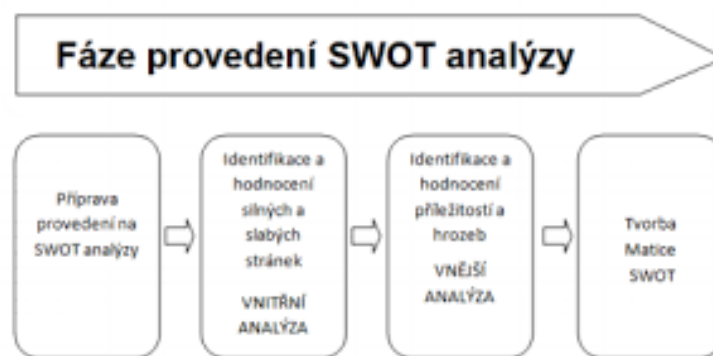
SWOT analýza je významná a velmi často využívaná univerzální analytická metoda, která slouží k vyhodnocení vnějšího a vnitřního prostředí organizace, které ovlivňují její úspěšnost. SWOT je akronym z počátečních písmen anglických názvů jednotlivých faktorů. (SWOT analýza, 2016)



Obrázek 8: SWOT analýza (SWOT analýza, 2016)

Grasseová navrhuje realizaci čtyř navazujících kroků, ze kterých je vhodné vycházet při tvorbě SWOT analýzy. Těmito kroky jsou:

- Příprava na provedení SWOT analýzy
- Identifikace a hodnocení silných a slabých stránek organizace
- Identifikace a hodnocení příležitostí a hrozeb z vnějšího prostředí
- Tvorba matice SWOT. (Grasseová, Dubec a Řehák, 2010, s. 300)



Obrázek 9: Čtyři základní kroky při tvorbě SWOT analýzy (Grasseová, Dubec a Řehák, 2010, s. 301)

- Silné stránky, které jsou označeny jako vnitřní a pozitivní faktory. Směřují k expanzi, zahrnují dovednosti, schopnosti, know-how, výhradní licence, ochranné známky, péči o klienty.
- Slabé stránky jsou protikladem silných stránek, patří mezi negativní faktory. Jedná se většinou o silné stránky konkurence, z čehož vyplývá, že jsou to slabé stránky firmy. Může se jednat o nedostatek zkušeností, vysoké provozní náklady a další nežádoucí aspekty.
- Příležitosti patří do vnějších faktorů, které mohou být velmi přínosné pro organizaci. Je vhodné se zaměřit na technologický pokrok, trendy a identifikovat potřeby klientů.
- Hrozby patří také do vnějších faktorů, které mohou negativně ovlivnit organizaci a její stabilitu. Jsou to zejména vlivy politické, společenské, zvýšení cen a dalších surovin či navýšení DPH. (Čevelová, s. 71 – 86, 2015)

### 6.1.1 SWOT analýza konkrétního zdravotnického zařízení

Hlavním cílem je vybudování nového oddělení a pro zvolení správné strategie je nutné identifikovat silné a slabé stránky, příležitosti a hrozby prostřednictvím SWOT analýzy, díky které se specifikují hlavní cíle, a je důležité si uvědomit, pomocí kterých vlivů je možné dosáhnout zvoleného cíle.

VNITŘNÍ FAKTORY	
Silné stránky	Slabé stránky
Dostatečný prostor a vlastní objekt pro zbudování nového oddělení s dvaceti lůžky	Malé soukromé zdravotnické zařízení
Vlastní finance pro investice do nového oddělení	Nedostatek sester se specializací
Možnost přebudování oddělení DIOP ze stávajícího oddělení	Zastaralý komplex budov
Možnost využití ambulancí v budově zdravotnického zařízení (chirurg, RTG, laboratoř)	Horší dostupnost pro příbuzné klientů
Profesionální a stálí zaměstnanci	Nízká úroveň organizace

Tabulka 2: Vnitřní faktory SWOT analýzy (vlastní zpracování)

VNĚJŠÍ FAKTORY	
Příležitosti	Hrozby
Nedostatečný počet lůžek DIOP v ČR	Neuzavření smluv s pojišťovnami
Nová oblast podnikání	Splnění podmínky minimálního personálního zabezpečení
Snaha politiků v ČR i EU o vybudování trvale udržitelného systému dlouhodobé ošetrovatelské péče	Neschválení nového provozu KHS (krajskou hygienickou stanicí)
Zvýšení profesionální úrovně zdravotnického zařízení	Snížení příjmů

Tabulka 3: Vnější faktory SWOT analýzy (vlastní zpracování)

Na základě teoretické části v kapitole 6.1, kde byla popsána práce s touto analytickou metodou, byla zpracována SWOT analýza konkrétního zdravotnického zařízení s ohledem na možnost vzniku nového oddělení DIOP.

Jednou ze silných stránek zdravotnického zařízení je její soukromé vlastnictví a také vlastní komplex budov. Pro zbudování nového oddělení by byl dostatek prostoru nebo by bylo možné vybudování nového oddělení z jednoho ze stávajících oddělení. Další silnou stránkou organizace je finanční potenciál. Vlastníci disponují dostatečným finančním kapitálem, který by chtěli investovat do rozvoje zdravotnického zařízení a nebylo by nutné zatěžovat zdravotnické zařízení úvěrem na zbudování a vybavení nového oddělení. Silnou stránkou je také možnost využít stávajících ambulancí, které se nachází v prostorách areálu, především pro personální zajištění nového oddělení. Pro oddělení DIOP je dáno minimální personální zajištění, jak je uvedeno v kapitole 2.1.6. a je nutná dostupnost chirurga, laboratoře a RTG, které se nacházejí v areálu. Chirurgická ambulance, RTG i laboratoř mají v pronájmu soukromí vlastníci a byla by možná jejich dostupnost, kterou udává vyhláška č 99/2012 Sb.

Slabou stránkou zdravotnického zařízení může být zmiňovaných komplex budov, který je ve vlastnictví organizace, ale je již značně zastaralý a proto by rekonstrukce stávajícího oddělení na oddělení DIOP nemusela být bezproblémová a mohla by zvýšit náklady na vybudování nového oddělení. Další slabou stránkou je nedostatek sester se specializací a odbornou způsobilostí. Na oddělení DIOP musí být zaměstnána sestra specialista ARO a sestry bez odborného dohledu. Nyní chybí ve zdravotnickém zařízení zdravotnický personál a nebude snadné sehnat a přijmout personál pro nové oddělení, především ten specializovaný. Zdravotnická organizace se nachází v pohraničí, větší města se nachází nejbližší ve vzdálenosti 30 km a je proto těžké přilákat zdravotnický personál. Proto je uvedena ve slabých stránkách i obtížnější dostupnost pro rodinné příslušníky pacientů. Slabou stránkou je také velikost zdravotnického zařízení a jeho umístění v pohraničí, které by mohlo být překážkou pro jednání s pojišťovny. V současné době jsou oddělení DIOP převážně součástí nemocnic a sídlí ve městech.

Působením vnějšího prostředí na organizaci jí nabízí široké spektrum příležitostí. Jednou z hlavních příležitostí pro vybudování nového oddělení je jejich nedostatek v celé ČR a jejich nerovnoměrné rozmístění v krajích, jak je uvedeno v kapitole 2.1.1. Především velký nedostatek těchto lůžek by mohl být hlavním argumentem pro založení oddělení při

jednání s pojišťovny. V pardubickém kraji se nachází pouze jedno oddělení DIOP v Chrudimi a to by mohlo být velkou příležitostí. Také vláda ČR a její Plán strategie přípravy na stárnutí společnosti usiluje o navýšení počtu lůžek pro seniory a lůžka následné ošetrovatelské péče.

Z vnějšího prostředí působí na organizaci také škodlivé vlivy, kterými jsou ceny a příspěvky. Soukromé zdravotnické zařízení nedostává stejný finanční příspěvek například na sociální lůžka, která jsou podmínkou pro fungování léčebny dlouhodobě nemocných jako příspěvkové organizace zřizované obcí či krajem. Při zřízení nového oddělení a nedostatečném naplnění kapacity by mohlo dojít ke snížení příjmů, jelikož zdravotnické zařízení již dotuje sociální lůžka a při financování dalšího oddělení z vlastních zdrojů by byl provoz zařízení ztrátový. Hrozbou je také nedostatečné personální zajištění nového oddělením z důvodů umístění v pohraničí a chybějícího zdravotnického personálu. Vyhláškou je dáno minimální personální zajištění, ale zdravotní pojišťovna může počty zdravotníků na chod oddělení navýšit a to je velkou hrozbou pro zdravotnické zařízení.

## **6.2 Analýza makro a mikroprostředí**

Další analýza, která bude provedena v této práci je analýza makro a mikroprostředí kolem zdravotnického zařízení. K analýze bude využita PEST analýza a Porterova analýza pěti konkurenčních sil.

### **6.2.1 PESTLE analýza**

Touto analytickou metodou se hodnotí působení vnějších faktorů na konkrétní zdravotnické zařízení a slouží převážně ke strategické analýze a k vyhodnocení dopadů zevních vlivů na organizaci. Analýza obsahuje politicko-právní, ekonomické, společenské a technologické faktory, tedy vlivy prostředí. PESTLE analýza pro hodnocení vnějšího prostředí a jeho jednotlivých vlivů byla vybrána, jelikož makroprostředí je většinou neovlivnitelné pro menší firmy.

### **POLITICKÉ PROSTŘEDÍ**

Ministerstvem zdravotnictví byla vypracována „Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019 – 2025“ navazuje na „Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017“. Veškeré tyto aktivity vychází z Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí – Zdraví 2020.

Účelem této strategie je formulovat strategický přístup k přípravě společnosti na stárnutí. Tento rámec by měl reagovat nejen na problémy, které se týkají dnešních seniorů, ale také formulovat opatření přípravy na stárnutí společnosti jako celku a zahrnovat tak obyvatele všech věkových kategorií.

Další strategií, kterou představilo ministerstvo zdravotnictví je „Zdraví 2030“, které mapuje demografické a socioekonomické faktory determinující vývoj zdravotních péče v ČR. Hlavními tématy jsou reforma primární péče a rozvoje sítě urgentních příjmů, důraz na prevenci, zdravotní gramotnost a odpovědnost občanů za jejich zdraví. Zaměřuje se také na personální stabilizaci zdravotnictví a zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů. Důležitým prvkem je také integrovaná zdravotní péče a propojení systému zdravotnictví a sociální péče. V této strategii byly stanoveny tři hlavní cíle: zlepšení zdravotního stavu populace, optimalizace zdravotnického systému a podpora vědy a výzkumu. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2019)

Ministr zdravotnictví Adam Vojtěch dodává ke strategickému rámci Zdraví 2030, že je nutné podporovat zajištění dostatečného počtu lůžek dlouhodobé péče a podpořit rozvoj domácí péče, která je ekonomicky výhodnější alternativou k hospitalizaci.

### **LEGISLATIVNÍ PROSTŘEDÍ**

Konkrétní zdravotnické zařízení je organizací poskytující zdravotní služby a řídí se platnými zákony, vyhláškami a nařízeními, kterými jsou:

- Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů (zákon o zdravotních službách)
  - definuje následnou intenzivní péči
  - stanovuje, kdo může tuto péči poskytovat a za jakých podmínek
  - upravuje postup pro udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb

- Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů
  - upravuje dostupnost zdravotní péče prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění
  - definuje účastníky a plátce veřejného zdravotního pojištění a specifikuje jejich práva a povinnosti
- Zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů
  - upravuje právní vztahy v oblasti ochrany veřejného zdraví v souvislostech výkonu státního zdravotního dozoru
- Zákon č. 90/2012 Sb. o obchodních společnostech a družstvech, ve znění pozdějších předpisů (zákon o obchodních korporacích)
- Zákon č. 378/2007 Sb., zákon o léčivech a o změnách, některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (zákon o léčivech)
- Zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích, ve znění pozdějších předpisů
- 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, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška č. 428/2020 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro rok 2021
- Úmluva na ochranu lidských práv a základních svobod č. 209/ 1992 Sb.
- Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny č. 96/ 2001 Sb.
- Evropská sociální charta Rady Evropy – právo na ochranu zdraví (čl. 11) a právo na sociální a lékařskou pomoc (čl. 13).



### **EKONOMICKÉ PROSTŘEDÍ**

Faktory, ovlivňující ekonomické prostředí bývají spjaty s faktory politickými. Stav ekonomického prostředí vyjadřují ukazatele HDP, inflace, zaměstnanost a další.

Faktory zevního prostředí, které působí na zdravotnické zařízení, mohou být hrozbami v podobě snížení počtu zaměstnanců, poklesu HDP či růstu inflace. Nepříznivě ovlivnila prostředí ve zdravotnictví pandemie koronaviru růstem výdajů zdravotnických zařízení na zdravotnický materiál a ochranné pomůcky, omezením akutní péče a nedostatkem zdravotnických pracovníků.

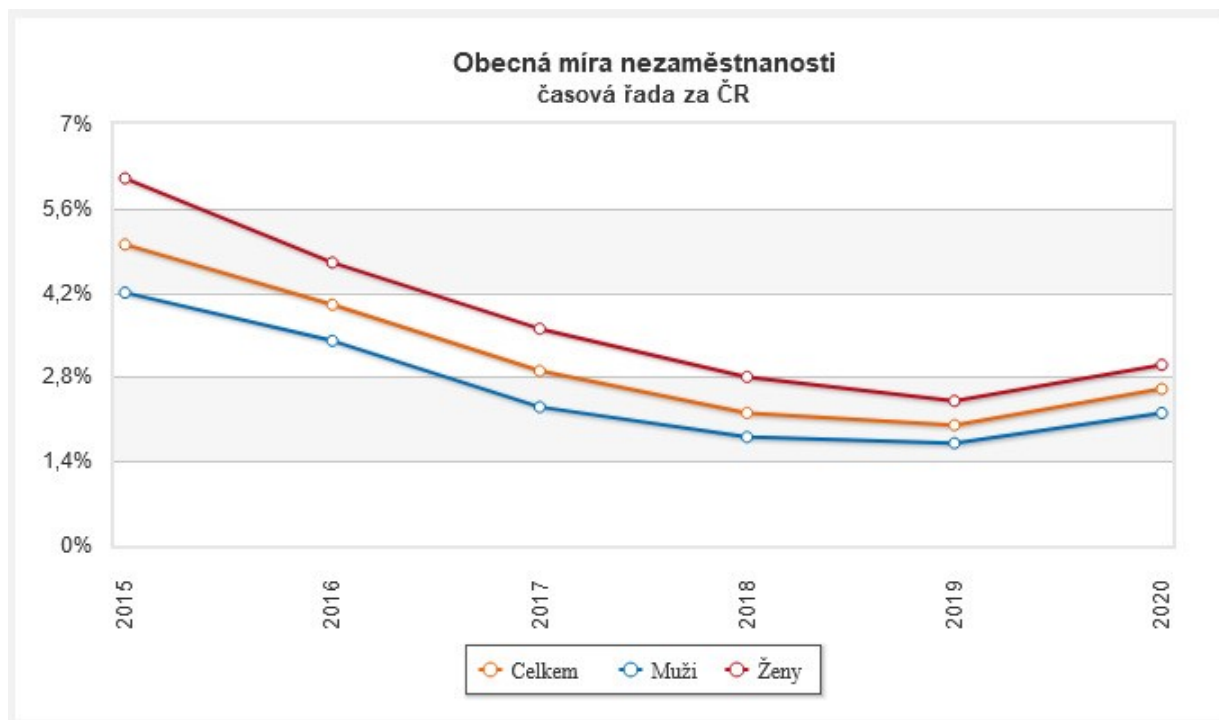
Pozitivní ekonomický vývoj zaznamenaný v roce 2014 vyvrcholil v roce 2015 meziročním nárůstem HDP o 5,3%. V roce 2016 tempo růstu HDP zpomalilo na 2,5% a v roce 2017 opět zrychlilo na 4,4%, v roce 2018 dochází ke zpomalení na 2,8% a v roce 2019 dále na 2,6%. Další ekonomický vývoj výrazně ovlivnila pandemie koronaviru, kdy byl loni (2020) zaznamenán nejhlubší pokles ekonomiky v historii samostatné ČR. Meziroční pokles byl způsoben převážně prohlubujícím se propadem spotřebních výdajů domácností.

Trh práce v roce 2019 měl nejnižší míru nezaměstnanosti v celé EU, která dosáhla 2,1%.

Z grafu 3 je zřejmý pokles obecné míry nezaměstnanosti až do roku 2019, kde dosáhla nejnižší hodnoty a odtud její hodnota stoupá. Vývoj nezaměstnanosti loni významně ovlivnila pandemie nemoci covid-19, jejíž první případy se v Česku objevily 1. března.

V prvních třech měsících roku 2020 se nezaměstnanost v ČR pohybovala kolem tří procent. V dubnu vystoupala na 3,4% a od července do září se držela na 3,8% až do konce roku s mírným kolísáním této hodnoty.

Obecná míra nezaměstnanosti podle Českého statistického úřadu ve věkové skupině 15–64letých v polovině roku 2021 je na hodnotě 3,1 %, v první čtvrtletí byla tato hodnota na úrovni 3,4%, v únoru letošního roku 3,3%. (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2020)



Graf 3: Obecná míra nezaměstnanosti v ČR (Český statistický úřad, 2020)

Dalším ekonomickým ukazatelem, který byl zvolen, je průměrná mzda zdravotnických pracovníků. Nedostatek lékařů a sester je problémem, se kterým se potýká mnoho zdravotnických zařízení a dvěma hlavními faktory, které se na tomto stavu podílí, jsou finanční ohodnocení a velké rozdíly v odměňování v závislosti na zřizovateli zdravotnického zařízení nebo regionu. Poskytovatelé zdravotní péče, kteří jsou příspěvkovými organizacemi, se řídí nařízením vlády, ale nestátní zdravotnická zařízení mají jinou právní formu a ohodnocení pracovníků tak není regulováno. Mzdy lékařů a sester v soukromých nemocnicích bývají nižší než platy ve fakultních nemocnicích nebo příspěvkových nemocnicích krajů. Rozdíl v příjmech všeobecných sester pracujících za plat a mzdu činil v roce 2017 více než 10 tisíc korun.

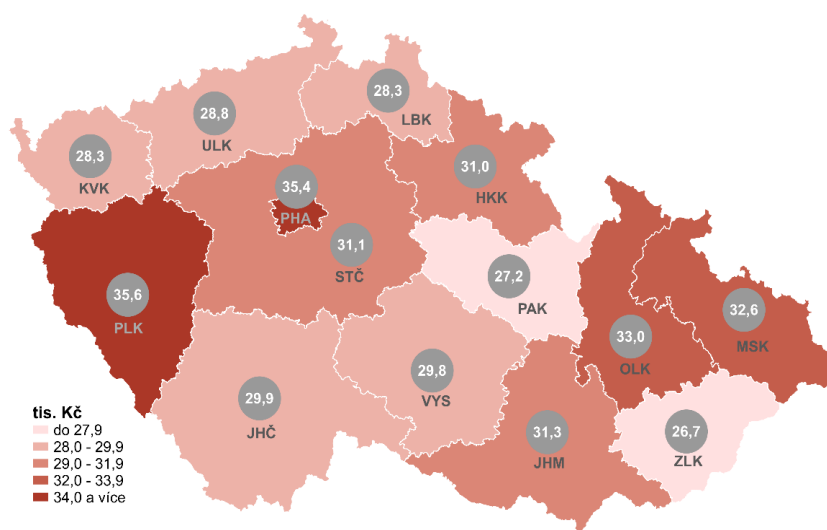
Zatímco sestry zaměstnané v přímo řízených nebo příspěvkových organizacích vydělávaly v roce 2017 bezmála 37 tisíc Kč, mzdy sester a porodních asistentek v soukromých zařízeních nedosáhly ani celorepublikového mediánu a zastavily se na 26 tisících Kč.

Za posledních pět let se zvýšily platy všeobecných sester a porodních asistentek o 31,6 %, tedy stejně jako platy lékařů, jak je možné vidět v následující tabulce. (Český statistický úřad, 2019)

Průměrné platy a mzdy v Kč	Rok 2014	Rok 2015	Rok 2016	Rok 2017	Rok 2018
Lékaři a zubní lékaři	58 732	63 125	65 885	70 672	76 599
Všeobecné sestry a porodní asistentky	27 134	28 491	30 280	33 927	37 719

Tabulka 4: Odměňování lékařů a sester v letech 2014 – 2018 (vlastní zpracování, ÚZIS, 2018)

V ČR jsou velké rozdíly v platech a mzdách podle zřizovatele poskytovatele zdravotní péče a také v průměrných mzdách jednotlivých krajů ČR. V následujícím obrázku mapy jsou zobrazeny průměrné platy všeobecných sester. V Pardubickém kraji a Zlínském kraji dosahovaly průměrné platy nejnižších hodnot a to do 27 900 Kč. Průměrný plat všeobecné sestry v roce 2017 činil 33 927 Kč. Pro zdravotnické zařízení poskytující zdravotní péči v Pardubickém kraji je hrozbou nedostatek zdravotnického personálu a především všeobecných sester. Konkrétní zdravotnické zařízení je soukromým subjektem, mzdy tedy nepodléhají státním regulacím a sestry nedosahují výše platu sester v organizacích zřizované státem.



Obrázek 10: Výdělek všeobecných sester v krajích ČR v roce 2017

### SOCIÁLNÍ PROSTŘEDÍ

V kapitole 1.1 je uvedena věková struktura obyvatel a postupný nárůst lidí dožívající se vyššího věku, s tím souvisí i obsazenost lůžek dlouhodobé ošetrovatelské péče.

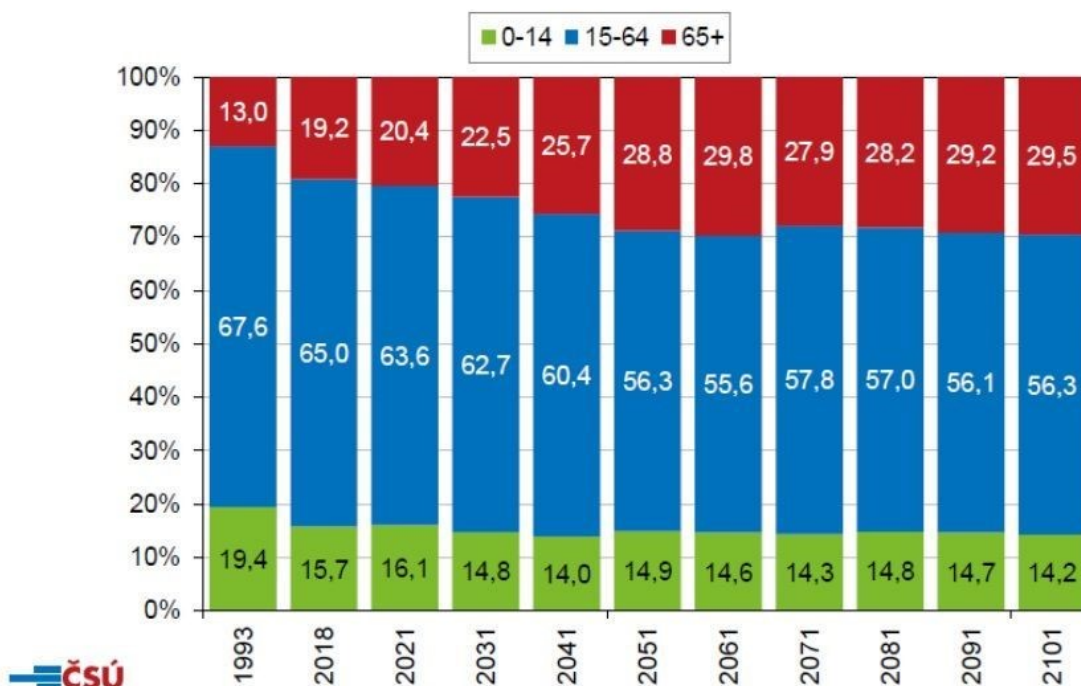
Naděje dožití (neboli střední délka života) udává, kolik let průměrně má před sebou osoba v daném věku za předpokladu, že zůstanou po zbytek jejího života zachovány stávající úmrtnostní poměry. Obvykle se používá ukazatel naděje dožití při narození, která udává počet let, kterých se průměrně dožije právě narozený člověk. U mužů činila v roce 2001 v ČR 72 let, v roce 2016 to bylo již 76,1 let, tj. nárůst o 4,1 let. Naděje dožití při narození u českých žen v roce 2001 činila 78,5 let, v roce 2016 to bylo již 82,1 let, tj. nárůst o 3,6 let. V roce 2016 byl rozdíl v naději dožití při narození mezi muži a ženami 6 let.



Graf 4: Naděje dožití při narození mužů a žen v ČR v letech 1991-2016, (Eurostat, 2017)

Podle statistik ČSÚ bude v roce 2050 ve věkové kategorii 65+ každý třetí obyvatel ČR a ve věkové kategorii 85+ každý jedenáctý obyvatel ČR. Věkové složení obyvatel se postupně mění a počet starších lidí narůstá, jak můžeme vidět v následujícím grafu i s další prognózou vývoje věkové struktury. Od roku 2021 se již očekává v kategorii obyvatel 65+ překročení hranice 20% a postupem let se bude blížit hranici 30% na úkor obyvatel ve věkové kategorii 15-64 let. Ve věkové kategorii 0-14 let se velký výkyv četnosti obyvatel nepředpokládá.

### Očekávaný vývoj relativní četnosti hlavních věkových skupin



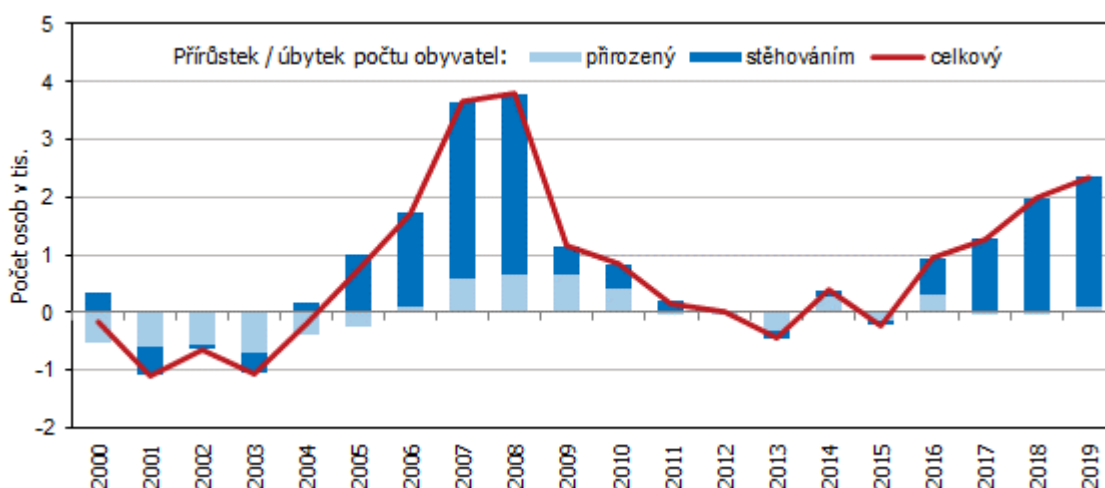
Graf 5: Očekávaný nárůst věkové struktury obyvatelstva ČR (Český statistický úřad)

Populace České republiky dlouhodobě roste. Od roku 2003 byl růst populace přerušen pouze jednou, v roce 2013. V roce 2018 obyvatel ČR přibylo přirozenou měnou i zahraničním stěhováním. Počet obyvatel České republiky se tak zvýšil celkem o 39,7 tisíce a na konci roku 2018 činil podle bilance ČSÚ celkem 10 649,8 tisíce. V průběhu roku 2018 poklesl počet osob produktivního věku o 29,1 tisíce na 6,87 milionu. Nejvyšší přírůstky v počtu obyvatel se koncentrují ve věkové skupině 65+. V roce 2018 vzrostl počet seniorů ve věku 65 a více let o 46,4 tisíce na 2,09 milionu

Populace ČR stárne, a to již od konce 80. let 20. století, v posledním desetiletí se nárůst absolutního i relativního počtu seniorů zrychlil. Významně vzrostl počet obyvatel ve věku nad 85 i nad 90 let. Průměrný věk obyvatele ČR se v roce 2018 zvýšil o jednu desetinu roku na 42,3 roku (u mužů na 40,9 let a u žen na 43,7 let) a byl tak o dva roky vyšší než v roce 2008. (Český statistický úřad, 2019)

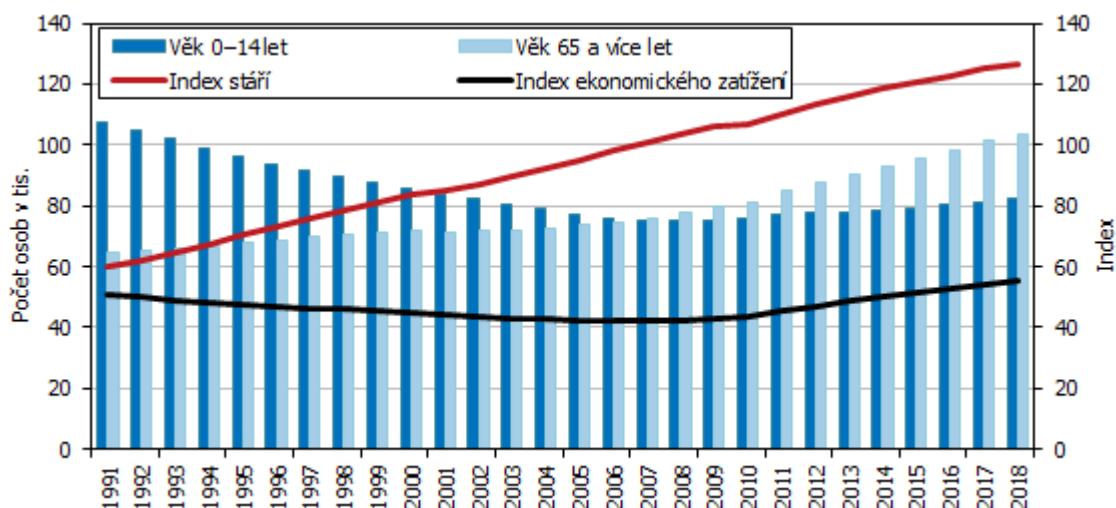
Demografický vývoj v Pardubickém kraji

Pardubický kraj zahrnuje okresy Chrudim, Pardubice, Svitavy a Ústí nad Orlicí. Podle dat Českého statistického úřadu se počet obyvatel od roku 2015 zvyšuje, jak ukazuje graf 5. Nadále dochází k rostoucí tendenci počtu obyvatel podle dat ČSÚ, kdy měl Pardubický kraj v roce 2017 517 243 obyvatel, v roce 2018 519 125 obyvatel a v roce 2019 521 146 obyvatel. (Český statistický úřad, 2020)



Graf 6: Demografický vývoj obyvatelstva v Pardubickém kraji (ČSÚ, 2019)

Taktéž můžeme pozorovat podle hrubého členění na skupiny 0 – 14 let a 65 a více let, v grafu č. 6 zvyšující se podíl osob 65+ a pokles skupiny obyvatel 0 – 14 let. Vývoj populace v Pardubickém kraji se mění a taktéž roste index stáří, který za 27 let vzrostl o více než dvojnásobek. Index stáří je konstruován jako poměr počtu obyvatel ve věku 65 a více let k počtu obyvatel ve věku 0–14 let, je používanou charakteristikou věkové struktury obyvatelstva, která vypovídá o stárnutí populace. V evropském kontextu se Česká republika s hodnotou indexu stáří nachází zhruba uprostřed. Nejvyšší index stáří v Evropské unii vykazuje Německo (156 osob nad 65 let na 100 osob mladších 15 let), nejnižší má Irsko (55).



Graf 7: Věkové složení obyvatelstva Pardubického kraje v roce 2018 (Český statistický úřad, 2018)

### **SPOLEČENSKÉ PROSTŘEDÍ**

Konkrétní zdravotnické zařízení se nachází v pohraničí Pardubického kraje. Území pardubického kraje spadá z převážné části do východních Čech, ale zasahuje i na historické území Moravy. Kraj byl zřízen spolu s dalšími samosprávnými kraji ústavním zákonem č. 347/1997 Sb., o vytvoření vyšších územních samosprávných celků. Kraj vznikl 1. ledna 2000 a zahrnuje okresy Chrudim, Pardubice, Ústí nad Orlicí a Svitavy.

Konkrétní zdravotnické zařízení se nachází v bývalém okrese Ústí nad Orlicí mezi městy Šumperk a Ústí nad Orlicí v obci s třemi tisíci obyvateli, nedaleko česko-polské hranice.

Odpověď na otázku proč by mělo vzniknout nového oddělení v konkrétním zdravotnickém zařízení, mohou pomoci zodpovědět data, která ukazují, že v oblasti zdravotnictví působilo v roce 2019 na území Pardubického kraje 8 nemocnic s 2 502 lůžky, 7 odborných léčebných ústavů s 1 275 lůžky, z toho 2 léčebny pro dlouhodobě nemocné s 205 lůžky.

Kraj	Lékaři	Počet obyvatel k 31. 12. 2018	Počet úvazků na 1000 obyvatel	Počet obyvatel na 1 úvazek lékaře	Pořadí (od nejmenšího počtu obyvatel na 1 lékaře)
Středočeský	3 322	1 369 300	2,44	412	14
Jihočeský	2 078	642 100	3,24	308	8
Plzeňský	2 178	584 700	3,73	268	4
Karlovarský	1 049	294 900	3,55	281	6
Ústecký	2 434	820 800	2,96	337	12
Liberecký	1 324	442 400	3,00	334	11
Královehradecký	1 992	551 000	3,61	276	5
<b>Pardubický</b>	<b>1 501</b>	<b>520 300</b>	<b>2,89</b>	<b>346</b>	<b>13</b>
Vysočina	1 569	509 300	3,08	324	9
Jihomoravský	4 880	1 187 700	4,11	243	2
Olomoucký	2 573	632 500	4,06	245	3
Zlínský	1 792	582 900	3,07	325	10
Moravskoslezský	4 280	1 203 300	3,55	281	6
Hl. m. Praha	8 286	1 308 600	6,36	157	1

Tabulka 5: Porovnání počtu úvazků lékařů v jednotlivých krajích na počet obyvatel v roce 2018 (vlastní zpracování dle ÚZIS, 2019)

V tabulkách 5 a 6 jsou zpracovány počty lékařů a všeobecných sester v jednotlivých krajích ČR a přepočet těchto profesí na počet úvazků na 1000 obyvatel. Počet osob přepočtených na úvazky se vypočte podle hodin, po které je pracoviště za týden provozováno, a počtu osob zajišťujících zdravotní péči. V porovnání mezi jednotlivými kraji ČR se Pardubický kraj v přepočtu úvazků lékařů i všeobecných sester nachází mezi kraji s nejnižším počtem úvazků, konkrétně s úvazkem lékařů 2,89 a s úvazkem všeobecných sester 6,38, jak je uvedeno v tabulkách 4 a 5. Přepočet obyvatel na 1 úvazek lékaře a všeobecné sestry ukazují, že Pardubický kraj se nachází mezi třemi kraji s nejvyšším počtem obyvatel na lékaře a všeobecnou sestru. Založením nového oddělení by se navýšil počet lůžek v kraji a došlo by také k navýšení počtu úvazků lékařů a všeobecných sester a tím snížení počtu úvazků.



Kraj	Všeobecné sestry	Počet obyvatel k 31. 12. 2018	Počet úvazků na 1000 obyvatel	Počet obyvatel na 1 úvazek všeobecné sestry	Pořadí (od nejmenšího počtu obyvatel na 1 sestru)
Středočeský	7221	1 369 300	5,30	189	14
Jihočeský	4650	642 100	7,25	138	9
Plzeňský	4400	584 700	7,55	132	8
Karlovarský	2246	294 900	7,60	131	7
Ústecký	5795	820 800	7,06	141	11
Liberecký	2699	442 400	6,11	163	13
Královehradecký	4672	551 000	8,48	117	4
<b>Pardubický</b>	<b>3314</b>	<b>520 300</b>	<b>6,38</b>	<b>157</b>	<b>12</b>
Vysočina	4237	509 300	8,32	120	5
Jihomoravský	10156	1 187 700	8,57	116	3
Olomoucký	5532	632 500	8,74	114	2
Zlínský	4148	582 900	7,11	140	10
Moravskoslezský	9341	1 203 300	7,75	128	6
Hl. m. Praha	14541	1 308 600	111,7	89	1

Tabulka 6: Porovnání počtu úvazků všeobecných sester v jednotlivých krajích na počet obyvatel v roce 2018 (vlastní zpracování dle ÚZIS, 2019)

Ve srovnání s rokem 2017 se navýšil počet úvazků lékařů o 0,61, počet úvazků všeobecných sester se nezměnil, jak je uvedeno v tabulce 7. Data uvedená v tabulce ukazují na menší počet úvazků lékařů i všeobecných sester v Pardubickém kraji proti celkovému průměru počtu úvazku v celé ČR. Při založení nového oddělení by se navýšil počet úvazků lékařů a sester v Pardubickém kraji.

<i>Počty pracovníků ve zdravotnictví (2017)</i>	<i>Pardubický kraj</i>		<i>Česká republika</i>	
	<i>Přepočtený počet (úvazky)</i>	<i>Počet na 1000 obyvatel</i>	<i>Přepočtený počet (úvazky)</i>	<i>Počet na 1000 obyvatel</i>
<i>Lékaři</i>	1818	3,50	42021	4,00
<i>Všeobecné sestry</i>	3327	6,40	79415	7,50

Tabulka 7: Počet lékařů a všeobecných sester v Pardubickém kraji a ČR v roce 2017  
(vlastní zpracování podle ÚZIS, 2018)

### **TECHNOLOGICKÉ PROSTŘEDÍ**

Nové technologie a znalosti čím dál víc ovlivňují i zdravotnictví ČR. Existují v zásadě čtyři směry, kterými mohou moderní technologie ve zdravotnictví pomáhat. Základem je oblast efektivního řízení, kdy IT pomáhá s optimalizací nákladů či se sledováním zdravotních a ekonomických kvalitativních ukazatelů. Druhá oblast se přímo týká výkonu lékařské péče, která pomáhá zkvalitňovat zavádění nových metod a postupů do způsobu léčení. Může jít například o zapojení umělé inteligence do vyhodnocování zdravotnické dokumentace, rentgenových snímků a dalších výsledků vyšetření k analýze možných onemocnění. Třetí oblast souvisí s aktivním zapojováním pacientů do procesu léčení a péče o vlastní zdraví. Již dnes je na trhu množství zařízení, která mohou napomoci v léčení pacientů na dálku. Je však třeba předávat informace z těchto zařízení specialistovi, respektive lékařskému systému, který s vyhodnocením těchto dat pomůže, bezpečnou cestou. Čtvrtá oblast, se týká zabezpečení citlivých osobních dat a lékařské dokumentace, stejně jako dat plynoucích ze zařízení na vzdálený monitoring pacienta. (Kubeš, 2018)

Bez technologického vybavení by dnešní zdravotnictví již nemohlo fungovat. Oddělení DIOP je založeno na využívání technologického vybavení od IT technologií, přes monitory a přístroje až po polohovací lehátka. Pořizovací náklady jsou vyšší než u klasického oddělení, zejména kvůli pořizovacím nákladům na technologické vybavení. Hrozbou do budoucna může být financování chodu a správa těchto technologií, kterých je na oddělení DIOP mnoho.

### 6.2.2 Analýza mezoprostředí – Porterův model pěti konkurenčních sil

Další analýzou využitou pro zhodnocení prostředí je Porterův model (Michael Eugen Porter byl tvůrce modelu), který určuje konkurenční tlaky, rivalitu na trhu. Rivalita trhu závisí na působení a interakci základních sil (současná konkurence, nová konkurence, dodavatelé, zákazníci a substituty) a výsledkem jejich společného působení je ziskový potenciál odvětví.

Trh se zdravotnickými službami není přímo řízen státem a tím také dochází k ovlivnění tradičních tržních mechanismů. Důraz je kladen na sledování vývoje technologií a pracovních postupů, a tím na rozvoj a zlepšování kvality služeb. (Slouka, s. 62, 2017)

Konkurenční prostředí ve zdravotnictví je odlišné od běžných trhů, především v povaze poptávky, v očekávaném chování lékařů, v nejistotě výsledného produktu a v podmínkách nabídky. Nejsou splněny podmínky pro dobře fungující konkurenční trh, jak je uvedeno v tabulce 8.

Standardní konkurenční trhy	Trhy zdravotní péče
Velké množství prodávajících	Omezené množství nemocnic (mimo velkých měst)
Firmy podnikající pro maximalizaci zisku	Většina nemocnic neexistuje kvůli zisku
Homogenní komodity	Heterogenní komodity
Dobře informovaní kupující	Špatně informovaní kupující
Spotřebitelé platí přímo	Pacienti hradí pouze část nákladů přímo

Tabulka 8: Rozdíl mezi trhy zdravotní péče a standardními konkurenčními trhy (vlastní zpracování)

- Stávající konkurence na trhu

Zdravotnictví není trh, který je možné zařadit k standardním konkurenčním trhům, kde je velké množství prodávajících, firmy podnikající pro maximalizaci zisku a spotřebitelé platící přímo. Trhem zdravotní péče je myšlen trh zdravotnických zařízení a lékařů. Většina nemocnic neexistuje kvůli zisku, jelikož je jich jen omezené množství a pacientů je dostatek. Pacienti volí ošetření ve zdravotnickém zařízení v akutních případech na základě

časové a geografické dostupnosti, případně rozhodne o využití konkrétního zdravotnického zařízení praktický lékař.

Stávající konkurencí v rámci celé ČR jsou všechna pracoviště s oddělením DIOP zpracována v tabulce 1 v kapitole 2.1.1, v Pardubickém kraji je pouze jedno zařízení s oddělením DIOP v Chrudimi pouze s 10 lůžky. Pro vyjednávání s pojišťovny o uzavření smlouvy a udělení registračního oprávnění pro provoz oddělení s lůžky DIOP by mohla být pádný argumentem minimální konkurence v kraji. V sousedních krajích je největší konkurencí kraj středočeský se šesti zdravotnickými zařízeními, které mají oddělení DIOP. Další konkurencí je kraj Olomoucký a Jihomoravský, každý se třemi pracovišti poskytující dlouhodobou intenzivní ošetrovatelskou péči. Kraj Královéhradecký a kraj Vysočina mají každý jen jedno zdravotnické zařízení s odděleními DIOP, zde je konkurence minimální.

- Nová konkurence na trhu

Nová konkurence v tržním prostředí zdravotnictví je omezena existencí překážek vstupů do odvětví a nemůže vznikat tak lehce. Založení nového oddělení je náročný proces po stránce legislativní, dodržení požadavků, které nařizuje vyhláška č. 99/2012 Sb. o minimálním personálním zabezpečení, vyhláška č. 92/2012 Sb. o minimálním technickém zajištění provozu i administrativní. Je nutné splnit mnoho požadavků a kritérií, které jsou dané státem i zřizovatelem. Nová konkurence musí splnit nejen byrokratické požadavky, ale také investovat značné prostředky při založení nového zdravotnického provozu. Největší překážkou vstupu do tohoto odvětví podnikání je jednání s pojišťovny a uzavření smlouvy o poskytování zdravotních služeb.

- Vliv odběratelů

Spokojenost pacientů je jedním z důležitých ukazatelů kvality zdravotnických služeb. Kvalita lékařské a ošetrovatelské péče spolu s úrovní diagnosticko-terapeutických postupů, materiálně-technických a ubytovacích aspektů rozhoduje o celkové spokojenosti klienta ve zdravotnickém zařízení. Nejčastěji využívanými metodami sběru údajů v této oblasti jsou anketa, rozhovor a dotazníkové šetření. Výsledky sledování spokojenosti klientů jsou dobrou zpětnou vazbou nejen pro ošetrující personál, ale i pro management zdravotnického zařízení, a jsou využívány jako vhodný zdroj podnětů pro zlepšení kvality zdravotní péče. Ve zdravotnických zařízeních není síla klientů uplatňována přímo, jelikož je zdravotní

péče hrazena zdravotními pojišťovnami a ceny jsou stanoveny. Klienti mají velký vliv u soukromých poskytovatelů zdravotní péče, kteří nemají smlouvy se zdravotními pojišťovnami a péče je hrazena přímými platbami. Každé zdravotnické zařízení chce mít velké množství spokojených klientů i přesto, že pacientů je dostatek a nemají problém s obsazeností lůžek.

- Vliv dodavatelů

Dodavatelé jsou pro zdravotnické zařízení významnými partnery, kteří zajišťují dodávání zdravotnického materiálu, léku, zdravotnických pomůcek a zajišťují další nezbytné služby pro chod zdravotnického zařízení.

Snahou konkrétního zdravotnického zařízení je zajištění optimálního výběru mezi dodavateli, kvalitou, cenou a dostupností poskytovaného zboží a služeb. Jedná se o malé zdravotnické zařízení, které nepředstavuje velkého odběratele a nemá možnost diktování si podmínek a ceny.

***Dodavatelská činnost konkrétního zdravotnického zařízení:***

Dodavatelé materiálu – 5 různých dodavatelů

Prádelna – Fišer (každý rok si dělá organizace průzkum trhu a vybírá z 3 dodavatelů)

Svoz odpadu – SUEZ (jediná dominantní firma v okolí)

Dodavatel energií – Innogy

Dodavatel vody – Vodovody a kanalizace Jablonné nad Orlicí, a.s.

Léky – místní lékárna

Činnosti kuchyně, údržby, úklidu a péči o zahrady - zajišťují vlastní zaměstnanci zařízení.

Při zakládání nového oddělení a nákupu specifickým medicínálních přístrojů a vybavení je konkurenční prostředí velmi malé. Například vybudování centrálního rozvodu kyslíku zajišťují pouze 3 firmy, dodavatel medicínálního kyslíku do centrálních rozvodů je pouze firma Linde Gas. Nákup přístrojů, monitorů, specifických zdravotnických pomůcek a lůžek neposkytuje mnoho firem, jde o velmi specifické a malé konkurenční prostředí, není tedy snadné vyjednávat o pořizovacích cenách.

- Substituty

Za substituty je možné označit takové produkty a služby, které může klient zaměnit za stávající produkty nebo služby. Nové oddělení s poskytováním dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče je velmi specifickou službou, kterou je možné nahradit v jiných zdravotnických zařízeních, ovšem počet lůžek v celé republice je nedostatečný, jak je uvedeno v kapitole 2.1.1. Konkurenční prostředí z pohledu substitutů existuje, ale z důvodu nedostatečné kapacity je minimální.

### 6.2.2.1 Vyhodnocení Porterovy analýzy

Faktory	Velký vliv	Průměrný vliv	Nízký vliv
Stávající konkurence			•
Nová konkurence			•
Vliv odběratelů		•	
Vliv dodavatelů	•		
Substituty			•

Tabulka 9: Vyhodnocení vlivu konkurenčních sil (vlastní zpracování)

Podle sledovaných ukazatelů má nejnižší vliv na rivalitu na trhu nová konkurence, které jsou kladeny značné překážky při vstupu do odvětví, substituty, kterých není v rámci celé ČR dostatek a stávající konkurence, která je především v Pardubickém kraji minimální. Průměrný vliv na konkrétní zdravotnické zařízení má vliv odběratelů, který může z části ovlivnit chod organizace. Přímé ovlivnění ze strany odběratelů, tedy klientů vzniká pouze prostřednictvím referencí a ovlivnění image zdravotnického zařízení. Ceny za služby nejsou přímo ovlivněny odběrateli, ale jednáním a smlouvami mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami.

Největší síla při zakládání nového oddělení DIOP vzniká ze strany dodavatelů, především z důvodů velmi specifického a malého konkurenčního prostředí. V případě dodávek medicínálního kyslíku a tvorbu centrální rozvodné sítě jde o velké dodavatele na trhu, kteří mohou diktovat podmínky odběratelům. Zhoršující se pozicí vůči dodavateli je velikost organizace, která není klíčovým odběratelem, nemá možnost přejít k jinému dodavateli a

neexistují substituty, kterým by bylo možné služby a dodávky nahradit v těchto konkrétních případech. Při nákupu ostatních přístrojů, lehátek a dalšího zdravotnického vybavení pro zřízení oddělení DIOP je možnost výběru z většího počtu dodavatelů.

## 7 PROJEKT VYTVOŘENÍ DLOUHODOBÉ INTENZIVNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Hlavní úlohou zdravotnického zařízení pro zřízení nového oddělení je rozhodnutí o přijetí investičního projektu. Každý větší investiční počín má dopad na chod podniku a konkrétní projekt může významně ovlivnit podnikatelskou prosperitu firmy.

Rozhodnutí o investování je především strategického charakteru a mělo by vycházet z firemní strategie podniku, které určuje základní cíle podniku a způsoby jejich dosažení. Mezi těmito cíli hrají velkou roli především finanční cíle a růst hodnoty podniku. (Fotr a Souček, s. 17, 2011)

Podle Aleny Svozilové (s. 64, 2016) je projekt řízeným procesem, který má svůj začátek a konec, má přesná pravidla řízení a regulace. Je to jedinečný sled aktivit a úkolů, který má dán konkrétní cíl, je definováno datum začátku a konce uskutečnění a je stanoven rámec financí pro realizaci projektu.

Jiří Fotr a Ivan Souček (s. 17, 2011) ve své knize „Investiční rozhodování a řízení projektů“ uvádí, faktory, které hrají roli při investičním rozhodování podniku, kterými jsou interní faktory spojené s firemní strategií a externí faktory spojené s podnikatelským okolím. Externí faktory, kterými je chování konkurence, tržní situace, ceny surovin a energií či měnové kurzy lze jen obtížně předpovídat a významně ovlivňují kvalitu investičního rozhodování.

Při realizaci projektu je využit postupný vývoj jednotlivých na sebe navazujících kroků, které se mohou prolínat. Vstupní prvky projektu tvoří zdroje, které jsou průběžně užívány a čerpány. Tyto zdroje jsou materiální povahy nebo lidská pracovní síla. Další důležitým bodem je vytvoření rozpočtu projektu, kde je stanoven limit čerpání nákladů. Každý projekt je realizován v určitém prostředí, tedy okolí projektu, se kterým může být spjat pozitivními či negativními vazbami. (Svozilová, s. 77, 2016)

Přípravu a realizaci projektu lze chápat jako sled čtyř fází, kterými jsou fáze před investiční, investiční, provozní a ukončení provozu a likvidace. Úspěch či neúspěch projektu závisí především na fázi před investiční, která se skládá z marketingových poznatků, informací technicko-technologických, informací finanční a ekonomické povahy v rámci předprojektových analýz. Investiční fáze obsahuje etapu projekční a etapu realizační, tedy etapu výstavby. (Fotr a Souček, s. 23, 2011)



Tento projekt je vypracován v rámci diplomové práce a bude sloužit vedení zdravotnického zařízení jako podklad pro možné zřízení nového oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče.

## 7.1 Cíl projektu

Cílem projektu je vytvoření nového oddělení DIOP v rámci stávající léčebny dlouhodobě nemocných. Jak je uvedeno v kapitole 2.1.1. „Struktura péče a počty lůžek na odděleních DIOP“ je stále velký nedostatek lůžek na odděleních NIP a DIOP. Pacienti, kteří mají indikaci k umístění na tato oddělení a nejsou pro ně volné kapacity, pak dlouhodobě pobývají na odděleních ARO a JIP, kde blokují lůžka pro akutní pacienty. Péče o pacienty na odděleních ARO a JIP je také nepoměrně dražší. Zřízení oddělení DIOP by také pomohlo v rozmístění pacientů v rámci Pardubického kraje, kde je zřízeno pouze jedno oddělení DIOP v Chrudimské nemocnici, které disponuje pouze 10 lůžky.

Rozhodnutí zřízení oddělení DIOP, je rozhodnutí nejdříve managementu zdravotnického zařízení. Je však nutné konzultovat úmysl s příslušným krajským úřadem a Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. Tyto uvedené instituce mají přehled o počtu stávajících lůžek v regionu a tedy o potřebnosti zřízení dalších.

## 7.2 Před investiční fází

V této fázi je zpravidla zahrnuta identifikace podnikatelských příležitostí, předběžný výběr projektu a jeho příprava, hodnocení projektu a rozhodnutí o jeho realizaci. (Fotr a Souček, s. 26, 2011)

V této přípravné fázi, která zahrnuje řadu důležitých oblastí a bude sloužit jako podklad pro konečné rozhodnutí, bude shrnuto stanovení požadavků na vybudování nového oddělení.

### 7.2.1 Získání registračního oprávnění

Registrační oprávnění k provozu oddělení s lůžky DIOP vydává ministerstvo zdravotnictví. Na základě získání registračního oprávnění žádá provozovatel o uzavření smlouvy se všemi zdravotními pojišťovnami. Před uzavřením smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb mezi zdravotní pojišťovnou a konkrétním poskytovatelem se koná výběrové řízení, které se řídí zákonem č. 48/1997 Sb., zákon o veřejném zdravotním pojištění.

Podmínky, informace a rozhodnutí o udělení či neudělení oprávnění k provozování oddělení DIOP jsou uvedeny na stránkách ministerstva zdravotnictví:

<https://www.mzcr.cz/category/uredni-deska/vyberova-rizeni/>

Konání výběrového řízení může navrhnout zdravotní pojišťovna, uchazeč nebo obec. Uchazečem se rozumí poskytovatel oprávněný poskytovat zdravotní péči v příslušném oboru, nebo fyzická nebo právnická osoba, která hodlá poskytovat zdravotní služby a je schopna ve lhůtě stanovené ve vyhlášení výběrového řízení splnit předpoklady k poskytování zdravotních služeb v příslušném oboru zdravotní péče.

Výběrové řízení vyhláší způsobem v místě obvyklým krajský úřad. Místní příslušnost krajského úřadu se řídí místem poskytování zdravotních služeb. Výběrové řízení na poskytování lůžkové a lázeňské léčebně rehabilitační péče vyhláší ministerstvo zdravotnictví.

V případě, že výběrové řízení iniciuje VZP ČR, zašle regionální pobočka VZP ČR písemně příslušnému Krajskému úřadu návrh na konání výběrového řízení a inzerát vyhlášeného výběrového řízení je následně zveřejněn na internetových stránkách VZP ČR.

Zdravotní pojišťovna přihlíží k výsledkům výběrového řízení při uzavírání smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb. Výsledek výběrového řízení nezakládá právo na uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uzavřít smlouvu s uchazečem pouze tehdy, bylo-li uzavření takové smlouvy ve výběrovém řízení doporučeno. Typový vzor smlouvy VZP o poskytování a úhradě hrazených služeb pro poskytovatele lůžkové péče je uveden v příloze III.

Konečné rozhodnutí k uzavření nebo neuzavření smlouvy je plně v kompetenci zdravotní pojišťovny. Uzavřením smlouvy se pojišťovna zavazuje, že bude lůžka DIOP, zdravotnickému zařízení hradit, a to dle platné úhradové vyhlášky. Znovu kontroluje, zda jsou opravdu splněné podmínky k poskytování lůžek DIOP.

Zdravotnické zařízení musí doložit personální zabezpečení platnými pracovními smlouvami. U přístrojového vybavení se dokládají smlouvy o nákupu, provedené platbě, smlouvy o pronájmu přístrojů, prohlášení o shodě, certifikáty výrobků a zařazení přístrojů v inventarizačním seznamu nemocnice.

Zdravotnické organizace dokládá také platnou nájemní smlouvu, pokud je v budově vlastní, tak výpis z katastru nemovitostí.

Velmi důležitou částí je i schválení připraveného provozu příslušným odborem hygienické stanice – zpravidla KHS (Krajská hygienická stanice).

V dokumentu VZP pro postup o uzavírání smluv pro jednotlivé typy poskytovatelů zdravotních služeb je pro uzavření smlouvy o vytvoření nového oddělení DIOP možné nasmlouvat pouze jako součást IČZ (identifikační číslo pro poskytovatele zdravotních služeb) lůžkové zdravotní péče. Následně je novému oddělení přiděleno nové IČP (identifikační číslo pracoviště).

### **7.2.1.1 Požadavky pojišťovny k uzavření smluvního vztahu**

Zdravotní pojišťovna požaduje k uzavření smluvního vztahu od poskytovatelů písemnou žádost o uzavření smlouvy doplněnou o kopie těchto dokumentů:

- Rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, nebo kopii rozhodnutí o udělení registrace podle zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, nebo kopii zřizovací listiny (statutu) schválené zřizovatelem poskytovatele zdravotních služeb, vydané příslušným správním orgánem podle místa provozování.
- Výpis z veřejného rejstříku u fyzických nebo právnických osob, zapsaných ve veřejném rejstříku.
- Doklad o přidělení IČO (pokud není uvedeno v jiné příloze).
- Doklad o přidělení IČZ, IČP od VZP.
- Doklady o vzdělání (dle Zákona č. 95 / 2004 Sb. event. 96/2004 Sb.) - Specializační diplom, Osvědčení ČLK, případně další doklady o doplňujícím odborném vzdělání rozšiřujícím kvalifikaci.
- Doklady o přístrojovém vybavení - včetně dokladů o vlastnictví či pronájmu přístroje (kopie kupní či leasingové smlouvy) a prohlášení o shodě.
- Výsledek výběrového řízení (dle Zákona č. 48/1997 Sb.).
- Doklad o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou občanům v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb.
- Doklad o vedení bankovního účtu.
- Seznam požadovaných výkonů podle platného Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.
- Seznam zaměstnanců, velikost úvazku na daný počet lůžek v odbornosti DIOP
- Jmenný seznam nositelů výkonů.
- Datum zahájení činnosti.
- Území, pro které má být zdravotní služba poskytována.

Součástí smlouvy se zdravotní pojišťovnou je příloha, která vymezuje smluvený druh, formu a rozsah hrazených služeb, odbornost pracoviště, včetně personálního zajištění a technického vybavení pro nasmlouvané hrazené služby a dohodnutého spektra zdravotních výkonů.

### **7.2.2 Požadavky na vytvoření nového oddělení**

Všechny požadavky na vytvoření oddělení DIOP se řídí platnou legislativou. Stavebně-technické úpravy pro vybudování nových prostor a zajištění provozu oddělení musí být v souladu s vyhláškou č. 92/2012 Sb., o požadavcích na technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť a domácí péče.

#### **7.2.2.1 Stavebně-technické požadavky**

Jedná se o stavební přípravu vybudování nového oddělení a o stavební úpravy jiného prostoru, kterým je přestavba jednoho ze současných čtyř oddělení. Musí být vytvořena zadávací dokumentace dle vyhlášek a zákonných norem, provedeno výběrové řízení na projektanta, výběrové řízení stavební firmy a zajištěn dohled pod vedením stavebního dozoru a projektanta.

Oddělení DIOP by mělo být tvořeno dvoulůžkovými i čtyřlůžkovým pokojem, které musí mít dostatek prostoru mezi jednotlivými lůžky a každé lůžko by mělo být přístupné ze tří stran. Oddělení DIOP musí mít zřízen centrální rozvod kyslíku v rampě ve zdi a centrální odsávání.

Centrální pracoviště sester a lékaře musí být opatřeno centrálním monitorem k sledování životních funkcí všech pacientů a jsou zde uloženy další přístroje (například laboratorní přístroje k analýzám).

Dalšími místnostmi na oddělení bude sesterna, tvořící sociální zázemí, sociální zařízení pro personál, kuchyňka, sociální zařízení pro pacienty, dekontaminační a dezinfekční místnost, místnost ke komunikaci s příbuznými, místnost pro zemřelé, technická místnost a úklidová místnost.

Důležité stavebně-technické požadavky pro oddělení DIOP bude velká náročnost elektroinstalace, jelikož na oddělení musí být umístěno velké množství přístrojů a také zajistit náhradní zdroje elektrického proudu pro případ jeho výpadku.

**Dispoziční řešení na 20 lůžek:**

- Pokoje pacientů

Musí být dostatečně velké, jelikož u lůžek DIOP jsou kladeny velké nároky na prostor, aby lůžka byla přístupná ze tří stran. Dostatek prostoru musí být vytvořen i mezi jednotlivými lůžky, kde budou umístěny stolky pacientů a přídavné stolky k ošetřování pacientů. Musí být zbudovány centrální rozvody kyslíku v rampě ve zdi, centrální odsávání, světla v rampě, světla vestavěná na stropě. Každé lůžko musí být opatřeno monitorem pro sledování pulzu, tlaku krve, dechu, saturaci kyslíkem a tělesnou teplotou. Součástí pokoje by měla být televize, jelikož i pro pacienty v bezvědomí jsou důležité vjemy (barvy, zvuky, hlasy, hudba), které televize zajišťuje. Součástí pokoje by měla být menší lednice pro ukládání jídla a nápojů, které nosí příbuzní.

- Centrální pracoviště sester a lékařů

Musí být opatřeno centrálním monitorem k sledování životních funkcí všech pacientů. Sestry zde vedou zdravotnickou dokumentaci, elektronicky i v tištěné podobě, připravují zde léky, zkumavky ke krevním i jiným odběrům.

Musí zde být také umístěny jiné přístroje – např. laboratorní přístroj k analýze acidobazické rovnováhy a přístroj pro vyhodnocení zánětlivých parametrů.

- Sesterna

Sesterna sloužící jako sociální zázemí pro sestry k oddechu a stravě. Součástí sesterny může být televize, lednice, sezení a stolky.

- Sociální zázemí pro personál

Musí být vybudováno WC pro muže a ženy a také sprchy a šatna (není-li umístěná jinde v budově)

- Kuchyňka

Sloužící k přípravě stravy a nápojů pro pacienty, obsahující kuchyňskou linku, myčka na nádobí, lednice.

- Sociální zázemí pro pacienty

Součástí musí být WC a sprcha pro případné chodící pacienty, prostorná mycí místnost s odtokem v podlaze, pro možnost sprchování ve speciálním sprchovém lůžku, pro imobilní pacienty.

- Prostorná chodba

Sloužící pro pacienty, kteří jsou převáženi na jiná pracoviště k vyšetření na lůžku.

- Dekontaminační a dezinfekční místnost  
Zde pomocný personál dekontaminuje použité zdravotnické pomůcky, dále zde probíhá příprava k dezinfekci a může být v této místnosti umístěn menší sterilizátor. I když je v současné době trend využívání jednorázového materiálu na jedno použití, zajištění tohoto prostoru je nutné.
- Místnost pro komunikaci s příbuznými  
Příbuzní a blízcí pacientů na oddělení DIOP jsou v tíživé situaci, jsou traumatizováni a úzkostní. Je tedy třeba s nimi mluvit otevřeně, ale s citlivostí. K tomu je pěkný prostor nutný. Mnohdy je třeba, aby rozhovor vedl psycholog a nabídl podporu dlouhodobou.
- Místnost pro zemřelé  
Po úmrtí pacienta se musí tělo ošetřit, do doby příjezdu pohřební služby (ne dříve jak za 2 hod. po konstatování smrti lékařem), proto musí být tělo ve speciální místnosti, k tomuto účelu zřízené.
- Technická místnost  
Sloužící pro umístění náhradních lahví s kyslíkem, regulačních ventilů a je zde umístěno důležité zabezpečení při přerušení centrální dodávky kyslíku nebo technických problémů spojených s dodávkou kyslíku.
- Úklidová místnost  
Sloužící k uložení úklidových pomůcek, je zde nutné umístění výlevek.

### **Důležité aspekty stavebně-technické pro oddělení DIOP**

- Vysoká náročnost na elektroinstalace silnoproud i slaboproud – velké množství přístrojů.
- Nutnost zajištění náhradního zdroje – při výpadku elektrického proudu.
- Výmalby speciální do zdravotnictví – vysoce odolné.
- Do 120 – 130 cm od země nátěry omyvatelné – provádění pravidelných dezinfekcí.
- Světla centrální ve stropě.
- Nutná další přídavná světla – u pacientů.
- Světlo pojízdné – pro lékařské zákroky.
- Dodávání vody – centrálním nemocničním rozvodem.
- Zajištění cirkulace vzduchu a odsávání – klimatizace

- Nutné laboratorní testy na přítomnost Legionella species, která postihuje především dýchací cesty. Legionella se obvykle vyskytuje a množí v úsadách teplovodních potrubí, bojlerech a klimatizacích. K nákaze dochází téměř výhradně vdechnutím infikovaného aerosolu do plic. Odběry vzorku a testy provádí příslušná hygienická stanice 4 x ročně. Legionella species – 4 x ročně. K prevenci se přidává dezinfekce do vody, Generátorem chlordioxidu a provádí se pravidelné noční přetápění, protože Legionella při vyšších teplotách nepřežívá. Pro pacienty na oddělení DIOP je to velmi důležité, jelikož jsou oslabení, mají otevřené cesty dýchací.

Nové oddělení DIOP má po dohodě s vedením zdravotnického zařízení tvořit 8 dvoulůžkových pokojů a jeden pokoj čtyřlůžkový. Součástí každého lůžka musí být monitor vitálních funkcí, odsávačka, injekční dávkovač, zařízení pro zvlhčování dýchacích cest a infuzní pumpa.

Přístrojové zajištění provozu na oddělení je uvedeno v kapitole 2.1.5. „Přístrojové vybavení provozu na oddělení DIOP“, které se také řídí vyhláškou č. 92/2012 Sb., o požadavcích na technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť a domácí péče.

Zdravotnické zařízení si nechalo vypracovat studijní verzi vytvoření nového oddělení DIOP, které jsou zpracovány ve dvou variantách půdorysů a uvedeny v příloze I. a II.

#### **7.2.2.2 Personální zajištění nového oddělení**

Minimální personální zajištění provozu je dáno vyhláškou č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, které je uvedeno v kapitole 2.1.6. Z organizačního hlediska je vytvořeno nové oddělení, které potřebuje vedoucího lékaře, staniční sestru, všeobecné sestry a sestry specialistiky, sanitáře a další pomocný personál. V tabulce 10 je přepočteno personální obsazení provozu na 10 lůžek podle požadavků na minimální personální zajištění dle vyhlášky. Výhodou zdravotnického zařízení je možnost zajištění provozu oddělení DIOP s možností využití současných zaměstnanců a nebude tak nutné přijímat velké množství sester a sanitářů. Hlavním úkolem bude zajistit lékaře specialistu a sestry specialistiky.

POPIS	POČET NA 20 LŮŽEK
Lékař se specializací ARO	<b>1 HPP</b>
Sestra specialistka ARO	<b>6 HPP</b>
Všeobecná sestra bez dohledu	<b>10 HPP</b>
Sestra pod pohledem, vedením	<b>8 HPP</b>
Sanitář, ošetřovatel	<b>12 HPP</b>
Fyzioterapeut	<b>2 HPP</b>
Zdravotně sociální pracovník	<b>2 HPP</b>
Psychiatr, psycholog	<b>Dostupnost/smlouva</b>
Logoped	<b>Dostupnost/smlouva</b>
Nutriční terapeut	<b>Dostupnost/smlouva</b>
Chirurg	<b>Dostupnost/smlouva</b>
RTG, laboratoř	<b>Dostupnost/smlouva</b>

Tabulka 10: Minimální personální zajištění přepočtené na 20 lůžek (vlastní zpracování)

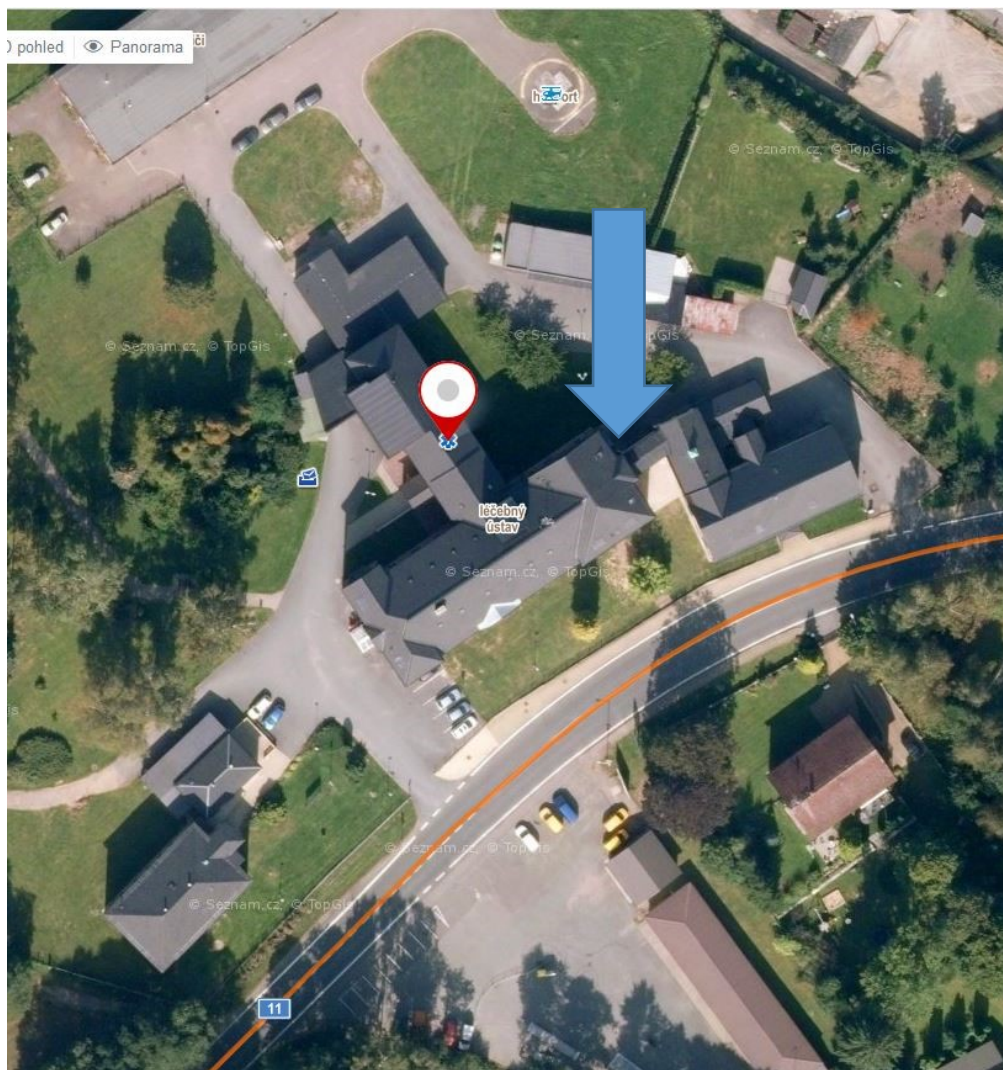
### 7.3 Investiční fáze vytvoření dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče

Pro potřeby diplomové práce se zpracováním projektu a odhadu investiční výdajů na založení nového oddělení DIOP jsem spolupracovala s ředitelem zdravotnického zařízení. V souvislosti s investiční fází bude vypracována finanční analýza projektu a časová analýza realizace projektu.

#### 7.3.1 Kalkulace předpokládaných investičních nákladů na stavbu oddělení DIOP

Nové oddělení by mělo být umístěno v hlavní budově v druhém nadzemním podlaží, kde se nyní nachází oddělení C s kapacitou 20 lůžek. Pro potřeby nového oddělení DIOP by došlo k přestavbě stávajícího oddělení a úpravě přilehlé části budovy, kde se nachází koridor pro přechod do další části budovy a nevyužité prostory sloužící dnes jako archiv a sklad. Dříve sloužily tyto velké prostory rehabilitační ambulanci, která byla přesunuta na druhý konec budovy do zrekonstruovaných prostor. Obrázek 11 zobrazuje současný plán areálu zdravotnického zařízení a šipku ukazující na část hlavní budovy, která by byla určena k přestavbě na nové oddělení DIOP spolu s koridorem a částí přestavby druhé budovy.





Obrázek 11: Plán areálu zdravotnického zařízení (vlastní zpracování)

Zdrojem předpokládaného výpočtu investičních nákladů na stavební a dispoziční úpravy nového oddělení je zdroj cenových ukazatelů RTS a.s. Jednotková cena budovy pro zdravotní péči za  $\text{m}^3$  je 8 865,- Kč.

Předpokládaný obestavěný prostor je  $1368 \text{ m}^3$  – předpokládaná průměrná cena nákladů je 12 127 000,- Kč.

STAVEBNÍ INVESTIČNÍ VÝDAJE NA VYBUDOVÁNÍ ODDĚLENÍ DIOP	
Zadání:	
Počet pacientů	20
Počet čtyřlůžkových pokojů	1
Počet dvoulůžkových pokojů	8
Plocha:	
Celková plocha pokojů	129,72 m <sup>2</sup>
Celková plocha sociálního zařízení	33,93 m <sup>2</sup>
Plocha chodby	61,42 m <sup>2</sup>
Ostatní plochy (sesterna, sklad, ...)	17,17 m <sup>2</sup>
Celkem obestavěný prostor v m <sup>3</sup> :	
Přepočet ceny zdravotnického objektu	8 865,-
Cena objektu podle m <sup>3</sup>	12 127 000,-
Projektová dokumentace	1 400 000,-
Celková cena stavebních investičních výdajů	13 527 000,-

Tabulka 11: Stavební investiční výdaje na vybudování nového oddělení DIOP (vlastní zpracování)

Celková cena stavebních investičních výdajů na vybudování oddělení DIOP se skládá z přepočtu obestavěného prostoru a odhadu ceny projektové dokumentace, jak je patrné z tabulky 11 a celková hodnota tedy činí 13 527 000,- Kč.

### 7.3.2 Kalkulace nákladů vybavení nového oddělení DIOP

Nové oddělení musí být vybaveno podle vyhlášky ministerstva zdravotnictví č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimálním technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče a také musí splňovat podmínky vyhlášky č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení a vzniku šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. Pro investiční variantu vybudování 20 lůžek na oddělení DIOP je zpracována kalkulace pro základní technické a věcné vybavení v tabulkách 12 a 13.

Položka	Výrobce	Cena za kus	Počet kusů	Cena celkem
<b>Polohovací lůžko</b>	Linet	32 000,-	20	640 000,-
<b>Monitor vitálních funkcí</b>	Cheirón	85 000,-	20	1 700 000,-
<b>Centrální monitor</b>	Cheirón	59 000,-	1	59 000,-
<b>Transportní monitor</b>	Cheirón	69 000,-	1	69 000,-
<b>Defibrilátor</b>	Mindray	164 000,-	1	164 000,-
<b>Plicní ventilátor</b>	CareFusion	380 000,-	4	1 520 000,-
<b>Nebulizátor</b>	Fisher Paykel	25 000,-	6	150 000,-
<b>Odsávačka</b>	Cheirón	39 000,-	6	234 000,-
<b>Přenosná resuscitační brašna</b>	Italmedic	9 500,-	1	9 500,-
<b>EKG přístroj</b>	North Med	50 700,-	1	50 700,-
<b>Glukometr</b>	SD Diagnostics	700,-	2	1 400,-
<b>Injekční dávkovače</b>	B.Braun	24 900,-	8	199 200,-
<b>Enterální pumpa</b>	Applix	21 200,-	5	106 000,-
<b>Celkem</b>				<b>4 797 860,-</b>

Tabulka 12: Přístrojové vybavení nového oddělení. (vlastní zpracování)

Technické vybavení	Výrobce	Cena za kus	Počet kusů	Cena celkem
<b>Antidekubitní matrace</b>	Linet	79 000,-	20	1 580 000,-
<b>Sprchové lůžko</b>	Unizdrav	59 900,-	1	59 900,-
<b>Sada laryngoskopů</b>	DOYEN Hercules Surgical CO	8 500,-	1	8 500,-
<b>Pacientské stolky</b>	Symetrie	5 900,-	20	118 000,-

<b>Pacientské stolky</b>	Symetrie	1 600,-	20	32 000,-
<b>Infusní stojany</b>	Provita Medical	2 100,-	10	21 000,-
<b>Fonendoskop</b>	Erka	760,-	2	1 520,-
<b>Bezkontaktní teploměr</b>	Cemio	800,-	1	800,-
<b>Tonometr</b>	Sencor	500,-	1	500,-
<b>Šatní skříň</b>	-	1 200,-	11	13 200,-
<b>TV</b>	-	4 500,-	10	45 000,-
<b>Židle</b>	-	2 000,-	20	40 000,-
<b>Stůl</b>	-	2 500,-	10	25 000,-
<b>Vybavení kuchyňky</b>	-	110 000,-	1	110 000,-
<b>Celkem</b>				<b>2 055 420,-</b>

Tabulka 13: Technické vybavení oddělení DIOP (vlastní zpracování)

V tabulce 12 a 13 jsou uvedeny položky v současné hodnotě roku 2021 v počtu, které respektuje plánovanou kapacitu 20 lůžek. Veškerá lůžka jsou rozmístěna do devíti dvoulůžkových pokojů a jednoho čtyřlůžkového pokoje.

Investiční náklady na vybudování centrálního rozvodu kyslíku a centrálního odsávacího systému je odhadováno na 1,5 mil. korun.

CELKOVÉ PŘEDPOKLÁDANÉ INVESTIČNÍ NÁKLADY PROJEKTU	
Náklady na stavební a dispoziční úpravy	12 127 000,-
Náklady na přístrojové a technické vybavení	6 853 280,-
<b>Celkem</b>	<b>18 980 280,-</b>

Tabulka 14: Celkové předpokládané náklady na vybudování oddělení DIOP (vlastní zpracování)

### 7.3.3 Kalkulace výnosů

Uzavření smlouvy zakládá právo zdravotnickému zařízení vystavit pojišťovně fakturu za péči o její klienty a prokazatelně provedenou péči mít uhrazenou.

Pořizování dokladů v nemocničním informačním systému, vystavování faktury pojišťovnám, se řídí platnou metodikou. Faktura se vystavuje v portálu jednotlivých pojišťoven, vše probíhá elektronicky.

Pojišťovny, prostřednictvím svých revizních lékařů, mají právo dělat revize provedené a uhrazené péče, a to až 5 let nazpět. Proto mají právo kontrolovat přímo zdravotnickou dokumentaci jednotlivých svých pojištěnců. Také proto je na vedené zdravotnické dokumentace kladen velký důraz, vše musí být vedeno přehledně, elektronicky i v listinné podobě. Výkony a uzavřené ošetřovací dny musí být opatřeny podpisy oprávněných nositelů výkonu, ať již lékařů nebo zdravotních sester.

Úhrada zdravotní péče je provedena na základě:

- vyúčtování poskytnuté péče na dokladech pořízených a předaných podle metodiky
- výsledků kontrolní a revizní činnosti
- výsledků zpracování regulačních omezení, uplatněných v souladu s obecně závaznými předpisy a smlouvou o poskytování a úhradě zdravotní péče.

#### 7.3.3.1 Ošetřovací den (OD)

Ošetřovací den je pojem, kterým se označuje provedená péče za 24 hodin u jednoho pacienta. Ošetřovací dny definované u ústavní péče:

- označuje zvýšenou náročnost ošetřovatelské péče poskytované pacientovi na oddělení DIOP
- vykazuje se i s výkonem OD
- hospitalizace = ústavní péče o jednoho pacienta na lůžkovém oddělení jednoho oboru
- první a poslední den hospitalizace se z hlediska vykázání OD považuje za jeden den (datum přijetí = datum propuštění 1 OD)
- vždy se vykazuje za první den hospitalizace.

**Ošetřovací den zahrnuje:**

- ✓ veškeré vizity a práci lékařů
- ✓ činnost zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu po získání odborné a specializované způsobilosti
- ✓ zdravotnických pracovníků nelékařských profesí
- ✓ zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti
- ✓ zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením, pokud nemají vlastní zdravotní výkony
- ✓ administrativní činnost mimo činnost zahrnutou v jiných výkonech
- ✓ organizační činnost vedoucích pracovníků.

**7.3.3.2 Úhradová vyhláška**

Vyhláška č. 268/2020 Sb., vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2021.

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 117/2006 Sb., zákona č. 245/2006 Sb., zákona č. 261/2007 Sb., zákona č. 298/2011 Sb., zákona č. 369/2011 Sb. a zákona č. 200/2015 Sb.

Úhradová vyhláška se stanovuje pro každý nadcházející rok nová, jsou tedy stanovené body pro každý rok nové úhrady.

Úhradové vyhlášce předchází dohádovací řízení na ministerstvu zdravotnictví, kdy jednotlivé profesní organizace a zástupci jednotlivých oborů, se snaží získat pro svůj obor vyšší objem finančních prostředků. V posledních letech docházelo k významnému navýšení hodnoty bodů, neboť do úhradové vyhlášky byly pro připočteny i významné navýšování platů zdravotnickým pracovníkům.

Podle úhradové vyhlášky má platba za ošetřovací den na oddělení DIOP odbornost 7U8.

Hrazené služby na oddělení DIOP poskytované pojištěncům v období od 1. 1. 2021 do 31. 12. 2021 jsou hrazeny s hodnotou 1,19,- za bod dle Vyhlášky. Poskytovatel vykazuje OD DIOP 00020, jehož bodová hodnota činí 2571 bodů. (Všeobecná zdravotní pojišťovna, 2018)

### 7.3.3.3 Kalkulace výnosů a fakturace zdravotním pojišťovnám

Výnosy projektu budou rozděleny podle variant na optimistické, realistické a pesimistické. Výnosy jsou ovlivněny počtem ošetřovacích dnů u jednotlivých pacientů a počtem obsazenosti lůžek na oddělení. Výpočet výnosů je počítán s bodovou hodnotou 1,19,- Kč za bod a bodovou hodnotou 2571, která je přiřazena výkazům za pojištěnce na oddělení DIOP.

Počet pacientů	Úhrada za 1 bod od pojišťovny	Bodová hodnota oddělení DIOP	Počet dní	Výnos za 1 měsíc	Výnos za 1 rok
20	1,19,-	2 571	31	1 896 883,8,- Kč	22 762 605,6,-Kč
18	1,19,-	2 571	31	1 707 195,4,- Kč	20 486 345,1,- Kč
16	1,19,-	2 571	31	1 517 507,1,- Kč	18 210 084,5,- Kč

Tabulka 15: Optimistická varianta výpočtu výnosů na oddělení DIOP (vlastní zpracování)

Optimistická varianta kalkulace výnosů oddělení DIOP je vyhodnocena při plné měsíční vytíženosti oddělení s plnou obložeností 20 lůžek 31 dnů v měsíci, jak je uvedeno v tabulce 15.

Počet pacientů	Úhrada za 1 bod od pojišťovny	Bodová hodnota oddělení DIOP	Počet dní	Výnos za 1 měsíc	Výnos za 1 rok
20	1,19,-	2 571	29	1 774 504,2,- Kč	21 294 050,4,-Kč
18	1,19,-	2 571	29	1 597 053,8,-Kč	19 164 645,4,- Kč
16	1,19,-	2 571	29	1 419 603,4,- Kč	17 035 240,3,- Kč

Tabulka 16: Realistická varianta výpočtu výnosů na oddělení DIOP (vlastní zpracování)

Z tabulky 16 je zřejmé, že hodnotící realistickou variantu je snížen počet obsazených lůžek na 29 dní v měsíci. Výpočet výnosů při obsazenosti lůžek 16 pacienty je měsíční výnos 1 419 603,4,- Kč.

Počet pacientů	Úhrada za 1 bod od pojišťovny	Bodová hodnota oddělení DIOP	Počet dní	Výnos za 1 měsíc	Výnos za 1 rok
18	1,19,-	2 571	29	1 597 053,8,- Kč	19 164 645,4,-Kč
16	1,19,-	2 571	27	1 321 699,7,- Kč	15 860 396,2,- Kč
15	1,19,-	2 571	25	1 147 308,8,- Kč	13 767 705,- Kč

Tabulka 17: Pesimistická varianta výpočtu výnosů na oddělení DIOP (vlastní zpracování)

Pesimistická varianta výpočtu výnosů počítá pouze s menší obložeností lůžek a nepočítá s plně obsazenými dny v měsíci. I přesto je měsíční výnos 1 147 308,8,-Kč, jak uvádí tabulka 17.

Výnosy od zdravotních pojišťoven jsou v reálném provozu závislé na počtu pacientů a obsazenosti lůžek. Pro výpočet výnosů v tabulce je uvažována 100% obloženost lůžek, každý den v měsíci.

K výnosům se řadí proplacené faktury zdravotními pojišťovnami. Poskytuje-li zdravotnické zařízení nějaký druh nadstandardní péče, která není hrazená pojišťovnami a na kterou má uzavřenou smlouvu s klientem, ev. zákonných zástupcem, pak za tuto činnost vystaví také fakturu.

#### 7.3.3.4 Kalkulace nákladů

V následující tabulkách je přehled měsíčních nákladů při provozu oddělení DIOP. Výše nákladů byla konzultována a vypočítána s ředitelem zdravotnického zařízení, který řídí celou ekonomiku zdravotnické organizace.

Mzdy tvoří největší část nákladů, až 50 – 55% z celkových výnosů. Podle vyhlášky o minimálním personálním zabezpečení zdravotních služeb, jak je uvedeno v kapitole 7.2.3.2, je výpočet personálního obsazení na oddělení DIOP s 20 lůžky uveden v následující tabulce.



OZNAČENÍ PERSONÁLU	POPIS	POČET
L 3	Lékař se specializací ARO	1
S 3	Sestra specialista ARO	6
S 2	Všeobecná sestra bez dohledu	10
S 1	Sestra pod pohledem, vedením	8
ZPOD	Sanitář, ošetřovatel	12
K 2	Fyzioterapeut	2

Tabulka 18: Zdravotnické personální zabezpečení na oddělení DIOP s 20 lůžky (vlastní zpracování)

Výhodou zdravotnického zařízení při zřízení nového oddělení je využití stávajícího personálu organizace, především všeobecných sester, sanitářů a fyzioterapeutů. Tito pracovníci by mohli působit i na oddělení DIOP. Nutné by bylo přijmout na hlavní pracovní poměr lékaře se specializací ARO a také sestru specialistku ARO.

OZNAČENÍ PERSONÁLU	POPIS	POČET
Jiný zdravotnický pracovník	Zdravotně sociální pracovník	2 HPP v ZZ
L2/3	Psychiatr, psycholog	Dostupnost/smlouva
Jiný zdravotnický pracovník	Logoped	Dostupnost/smlouva
L2/3	Obory – chirurgie	Dostupnost/smlouva
Pracoviště ve ZZ	RTG, laboratoř	Dostupnost/smlouva

Tabulka 19: Další personální zabezpečení na oddělení DIOP s 20 lůžky (vlastní zpracování)

Tabulka 19 zobrazuje nutnost zajištění dalších profesí a pracovišť, které musí zdravotnické zařízení splňovat podle vyhlášky č. 99/2012 Sb. Tyto jsou součástí zdravotnického zařízení, jsou tedy dostupné a není nutné kalkulovat s náklady na jejich zajištění, jelikož jsou využívány stávající organizací při provozování léčebny dlouhodobě nemocných.

Chirurgická ambulance, laboratoř i RTG jsou součástí budovy a provozovány soukromými provozovateli a je tedy zajištěna dostupnost pro pacienty oddělení DIOP.

Po rozhovoru s ředitelem zdravotnického zařízení byly určeny mzdové náklady na nové zaměstnance v průměru 35 000,-, tedy při přijetí 29 nových zaměstnanců činí mzdové náklady 1 015 000,- Kč.

Fixní náklady	Měsíční	Roční
Záloha plyn	15 000,-	180 000,-
Elektřina	5 000,-	60 000,-
Voda	5 000,-	60 000,-
Prádelna	20 000,-	240 000,-
Telefony	5 000,-	60 000,-
Zdravotní služby	20 000,-	240 000,-
IT programy apod.	5 000,-	60 000,-
Údržba, ostraha, účetní, audit	5 000,-	60 000,-
Vybavení	100 000,-	1 200 000,-
Mzdové náklady	1 015 000,-	12 180 000,-
<b>Celkem</b>	<b>1 195 000,-</b>	<b>12 360 000,-</b>

Tabulka 20: Měsíční fixní výdaje zdravotnického zařízení při provozování oddělení DIOP (vlastní zpracování)

Variabilní náklady	Měsíční	Roční
Zdravotnický materiál	100 000,-	1 200 000,-
Léky	125 000,-	1 500 000,-
Strava	45 000,-	540 000,-
Kyslíková náplň	40 000,-	480 000,-
<b>Celkem</b>	<b>320 000,-</b>	<b>3 720 000,-</b>

Tabulka 21: Měsíční variabilní výdaje zdravotnického zařízení při provozování oddělení DIOP (vlastní zpracování)

Výše variabilních nákladů je dána spotřebou zdravotnického materiálu, léků, potravin na stravu a kyslíkovou náplním v centrálních rozvodech, které se odvíjí od počtu pacientů na oddělení DIOP.

### 7.3.3.5 Porovnání nákladů a výnosů, výpočet zisku

Zisk nového oddělení DIOP zjistíme jako rozdíl výnosů a celkových nákladů. V následující tabulce jsou shrnuty náklady, výnos a zisk za rok provozu oddělení DIOP v jednotlivých variantách.

Varianta	Náklady	Výnosy	Zisk/den	Zisk/měsíc	Zisk/rok
Optimistická varianta	1 335 000,-	1 707 195,4,-	12 006,3,-	372 195,4,-	4 466 344,7,-
Realistická varianta	1 335 000,-	1 597 053,8,-	8 453,4,-	262 053,8,-	3 144 645,6,-
Pesimistická varianta	1 335 000,-	1 355 354,1,-	656,6,-	20 354,1,-	244 249,2,-

Tabulka 22: Celkové náklady, výnosy a zisk v 1. roce provozu oddělení DIOP (vlastní zpracování)

Odhad celkových měsíčních nákladů na provoz nového oddělení DIOP byly vypočítány součtem fixních nákladů, variabilních nákladů a mzdových nákladů, které činí celkem 1 335 000,- Kč. Výnosy oddělení jsou tvořeny počtem vykázaných bodů pojišťovnam při určitém počtu pacientů za počet dnů, kdy byli hospitalizováni. Z tabulky 22 je patrné, že v žádné z variant se zdravotnické zařízení nedostane do ztráty. Při pesimistické variantě je měsíční zisk pouze 20 354,- Kč, který by pro zdravotnické zařízení nebyl únosný.

Varianta	Náklady (Costs)	Výnosy (Benefits)	B - C	B/C
Optimistická varianta	1 335 000,-	1 707 195,4,-	372 195,4,-	1,28
Realistická varianta	1 335 000,-	1 597 053,8,-	262 053,8,-	1,19
Pesimistická varianta	1 335 000,-	1 355 354,1,-	20 354,1,-	1,02

Tabulka 23: Porovnání jednotlivých investičních variant konkrétního zdravotnického zařízení při tvorbě nového oddělení DIOP (vlastní zpracování)

V tabulce 23 jsou vyhodnoceny optimistická, realistická i pesimistická varianta porovnáním nákladů a výnosů s využitím CBA metody, která zobrazuje dopad investice. Hlavním hodnotícím kritériem je výše čisté současné hodnoty, tedy porovnání hodnoty všech nákladů a současné hodnoty všech výnosů (B – C). Je-li hodnota větší než 0, pak je

varianta přínosem, pokud je hodnota záporná, jedná se o újmu. Dalším ukazatelem je poměr současné hodnoty přínosů a nákladů (B/C). Pokud je poměr větší než 1, jedná se o přínos, pokud je menší než 1, hovoří se o újmě organizace.

V žádné z těchto variant nedochází k újmě, tedy zápornému výši čisté současné hodnoty. Při zjištění poměru současné hodnoty výnosů a nákladů tedy poměr (B/C) je větší než 1. Z uvedené tabulky vyplývá, že investiční záměr v optimistické, realistické i pesimistické variantě je přínosem zdravotnického zařízení při investování a zbudování nového oddělení DIOP.

#### 7.4 Časová analýza

V kapitole je zpracována časová analýza projektu vytvoření nového oddělení, jednotlivých činností a fází projektu. V tabulce časové analýzy je možné vidět, kdy konkrétní činnosti začínají, kdy končí, jak se případně překrývají. Před zahájením přestavby a zahájení veškerých činností souvisejících s tvorbou nového oddělení DIOP předchází jednání se zdravotními pojišťovnami, se kterými je nutné uzavřít smlouvu o provozu oddělení DIOP. Veškeré potřebné požadavky pojišťoven k zařazení do výběrového řízení jsou uvedeny v kapitole 7.2.1. Při splnění všech podmínek a na základě výsledku výběrového řízení může být uzavřena smlouva o hrazení poskytované péče s konkrétní zdravotní pojišťovnou. Jednání s pojišťovnami je několikaměsíční záležitost, a proto nebylo stanoveno datum zahájení projektu. Projekt vytvoření oddělení DIOP bude sloužit jako podklad pro rozhodnutí vedení zdravotnického zařízení o realizaci projektu.

ČASOVÁ ANALÝZA																				
Činnost/měsíc	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Tvorba realizačního týmu	■	■																		
Tvorba projektové dokumentace			■	■	■	■														
Výběr stavební firmy					■	■	■	■												
Realizace stavebních úprav									■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Výběr a nákup vybavení a přístrojů													■	■	■	■	■	■		
Nákup vybavení interiéru																■	■	■	■	
Nábor nových zaměstnanců																■	■	■	■	
Zahájení provozu																				■

Tabulka 24: Časová analýza projektu tvorby nového oddělení DIOP (vlastní zpracování)

## ZÁVĚR

Cílem projektu diplomové práce bylo vypracování projektu založení nového oddělení dlouhodobé ošetrovatelské péče v konkrétním zdravotnickém zařízení.

V teoretické části práce byly zpracovány poznatky týkající se dlouhodobé léčebné péče, jelikož nového oddělení DIOP by bylo součástí zdravotnického zařízení poskytující tyto služby a také z důvodu stárnutí populace a narůstajícího počtu seniorů vyžadující zdravotní péči. Vláda ČR i jednotlivé státy Evropy se snaží reagovat na stárnutí populace tvorbou strategií, které formulují přístup společnosti ke stárnutí dostupnou péčí, důstojným stárnutím a vysokou kvalitou života ve stáří. Dále je teoretická část věnována charakteristice dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péči, struktuře této péče, počtům lůžek na odděleních DIOP v České republice a také charakteristické skladbě pacientů, kteří jsou na tato oddělení umisťováni. Další kapitoly teoretické části práce jsou věnovány podnikatelskému plánu a managementu v ošetrovatelství.

Praktická část diplomové práce je tvořena představením konkrétního zdravotnického zařízení z pohledu současného i historického, organizační strukturou a přehledem poskytovaných služeb. Další část je věnována analytickým metodám, kterými byla SWOT analýza pro zvolení správné strategie při zbudování nového oddělení, PESTLE analýza pro vyhodnocení působení vnějších faktorů na konkrétní zdravotnické zařízení. Byly zpracovány analýzy demografického vývoje obyvatel ČR a Pardubického kraje, se kterými souvisí vývoj populace a stárnutí obyvatelstva, analýzy ekonomického vývoje ČR, analýza trhu práce v ČR a analýza odměňování lékařů a sester v ČR a Pardubickém kraji. Tyto analýzy byly vypracovány na základě dat z Ústavu zdravotnických informací a statistiky a dat z Českého statistického úřadu. Další analytickou metodou byl využit Porterův model pěti konkurenčních sil a vyhodnocení konkurenčního prostředí na trhu zdravotní péče, který není standardním konkurenčním trhem a neplatí se zde stejné zákonitosti konkurence. Spojením teoretických, analytických poznatků a vyhodnocení současné situace při poskytování dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péči v ČR bylo vypracováno projektové řešení vytvoření nového oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče v konkrétním zdravotnickém zařízení. Projekt se sestává, z před investiční fáze, která je zaměřena na získání oprávnění pro poskytování služeb na oddělení DIOP a požadavků na vytvoření nového oddělení a investiční fáze, která vyhodnocuje předpokládané náklady, výnosy a

zisk při vybudování a provozu oddělení DIOP. Na závěr byl projekt podroben časové analýze. Projekt byl vyhodnocen jako přínosný a ziskový, byl tedy doporučen k realizaci.

Proces, kterým prochází zdravotnické zařízení při zájmu provozovat lůžka DIOP, je náročný zejména na přípravu. Je vždy výsledkem týmové práce managementu a celý proces zastřešuje ředitel zdravotnického zařízení. V zájmu zdravotnického zařízení je, aby smlouvy byly podepsané se všemi zdravotními pojišťovnami. Z výše uvedených analýz vyplývá, že vybudování by bylo přínosem nejen pro konkrétní zdravotnické zařízení, ale také pro navýšení lůžkového fondu na odděleních DIOP, které je v celé ČR nedostatečné a velice by pomohlo k řešení problematiky následné intenzivní péče.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- ABRAMS, R. *Successful business plan secrets and strategies: America's best-selling business plan guide!*. 6th edition. Palo Alto: PlanningShop, 2014, 430 s. ISBN 978-1-933895-46-8.
- BLAŽEK, Ladislav, 2014. *Management: Organizování, rozhodování, ovlivňování*. 2. Praha: Grada, s. 1021. ISBN 978-80-247-9354-2.
- ČELEDOVÁ, Libuše et al., 2018. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví pro studenty zubního lékařství*. Praha: Karolinum, 110 s. ISBN 978-80-246-3996-3.
- ČELEDOVÁ, Libuše et al., 2014. *Sociální gerontologie: Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 825 s. ISBN 978-80-247-4544-2.
- ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ, 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum, 154 s. ISBN 978-80-246-3404-3.
- GATTIS, Ch. *Business plan template (how to write a business plan)*. Huntsville, Alabama: Blue Point Publishers, 2010, 71 s. ISBN 978-1-4664-2422-7.
- GRASSEOVÁ, Monika, Radek DUBEC a David ŘEHÁK, 2010. *Analýza v rukou manažera: 33 nejpoužívanějších metod strategického řízení*. Brno: Computer Press, 325 s. ISBN 978-80-251-2621-9.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2012. *Sociální gerontologie aneb Seniori mezi námi*. Praha: Galén, 194 s. ISBN 978-80-7492-058-5.
- HORECKÝ, Jiří a Ladislav PRŮŠA, 2019. *Současná struktura služeb dlouhodobé péče a prognóza potřebnosti sociálních služeb 2019-2050*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 30 s. ISBN 978-80-907053-4-0.
- FOTR, Jiří a Ivan SOUČEK, 2011. *Investiční rozhodování a řízení projektů: Jak připravovat, financovat a hodnotit projekty, řídit jejich riziko a vytvářet portfolio projektů*. Praha: Grada, 416 s. ISBN 978-80-247-3293-0.
- KALVACH, Zdeněk et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 400 s. ISBN 978-80-247-7628-6.
- LONGEST, Beaufort B. a Kurt DARR. *Managing health services organizations and systems*. 6 th edition. Baltimore: Health Professions Press, 2014, 720 s. ISBN 978-1938870903.

PLEVOVÁ, Ilona et al., 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.

PRATT, John R., 2016. *Long-term care: managing 104ttp104 the kontinuum*. 4th ed. Burlington, MA: Jones and Bartlett Learning, 576 s. ISBN 978-007-126788-5.

PRŮCHA, Jan, 2014. *Andragogický průzkum*. Praha: Grada, 152 s. ISBN 978-80-247-9341-2.

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

SRPOVÁ, J. *Podnikatelský plán a strategie*. Praha: Grada, 2011, 194 s. ISBN 978-80-247-4103-1.

SVOBODOVÁ, Ivana a Michal ANDERA, 2017. *Od nápadu k podnikatelskému plánu: Jak hledat a rozvíjet podnikatelské příležitosti*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-271-9985-3.

SVOZILOVÁ, Alena, 2016. *Projektový management: Systémový přístup k řízení projektů*. 3. Praha: Grada, s. 424. ISBN 978-80-271-0075-0.

TOMEŠ, Igor a Kateřina ŠÁMALOVÁ, 2017. *Sociální souvislosti aktivního stáří*. Praha: Karolinum, 256 s. ISBN 978-80-246-3612-2.

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

VÁLKOVÁ, Monika, 2015. *Dlouhodobá péče v ošetrovatelství*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 75 s. ISBN 978-80-87023-44-0.

ZRUBÁKOVÁ, Katarína a Ivan BARTOŠOVIČ, 2019. *Nefarmakologická léčba v geriatrii*. Praha: Grada, 838 s. ISBN 978-80-271-2207-3.

### **Internetové zdroje:**

*Analýza vývoje zaměstnanosti a nezaměstnanosti v roce 2019* [online], 2020. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2021-8-7]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/1736728/Anal%C3%BDza+-+text.pdf/7f60fc4c-1ce3-b887-94e7-493d2dd1869c>



ČEVELOVÁ, Magdalena, 2015. *Marketingový plán na pivním tácku* [online]. Praha: Eknihy hned, 84 s. [cit. 2021-8-3]. ISBN 978-80-7536-061-8. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/marketingovy-plan-na-pivnim-tacku-561885/>

Dlouhodobá péče v České republice, 2011. *eSeznam.cz: Portál nejen pro zdravotně znevýhodněné* [online]. eSeznam.cz [cit. 2021-5-22]. Dostupné z: <http://www.eseznam.cz/index.php/legislativa/tema-socialni-reforma/1251-dlouhodobapece-v-ceske-republice>

DRÁBEK, Jaromír, 2011. Návrh věcného záměru zákona upravujícího řešení dlouhodobé zdravotně sociální péče. *Centrum pro zdravotně postižené Karlovarského kraje: Pro snadnější cestu životem* [online]. Karlovy Vary: Centrum pro zdravotně postižené KK [cit. 2021-7-8]. Dostupné z: [https://sluzbypostizenym.cz › vecny\\_zamer\\_ltc](https://sluzbypostizenym.cz › vecny_zamer_ltc)

HE, Alex Jingwei a Kee-Lee CHOU, 2017. *Long-Term Care Service Needs and Planning for the Future* [online]. 39 s. [cit. 2021-7-8]. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/319233323\\_Long-term\\_care\\_service\\_needs\\_and\\_planning\\_for\\_the\\_future\\_A\\_study\\_of\\_middle-aged\\_and\\_older\\_adults\\_in\\_Hong\\_Kong](https://www.researchgate.net/publication/319233323_Long-term_care_service_needs_and_planning_for_the_future_A_study_of_middle-aged_and_older_adults_in_Hong_Kong)

Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2100, 2013. *Český statistický úřad* [online]. Praha [cit. 2021-5-29]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-do-roku-2100-n-fu4s64b8h4>

Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019-2025, 2018. *Hospodářská komora České republiky* [online]. Praha: Hospodářská komora ČR [cit. 2021-5-29]. Dostupné z: <https://www.komora.cz/legislation/72-19-strategie-pripravy-na-starnuti-spolecnosti-2019-2025-t-6-6-2019/>

Dodatek č. 14 ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb, 2018. *Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky* [online]. Praha: VZP [cit. 2021-8-16]. Dostupné z: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj2sGuhLTyAhVfhf0HHcEWDswQFnoECAIQAAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.vzp.cz%2FContract%2FDownloadFile%2F847669&usg=AOvVaw2UIyA413Z21rgdYnFUUk7O>

DOKOUPILOVÁ, Hana. 2010. *DIOP* [online]. Český Brod: Nemocnice Český Brod [cit. 2021-6-3]. Dostupné z: <https://www.nem-cb.cz/cz/s1193/Sluzby/c2505-DIOP>

CHODOUNSKÁ, Helena, 2019. Analýza: Odměňování zdravotnických pracovníků. *Český statistický úřad* [online]. Praha: ČSÚ [cit. 2021-8-8]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/cri/odmenovani-zdravotnickych-pracovniku>

KOUBOVÁ, Michaela, 2015. V ČR chybí lůžka následné intenzivní péče. Jejich pacienti tak blokují třetinu ARO. *Zdravotnický deník: zdravé je vědět* [online]. Praha: Media Network [cit. 2021-6-12]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2015/04/v-cr-chybi-luzka-nasledne-intenzivni-pece-jejich-pacienti-tak-blokuji-tretinu-aro/>

DIOP, 2010. *Krnovská nemocnice* [online]. Krnov [cit. 2021-6-12]. Dostupné z: <http://www.szzkrnov.cz/pacienti-a-navstevnici/oddeleni/diop>

SWOT analýza, 2016. *Management Mania* [online]. ManagementMania [cit. 2021-04-26]. Dostupné z: <https://managementmania.com/cs/swot-analyza>

Vláda schválila Strategický rámec Zdraví 2030, 2019. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví [cit. 2021-8-4]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vlada-schvalila-strategicky-ramec-zdravi-2030-2/>

Vyhláška č. 92/2012 Sb., 2017. *Zákony pro lidi: Sbirka zákonů* [online]. Zlín: AION CS [cit. 2021-7-8]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-92>

Vyhláška č. 99/2012 Sb., 2017. *Zákony pro lidi: Sbirka zákonů* [online]. Zlín: AION CS [cit. 2021-7-8]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99>

Zákon č. 310/2017 Sb., 2017. *Zákony pro lidi: Sbirka zákonů* [online]. Zlín: AION CS [cit. 2021-7-8]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

DIOP	Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče
ČR	Česká republika
OSN	Organizace spojených národů
WHO	Světová zdravotnická organizace
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
EU	Evropská unie
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
JIP	Jednotka intenzivní péče
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
NIP	Následná intenzivní péče
CHOPN	chronická obstrukční plicní nemoc
CK	centrální katetr
ŽK	žilní katetr
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
EKG	elektrokardiograf
RTG	rentgen
SWOT	analýza silných stránek, slabých stránek, příležitostí a hrozeb
SMART	cíle SWOT analýzy (Specific, Measurable, Achievable, Realistic, Time Specific)
PESTLE	analýza vnějšího prostředí (Political, Economical, Social, Technological and Legislative)
DPH	daň z přidané hodnoty
HDP	hrubý domácí produkt
ČSÚ	Český statistický úřad
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
IT	výpočetní technika

---

VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
KHS	Krajská hygienická stanice
IČZ	Identifikační číslo pro poskytovatele zdravotních služeb
IČP	Identifikační číslo pracoviště
ČLK	Česká lékařská komora
IČO	identifikační číslo
WC	záchod
HPP	hlavní pracovní poměr
DPC	dohoda o pracovní činnosti
OD	ošetřovací den
ZZ	zdravotnické zařízení

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek 1: Projekce vývoje obyvatelstva ČR ve věkových kategoriích 0-64 let, 65-79 let, 80+ v % v letech 2000-2050 (Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2100, 2013) .....	13
Obrázek 2 Polohovatelné elektrické lůžko pro ležícího pacienta .....	28
Obrázek 3 Aktivní antidekubitní matrace .....	28
Obrázek 4: Ukázka monitoru fyziologických funkcí .....	29
Obrázek 5: Manažerská pyramida .....	35
Obrázek 6: Manažerská úroveň řízení v konkrétním zdravotnickém zařízení .....	39
Obrázek 7: Organizační struktura LDN .....	41
Obrázek 8: SWOT analýza .....	42
Obrázek 9: Čtyři základní kroky při tvorbě SWOT analýzy .....	43
Obrázek 10: Výdělek všeobecných sester v krajích ČR v roce 2017 .....	51
Obrázek 11: Plán areálu zdravotnického zařízení .....	73

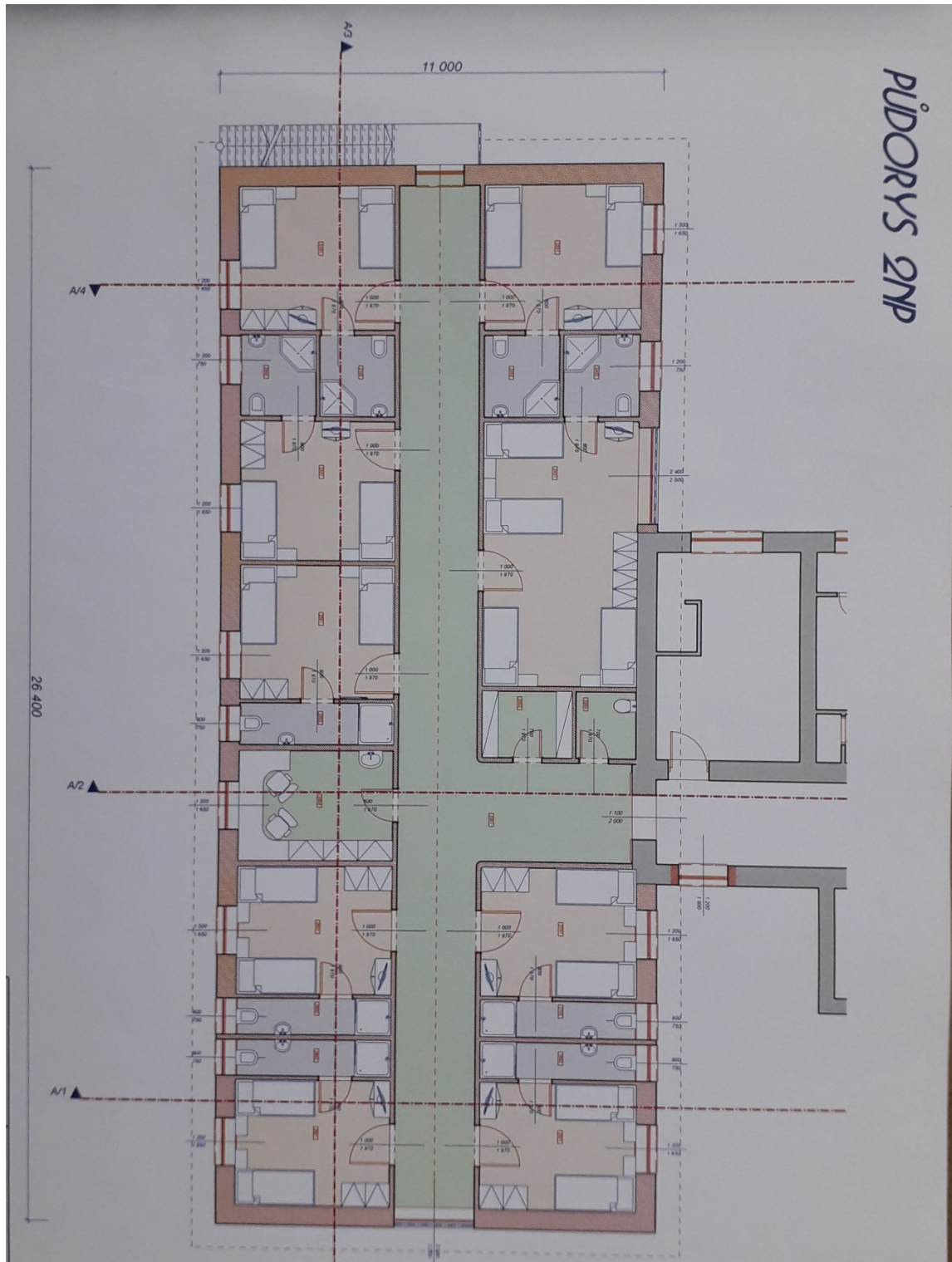
**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1: Rozdělení oddělení s lůžky DIOP v krajích .....	25
Tabulka 2: Vnitřní faktory SWOT analýzy .....	44
Tabulka 3: Vnější faktory SWOT analýzy .....	44
Tabulka 4: Odměňování lékařů a sester v letech 2014 – 2018 .....	51
Tabulka 5: Porovnání počtu úvazků lékařů v jednotlivých krajích na počet obyvatel v roce 2018 .....	56
Tabulka 6: Porovnání počtu úvazků všeobecných sester v jednotlivých krajích na počet obyvatel v roce 2018 .....	57
Tabulka 7: Počet lékařů a všeobecných sester v Pardubickém kraji a ČR v roce 2017 .....	58
Tabulka 8: Rozdíl mezi trhy zdravotní péče a standardními konkurenčními trhy.....	59
Tabulka 9: Vyhodnocení vlivu konkurenčních sil .....	62
Tabulka 10: Minimální personální zajištění přepočtené na 10 lůžek .....	72
Tabulka 11: Stavební investiční výdaje na vybudování nového oddělení DIOP .....	74
Tabulka 12: Přístrojové vybavení nového oddělení .....	75
Tabulka 13: Technické vybavení oddělení DIOP.....	76
Tabulka 14: Celkové předpokládané náklady na vybudování oddělení DIOP .....	76
Tabulka 15: Optimistická varianta výpočtu výnosů na oddělení DIOP .....	79
Tabulka 16: Realistická varianta výpočtu výnosů na oddělení DIOP .....	79
Tabulka 17: Pesimistická varianta výpočtu výnosů na oddělení DIOP .....	80
Tabulka 18: Zdravotnické personální zabezpečení na oddělení DIOP s 20 lůžky .....	81
Tabulka 19: Další personální zabezpečení na oddělení DIOP s 20 lůžky .....	81
Tabulka 20: Měsíční fixní výdaje zdravotnického zařízení při provozování oddělení DIOP .....	82
Tabulka 21: Měsíční variabilní výdaje zdravotnického zařízení při provozování oddělení DIOP .....	82
Tabulka 22: Celkové náklady, výnosy a zisk v 1. roce provozu oddělení DIOP .....	83
Tabulka 23: Porovnání jednotlivých investičních variant konkrétního zdravotnického zařízení při tvorbě nového oddělení DIOP .....	83
Tabulka 24: Časová analýza projektu tvorby nového oddělení DIOP.....	84

**SEZNAM GRAFŮ**

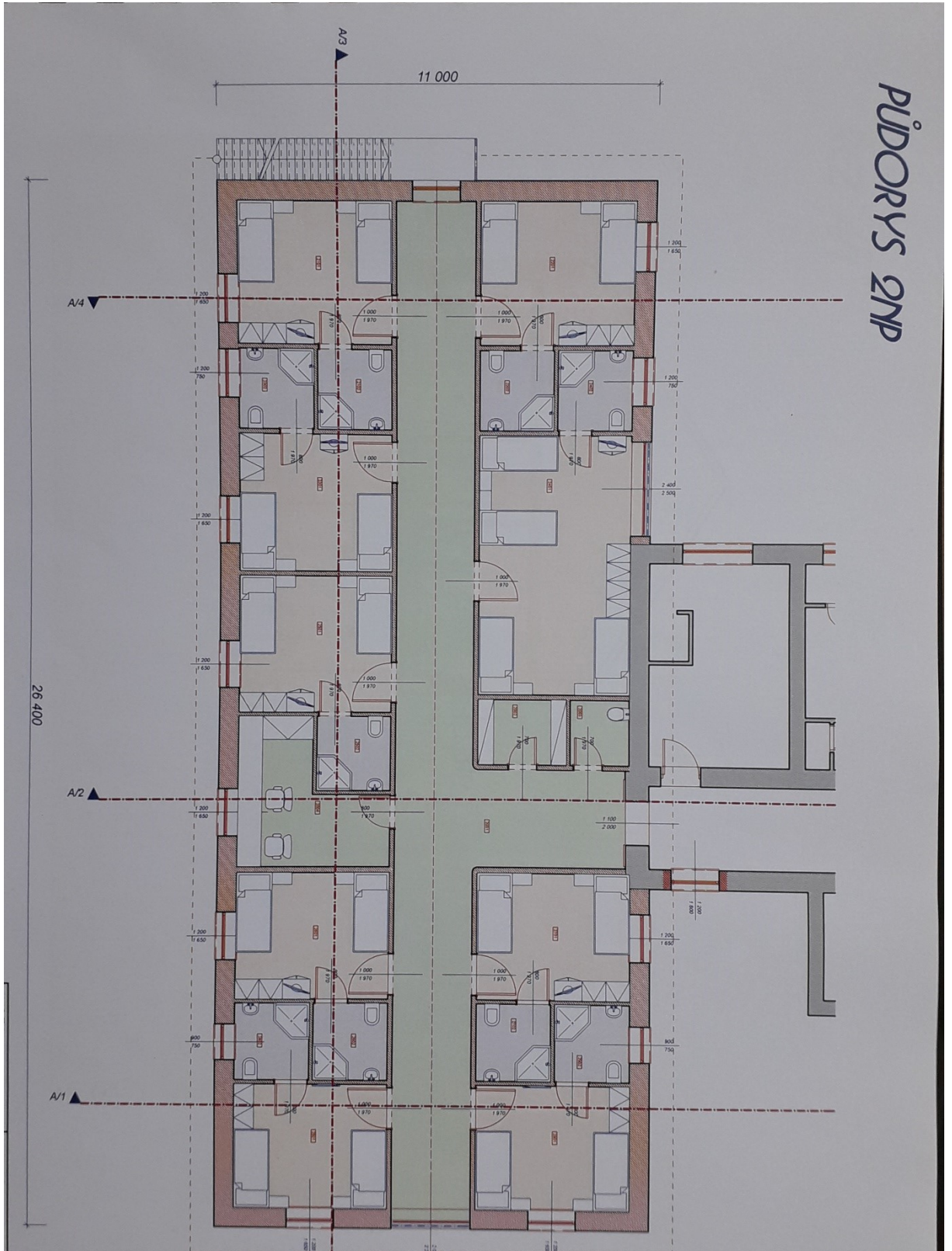
Graf 1: Počet lůžek NIP a DIOP v České republice v roce 2014 .....	23
Graf 2: Rozdělení lůžek NIP a DIOP v krajích ČR .....	24
Graf 3: Obecná míra nezaměstnanosti v ČR .....	50
Graf 4: Naděje dožití při narození mužů a žen v ČR v letech 1991-2016.....	52
Graf 5: Očekávaný nárůst věkové struktury obyvatelstva ČR .....	53
Graf 6: Demografický vývoj obyvatelstva v Pardubickém kraji .....	54
Graf 7: Věkové složení obyvatelstva Pardubického kraje v roce 2018 .....	55

PŘÍLOHA P I: STUDIE NÁVRHU ODDĚLENÍ DIOP – VARIANTA 1





PŘÍLOHA P II: STUDIE NÁVRHU ODDĚLENÍ DIOP – VARIANTA 2





**SMLOUVA č.....**  
**o poskytování a úhradě hrazených služeb**  
 (pro poskytovatele lůžkové péče)

**Článek I.**  
**Smluvní strany**

<b>Poskytovatel zdravotních služeb:</b>	
<b>Sídlo (obec):</b>	
<b>Ulice, č.p., PSČ:</b>	
<b>Zápis v obchodním rejstříku:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• .....soud ....., oddíl ....., vložka ....., dne .....</li> <li>• nezapíše se</li> </ul>	
<b>Zastoupený (jméno, funkce):</b>	
<b>IČO:</b>	
<b>IČZ:</b>	
<b>Bankovní spojení (název banky) číslo účtu/kód banky:</b>	

(dále jen „Poskytovatel“) na straně jedné

a

<b>Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky</b>		
<b>Sídlo:</b>	Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00	
<b>IČO:</b>	41197518	
<b>Regionální pobočka ....., pobočka pro .....</b>		
<b>Zastoupená (jméno a funkce):</b>		
<b>Doručovací adresa (obec):</b>		
<b>Ulice, č.p., PSČ:</b>		
<b>tel.:</b>	<b>fax:</b>	<b>e-mail:</b>
<b>Bankovní spojení (název banky), číslo účtu/kód banky:</b>		

(dále jen „Pojišťovna“) na straně druhé

**u z a v í r a j í**

v souladu s vyhláškou č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy, zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 48/1997 Sb.“) a dalšími právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotních služeb tuto **Smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb** (dále jen „Smlouva“).

## Článek II. Předmět Smlouvy

Předmětem této Smlouvy je stanovení podmínek a úprava vztahů vznikajících mezi Poskytovatelem a Pojišťovnou při poskytování zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění (dále jen „hrazené služby“) pojištěncům Pojišťovny (dále jen „pojištěnci“) a při jejich úhradě. To platí i v případě, kdy Pojišťovna plní roli výpomocné instituce při realizaci práva Evropské unie, nebo na základě mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení, uzavíraných Českou republikou.

## Článek III. Práva a povinnosti smluvních stran

- (1) Smluvní strany
  - a) dodržují při vykazování a úhradě hrazených služeb dohodnutou Metodiku pro pořizování a předávání dokladů (dále jen „Metodika“), Pravidla pro vyhodnocování dokladů ve VZP ČR (dále jen „Pravidla“) a Datové rozhraní,
  - b) zaváží své zaměstnance, případně i jiné osoby, s ohledem na ochranu práv pojištěnců, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích a skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu své funkce nebo zaměstnání anebo při zpracování údajů z informačního systému na základě Smlouvy, popřípadě v souvislosti s nimi.
- (2) Poskytovatel
  - a) poskytuje hrazené služby v souladu s právními předpisy v odbornostech a rozsahu dohodnutých a vymezených ve Smlouvě, pro které je věcně a technicky vybaven<sup>1</sup> a personálně zabezpečen<sup>2</sup>,
  - b) poskytuje hrazené služby pojištěncům z členských států EU, EHP a Švýcarska podle příslušných předpisů Evropské unie<sup>3</sup> a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny smlouvy o sociálním zabezpečení (dále jen „pojištěnci z EU“), za stejných podmínek jako pojištěncům, v rozsahu dle jimi předložených dokladů tak, aby nedocházelo k jejich diskriminaci ani upřednostňování, zejména při přijímání na plánované operace a jiné lékařské zákroky, a to ani v případě, že by pojištěnec z EU hradil hrazené služby v hotovosti. Tyto služby jsou hrazeny samostatně, odděleně od hrazených služeb poskytovaných pojištěncům,
  - c) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci, případně i jiné osoby, kteří budou pojištěncům poskytovat ve Smlouvě sjednané hrazené služby, splňují požadavky stanovené právními předpisy pro výkon této činnosti<sup>4</sup>,
  - d) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytované hrazené služby podle zvláštního právního předpisu<sup>1</sup>,
  - e) poskytuje hrazené služby „lege artis“ bez nadbytečných nákladů, vždy však se zřetelem k tomu, aby potřebného diagnostického nebo léčebného efektu bylo dosaženo s ohledem na individuální zdravotní stav pojištěnce,
  - f) přijme pojištěnce k hospitalizaci, jen vyžaduje-li to jeho zdravotní stav, zpravidla na doporučení ošetřujícího lékaře,

<sup>1</sup> Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>2</sup> Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>3</sup> Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004, o koordinaci systémů sociálního zabezpečení a č. 987/2009, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (EC) č. 883/2004, o koordinaci systémů sociálního zabezpečení; Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 1231/2010, kterým se rozšiřuje působnost nařízení (ES) č. 883/2004 a nařízení (ES) č. 987/2009 na státní příslušníky třetích zemí, na které se tato nařízení dosud nevztahují pouze z důvodu jejich státní příslušnosti; Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU, o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči.

<sup>4</sup> Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů  
Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

- g) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtovaných hrazených služeb v průkazné formě zdravotnickou dokumentaci, ve které budou zaznamenávány zejména provedené zdravotní výkony, vyžádané hrazené služby a budou v ní uchovány i doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření, v souladu se zvláštním právním předpisem<sup>5</sup>,
  - h) zajistí, v případě nepřítomnosti ve Smlouvě dohodnutého nositele výkonu, zástup jiným kvalifikovaným nositelem výkonu a ve smluvně dohodnutých případech tuto skutečnost vhodným způsobem oznámí pojištěncům a Pojišťovně,
  - i) poskytne v souladu s právními předpisy poskytovatelům, kterým pojištěnce předá do péče nebo které si pojištěnec zvolí, informace potřebné pro zajištění návaznosti poskytování hrazených služeb a k zamezení duplicitního provádění diagnostických a léčebných výkonů a při převzetí pojištěnce do péče bude takové informace od příslušných poskytovatelů vyžadovat,
  - j) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v právních předpisech,
  - k) nepodmíní právo pojištěnce na svobodnou volbu poskytovatele a zdravotnického zařízení nebo na poskytnutí hrazených služeb žádnými registračními poplatky nebo sponzorskými dary a za poskytnutí hrazených služeb hrazených Pojišťovnou nebude od pojištěnce, pokud to nevyplývá z právních předpisů, vybírat žádnou finanční úhradu,
  - l) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazených služeb změnou Pojišťovny nebo jiným způsobem,
  - m) nebude zvyhodňovat pojištěnce jedné nebo více zdravotních pojišťoven v neprospěch pojištěnců pojišťoven ostatních a zhoršovat dostupnost hrazených služeb přednostním poskytováním zdravotních služeb hrazených jiným způsobem,
  - n) oznámí Pojišťovně, v souladu s § 55 zákona č. 48/1997 Sb., úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytl hrazené služby, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby,
  - o) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci oprávněni předepisovat léčivé přípravky dle své odbornosti budou vystavovat lékařské předpisy v souladu s platným zákonem č. 378/2007 Sb., o léčivech (e-preskripce),
  - p) odpovídá za správné a úplné vyplnění receptu; dále odpovídá za správné a úplné vyplnění poukazu na zdravotnické prostředky nebo poukazu na vyšetření/ošetření nebo příkazu ke zdravotnímu transportu nebo dalších dokumentů nezbytných pro vyžádání péče u jiného poskytovatele; pokud byl léčivý přípravek předepsán v rozporu s podmínkami stanovenými v rozhodnutí Státního ústavu pro kontrolu léčiv o výši a podmínkách úhrady, či pokud byly zdravotnický prostředek nebo potravina pro zvláštní lékařské účely předepsány v rozporu s podmínkami pro jejich úhradu stanovenými zákonem a Pojišťovna je uhradila, má právo požadovat od Poskytovatele úhradu zaplacené částky.
- (3) Pojišťovna
- a) uhradí Poskytovateli provedené hrazené služby průkazně zdokumentované a odůvodněně poskytnuté jejím pojištěncům i pojištěncům z EU, kteří si Pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie, v souladu s právními předpisy a Smlouvou,
  - b) dohledá na žádost Poskytovatele bez zbytečného prodlení příslušnost pojištěnce k Pojišťovně v případech, kdy není dostupný průkaz pojištěnce a jsou dostupné jeho osobní údaje,
  - c) nebude vyžadovat zvyhodňování svých pojištěnců na úkor pojištěnců ostatních zdravotních pojišťoven,
  - d) je oprávněna provádět kontrolu plnění smluvně dohodnutého rozsahu věcného a technického vybavení a personálního zabezpečení hrazených služeb poskytovaných Poskytovatelem podle Smlouvy,
  - e) poskytuje Poskytovateli prostřednictvím zveřejnění na internetových stránkách Pojišťovny [www.vzp.cz](http://www.vzp.cz) k zajištění jednotných podmínek dohodnutou Metodiku, Pravidla, Datové

<sup>5</sup> Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů; Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů

rozhraní a příslušné číselníky vydávané Pojišťovnou k vykazování a výpočtu úhrady hrazených služeb,

- f) seznámí Poskytovatele prostřednictvím zveřejnění na internetových stránkách Pojišťovny [www.vzp.cz](http://www.vzp.cz) s dohodnutými změnami Metodiky, Pravidel a se změnami číselníků alespoň jeden měsíc a se změnou Datového rozhraní alespoň dva měsíce před stanoveným termínem jejich platnosti; v případě změny právních předpisů, která neumožní tuto lhůtu dodržet, může být uvedená lhůta přiměřeně zkrácena; smluvní strany jsou změnami vázány,
- g) zveřejňuje za účelem efektivního vynakládání prostředků veřejného zdravotního pojištění při současném zachování kvality poskytování zdravotních služeb na internetových stránkách Pojišťovny ([www.vzp.cz](http://www.vzp.cz)) seznam doporučených léčivých přípravků (dále jen „Pozitivní list VZP ČR“), které jsou ekonomicky nejméně náročnou variantou, přičemž garantuje léčivé přípravky plně hrazené, tj. s nulovým doplatkem pro pacienta,
- h) zveřejňuje za účelem efektivního vynakládání prostředků veřejného zdravotního pojištění, při současném zachování kvality poskytování zdravotních služeb na internetových stránkách Pojišťovny ([www.vzp.cz](http://www.vzp.cz)) seznam doporučených zdravotnických prostředků s nejnižší cenovou nabídkou; zdravotnický prostředek s nejnižší cenovou nabídkou musí být poskytovatelem používán v souladu s postupy „lege artis“.

#### Článek IV.

##### Úhrada poskytovaných hrazených služeb

- (1) Hodnoty bodu<sup>6</sup> hrazených služeb podle seznamu výkonů, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení objemu poskytnutých hrazených služeb podle § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., se uvedou v dodatku ke Smlouvě podle zvláštního právního předpisu.
- (2) Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto zvýšení nebo snížení objemu poskytovaných hrazených služeb z důvodu změny kapacity, rozsahu a struktury Poskytovatele nebo změny či obnovy přístrojového vybavení specifikovaného ve Smlouvě.
- (3) Poskytovatel vykazuje Pojišťovně jednou měsíčně dávky dokladů o poskytnutých hrazených službách, a to v elektronické podobě mezi pátým a desátým kalendářním dnem měsíce následujícího po měsíci, v němž byly hrazené služby poskytnuty. V případě, že Poskytovatel předá dávky dokladů o poskytnutých hrazených službách dříve, než ve lhůtě uvedené v předchozí větě, mají smluvní strany za to, že dávky dokladů o poskytnutých hrazených službách byly předány pátého dne v měsíci. V případě, že Poskytovatel předá dávky dokladů o poskytnutých hrazených službách později, než ve lhůtě uvedené v první větě tohoto odstavce, mají smluvní strany za to, že dávky dokladů o poskytnutých hrazených službách byly předány pátého dne měsíce následujícího po jejich předání. Metodika stanoví další podklady, které je Poskytovatel povinen předkládat spolu s dávkami dokladů o poskytnutých hrazených službách. Řádné a úplné předání dávek dokladů o poskytnutých hrazených službách a dalších podkladů stanovených Metodikou nebo dohodnutých mezi smluvními stranami je považováno za výzvu k úhradě. Součástí podkladů je i faktura, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak. V případě, že Poskytovatelem předané podklady k úhradě nejsou úplné, nebo neobsahují požadované náležitosti, může je Pojišťovna obvykle do 3 pracovních dnů odmítnout a sdělit Poskytovateli důvod jejich odmítnutí. V takovém případě běží doba splatnosti ode dne jejich opětovného převzetí Pojišťovnou za předpokladu, že odpadne důvod k jejich odmítnutí.
- (4) Smluvní strany jsou povinny po celou dobu trvání smluvního vztahu podle této Smlouvy mít upraven způsob předávání dat s využitím zabezpečené elektronické komunikace mezi stranami.
- (5) Poskytovatel odpovídá za úplnost a formální a věcnou správnost údajů předávaných k vyúčtování.
- (6) Budou-li hrazené služby v příslušném úhradovém období hrazeny ve formě předběžných měsíčních úhrad a Pojišťovna zjistí, že Poskytovatel určité služby vykázal k úhradě nesprávně, nebo neoprávněně, Pojišťovna Poskytovateli bez zbytečného odkladu oznámí rozsah a důvod nesprávně nebo neoprávněně vykázanych služeb. Tím Pojišťovna vyzve Poskytovatele k opravě nesprávně, nebo neoprávněně vykázanych služeb, nebo k doložení poskytnutí hrazených

<sup>6</sup> Zákon č. 526/1990 Sb., o cenách, ve znění pozdějších předpisů

služeb. Do celkového finančního vypořádání předběžných měsíčních úhrad vstoupí pouze správně a oprávněně vykázané hrazené služby.

- (7) Budou-li poskytnuté hrazené služby v příslušném úhradovém období hrazeny způsobem, který nepředpokládá celkové finanční vypořádání a Pojišťovna před provedením úhrady zjistí nesprávně, nebo neoprávněně vyúčtované služby, úhradu nesprávně, nebo neoprávněně vyúčtovaných služeb neprovede. Pojišťovna oznámí Poskytovateli bez zbytečného odkladu rozsah a důvod nesprávně, či neoprávněně vykázaných služeb. Tím Pojišťovna vyzve Poskytovatele k opravě nesprávně, nebo neoprávněně vykázaných služeb prostřednictvím opravných dávek, nebo k doložení poskytnutí hrazených služeb.
- (8) Není-li mezi smluvními stranami dohodnuto jinak, je úhrada splatná do třiceti dnů ode dne, kdy byly pojišťovně doručeny řádné a úplné dávky dokladů o poskytnutých hrazených službách a další podklady stanovené Metodikou, nebo dohodnuté mezi smluvními stranami.
- (9) V případě poruchy výpočetního systému znemožňující včasné vyúčtování nebo provedení úhrady hrazených služeb, poskytne Pojišťovna Poskytovateli v dohodnutém termínu úhrady zálohu ve výši průměrné měsíční úhrady hrazených služeb, vypočtené, z posledního uzavřeného kalendářního roku, pokud se smluvní strany v daném případě nedohodnou jinak. To neplatí v případě, kdy je úhrada prováděna formou předběžných měsíčních úhrad.
- (10) Pojišťovna po úhradě předá Poskytovateli informaci obsahující zejména výši a identifikaci provedené úhrady a variabilní symbol, pod kterým Pojišťovna platbu poukázala.
- (11) Pokud vznikne při úhradě hrazených služeb nedoplatek ze strany Pojišťovny, bude Poskytovateli příslušná částka poukázána samostatnou platbou. Přeplatek ze strany Pojišťovny je Pojišťovna oprávněna započíst proti kterékoliv pohledávce Poskytovatele za Pojišťovnou, a to nejdříve deset dnů poté, co doručí poskytovateli vyúčtování, či jiný dokument obdobné povahy, v němž bude přeplatek uveden (dále jen „vyúčtování“). Pokud poskytovatel doručí ve lhůtě uvedené v předchozí větě námitky k vyúčtování, je pojišťovna oprávněna započíst přeplatek nejdříve v den, kdy odešle poskytovateli vypořádání námitek vedoucí k potvrzení či změně výše přeplatku.

#### **Článek V. Kontrola**

- (1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona č. 48/1997 Sb. a Smlouvou kontrolu využívání a poskytování hrazených služeb a jejich vyúčtování z hlediska objemu a kvality, včetně dodržování cen, a to prostřednictvím svého informačního systému, přístupu do Centrálního úložiště elektronických receptů podle zvláštního zákona<sup>7</sup>, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků ve zdravotnictví, způsobilých k revizní činnosti (dále jen „odborní pracovníci“).
- (2) Revizní lékaři především v oboru, ve kterém získali specializaci a odborní pracovníci oprávnění ke kontrole posuzují, zda zvolený způsob hrazených služeb byl indikován s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, byl v souladu s pravidly „lege artis“ a zda nebyl zbytečně ekonomicky náročný.
- (3) V případech stanovených právními předpisy revizní lékař posuzuje i odůvodněnost ošetřujícím lékařem navrženého, popřípadě provedeného léčebného postupu a schvaluje, zda použitý postup Pojišťovna uhradí. Rozhodnutí o použití léčebného postupu, včetně farmakoterapie, je v kompetenci ošetřujícího lékaře.
- (4) Poskytovatel poskytne Pojišťovně při výkonu kontroly nezbytnou součinnost, zejména předkládá požadované doklady, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Umožní zpravidla po předchozí dohodě revizním lékařům a odborným pracovníkům Pojišťovny vstup do zdravotnického zařízení, kde poskytuje zdravotní služby, nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců v souladu se zvláštním právním předpisem<sup>8</sup> a dalších dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou vyúčtovaných zdravotních výkonů, léčiv a zdravotnických prostředků, včetně zvlášť účtovaných léčiv a zvlášť účtovaného materiálu.

<sup>7</sup> Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů

<sup>8</sup> § 65 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů

- (5) V případě kontroly u Poskytovatele bude na místě vypracován záznam o proběhlém šetření s uvedením nejdůležitějších zjištění, k němuž je Poskytovatel oprávněn uvést své stanovisko. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6.
- (6) Zprávu, obsahující závěry kontroly, Pojišťovna zpracuje a předá Poskytovateli do 15 kalendářních dnů po ukončení kontroly, není-li dohodnuto jinak; pokud nebude možno z objektivních důvodů tuto lhůtu dodržet, oznámí Pojišťovna tuto skutečnost Poskytovateli. Kontrola bude ukončena zpravidla do 30 kalendářních dnů od jejího zahájení.
- (7) Poskytovatel je oprávněn do 30 kalendářních dnů od převzetí závěru kontroly podat Pojišťovně písemně zdůvodněné námitky. K námitkám sdělí Pojišťovna stanovisko do 30 kalendářních dnů od jejich doručení. Pokud nebude možno tyto lhůty dodržet, prodlouží se příslušná lhůta oznámením příslušné smluvní strany až na dvojnásobek, není-li dohodnuto jinak. Ve stanovené lhůtě Pojišťovna sdělí Poskytovateli, zda potvrzuje, nebo mění závěry kontroly. Tím není dotčeno právo Poskytovatele uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím Pojišťovny v jiném řízení.
- (8) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vykazání hrazených služeb nebo jejich neodůvodněné poskytování, Pojišťovna podle § 42 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb. takové služby neuhradí. Pokud je již uhradila, je oprávněna vzniklou pohledávku započíst jako přeplatek podle této Smlouvy dle článku IV, odst. 11. Pokud se kontrolou prokáže, že neúčelnost, neoprávněnost, nebo zbytečná ekonomická náročnost poskytnutých zdravotních služeb vyplývala z indikace Poskytovatele s tím, že indikované zdravotní služby byly uhrazeny jinému poskytovateli zdravotních služeb, který je na základě indikace Poskytovatele poskytl a vyúčtoval, je Pojišťovna oprávněna uplatnit částku odpovídající úhradě takto indikovaných poskytnutých služeb jako pohledávku vůči Poskytovateli.

#### **Článek VI. Doba účinnosti Smlouvy**

Smlouva se uzavírá na dobu 5 let, tj. do ..... Pokud jedna ze smluvních stran neoznámí druhé straně nejpozději jeden rok před uplynutím této doby, že nemá zájem o pokračování smluvního vztahu podle této Smlouvy, doba účinnosti Smlouvy se prodlužuje o jeden rok.

#### **Článek VII. Způsob a důvody ukončení Smlouvy**

- (1) Smlouva nebo její část zaniká:
  - a) zánikem oprávnění k poskytování zdravotních služeb poskytovatele podle § 22 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách nebo zrušením registrace nestátního zdravotnického zařízení vydané podle zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních,
  - b) dnem zániku Poskytovatele nebo Pojišťovny,
  - c) dnem, uvedeným v písemném oznámení Pojišťovně, pokud Poskytovatel z provozních důvodů nemůže hrazené služby nadále poskytovat,
  - d) dnem, kdy Poskytovatel pozbyl věcné a technické vybavení nebo personální zabezpečení pro poskytování hrazených služeb ve sjednaném rozsahu, stanovené právním předpisem nebo Smlouvou, ve smyslu čl. III. odst. 2 písm. a), pokud Poskytovatel nedostatky neodstraní ani po dodatečně stanovené přiměřené lhůtě; Smlouva nebo její část zaniká pouze v části vymezující rozsah nasmlouvaných hrazených služeb, ve kterých Poskytovatel nesplňuje právním předpisem nebo Smlouvou stanovené předpoklady, ledaže by šlo o tak závažné okolnosti, pro které nelze očekávat další plnění Smlouvy v celém rozsahu.
- (2) Před uplynutím sjednané doby lze Smlouvu ukončit písemnou výpovědí s výpovědní dobou pěti měsíců, která začne běžet prvním dnem měsíce, následujícího po doručení výpovědi druhé smluvní straně, jestliže v důsledku závažných okolností nelze rozumně očekávat další plnění Smlouvy, a to v případě, že
  - a) smluvní strana
    1. uvedla při uzavření Smlouvy nebo při jejím plnění druhou smluvní stranu v omyl ve věci podstatné pro plnění Smlouvy, ve smluvních vztazích hrubým způsobem porušila

- závažnou povinnost uloženou jí příslušným právním předpisem, upravujícím veřejné zdravotní pojištění nebo poskytování zdravotních služeb, nebo Smlouvou,
2. vstoupí do likvidace nebo na její majetek soud prohlásí konkurz,
- b) Poskytovatel
1. bez předchozí dohody s Pojišťovnou bezdůvodně neposkytuje hrazené služby ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
  2. přes písemné upozornění bez předchozí dohody s Pojišťovnou opakovaně účtuje hrazené služby poskytnuté nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a dohodnutého rozsahu,
  3. přes písemné upozornění omezuje pro pojištěnce ordinační dobu sjednanou ve Smlouvě,
  4. poskytuje hrazené služby bez odpovídajícího věcného a technického vybavení nebo personálního zabezpečení, nezakládá-li toto jednání zánik Smlouvy ve smyslu Článku VII., odst. (1), písm. d) Smlouvy,
  5. prokazatelně neposkytuje pojištěncům hrazené služby kvalitně a „lege artis“, popřípadě opakovaně odmítne poskytnutí hrazených služeb z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů,
  6. požaduje v rozporu s právními předpisy od pojištěnců finanční úhradu za hrazené služby nebo za přijetí pojištěnce do péče,
  7. přes písemné upozornění prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje hrazené služby,
  8. neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné Pojišťovnou v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb.,
- c) Pojišťovna
1. přes písemné upozornění opakovaně neoprávněně neuhradí Poskytovateli poskytnuté vykázané hrazené služby,
  2. přes písemné upozornění opakovaně nedodrží doby splatnosti dohodnuté ve Smlouvě,
  3. přes písemné upozornění opakovaně překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený zákonem č. 48/1997 Sb.,
  4. bez právního důvodu poskytne třetí straně údaje o Poskytovateli.
- (3) Před uplynutím sjednané doby lze Smlouvu ukončit
- a) stanoví-li tak zákon,
  - b) písemnou dohodou smluvních stran, a to za podmínek a ve lhůtě uvedených v této dohodě.

#### Článek VIII.

##### Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných ke kontrole plnění Smlouvy

- (1) Smluvní strany
- a) používají pro jednoznačnou identifikaci Poskytovatele, v souladu s Metodikou, identifikační číslo organizace (IČO), identifikační číslo zařízení (IČZ), identifikační číslo pracoviště (IČP),
  - b) sdělují si údaje nutné ke kontrole plnění Smlouvy,
  - c) zajistí trvale přístupné a jasné informace o existenci smluvního vztahu a právech vyplývajících z něho pro pojištěnce,
  - d) mohou si předávat údaje nezbytné k hodnocení kvality a efektivity poskytovaných hrazených služeb, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve Smlouvě.
- (2) Poskytovatel
- a) doloží Pojišťovně, při důvodném podezření na nedodržení postupu „lege artis“, že léčivé přípravky, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky byly při poskytování hrazených služeb použity v souladu se zvláštními právními předpisy,
  - b) oznámí neprodleně, nejpozději do 30 kalendářních dnů druhé smluvní straně skutečnosti, které by podstatným způsobem mohly ovlivnit plnění Smlouvy, např. vznik závad na výpočetním systému nebo změny údajů uvedených ve Smlouvě, pokud dojde
    1. ke zrušení pracoviště nebo jeho části bez náhrady, nebo jeho uzavření na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
    2. k ukončení pracovního poměru zaměstnance jmenovitě uvedeného ve Smlouvě,



3. k výpadku přístroje nezbytného pro poskytování hrazených služeb bez náhrady na dobu delší než 30 kalendářních dnů.

Nesplnění povinností uvedených v písmenech a) nebo b), anebo pozdní splnění povinností uvedených v písmenu b) se považuje za hrubé porušení závažné smluvní povinnosti.

- (3) Pojišťovna
  - a) poskytne na žádost Poskytovateli v zobecněné formě informace potřebné k ekonomizaci jeho činnosti nebo k jeho vědecké a výzkumné činnosti a ke kontrole kvality poskytovaných hrazených služeb, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých ve Smlouvě,
  - b) může zveřejnit na svých internetových stránkách, popř. v jiných zdrojích, určených svým pojištěncům, v rámci seznamu smluvních poskytovatelů obchodní firmu či název a adresu Poskytovatele, jeho odbornost a telefonické, případně e-mailové spojení či další údaje vzájemně dohodnuté.

#### **Článek IX. Řešení sporů**

- (1) Smluvní strany budou řešit případné spory týkající se plnění Smlouvy především vzájemným jednáním zástupců smluvních stran, a to zpravidla do 14 kalendářních dnů od výzvy jedné ze smluvních stran. Pokud mezi nimi nedojde k dohodě, mohou sporné otázky projednat ve smířčím jednání. Tím není dotčeno právo smluvních stran uplatnit svůj nárok na řešení sporu u soudu nebo v rozhodčím řízení podle zvláštního právního předpisu nebo jinou dohodnutou formou.
- (2) Smířčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Účastníkem smířčího jednání je smluvní strana, která podala návrh na projednání sporu, smluvní strana, které je návrh na projednání sporu adresován, zástupce příslušných skupinových smluvních poskytovatelů zastupovaných svými zájmovými sdruženími podle § 17 odstavce 2 zákona č. 48/1997 Sb., a zástupce Pojišťovny. K projednání sporu si dále každá smluvní strana může přizvat nejvýše dva odborné poradce. Smířčí jednání se ukončí zápisem, obsahujícím smír nebo závěr, že rozpor nebyl odstraněn s uvedením stanovisek obou stran.

#### **Článek X. Zvláštní ujednání**

Smluvní strany se v souladu s čl. 2 odst. 4 rámcové smlouvy (příloha č. 4 vyhlášky č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy), dohodly na dále uvedených ujednáních nezbytných pro plnění Smlouvy a její kontrolu:

- (1) Poskytovatel poskytuje hrazené služby pojištěncům z EU, kteří si Pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie<sup>3</sup>, za stejných podmínek jako pojištěncům, a to v rozsahu dle jimi předložených dokladů; přitom postupuje dle platného metodického pokynu, zveřejněného ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR. Tyto hrazené služby vykazuje Poskytovatel v souladu s Metodikou a touto Smlouvou samostatnou fakturou.
- (2) Pojišťovna provádí úhradu vykázaných poskytnutých hrazených služeb pojištěncům z EU, kteří si Pojišťovnu vybrali jako výpomocnou instituci při realizaci práva Evropské unie<sup>3</sup>, v souladu s právními předpisy platnými pro pojištěnce.
- (3) Smluvní strany se v zájmu sjednocení způsobu komunikace dohodly:
  - a) na sjednání přílohy č. 2 Smlouvy – Smluvené druhy a formy zdravotní péče, odbornosti pracovišť a jejich jednoznačná identifikace a rozsah poskytovaných hrazených služeb, která je nedílnou součástí smlouvy, v elektronické podobě, opatřené elektronickými podpisy osob oprávněných jednat za smluvní strany, uložené na nepřepisovatelném záznamovém médiu nebo na elektronických formulářích, podepsaných zástupci obou smluvních stran,
  - b) na rozsahu poskytovaných hrazených služeb a stavu věcného a technického vybavení a personálního zabezpečení Poskytovatele, který je uveden na jednotlivých elektronických formulářích (dále jen „formulář“) a vyjadřuje stav ke dni účinnosti smlouvy,

- c) že veškeré změny a doplňky přílohy č. 2 Smlouvy budou prováděny na základě dohody smluvních stran prostřednictvím příslušného formuláře přílohy č. 2 a promítnuty do formuláře typu „U“:

v části „smluvní“ bude příslušný formulář opatřen elektronickým podpisem osoby oprávněné jednat za navrhovatele a předáván druhé smluvní straně, která v případě souhlasu připojí elektronický podpis osoby oprávněné za ni jednat a zašle navrhuující straně formulář ve lhůtě do 30 dnů zpět. O případném nesouhlasu druhá smluvní strana informuje navrhovatele ve stejné lhůtě; v části „informativní“ bude příslušný formulář opatřen elektronickým podpisem osoby oprávněné jednat za Poskytovatele a předáván Pojišťovně formou povinné čtvrtletní aktualizace do 30 kalendářních dnů po skončení příslušného čtvrtletí.

#### Článek XI. Ostatní ujednání

Právní vztahy mezi smluvními stranami, ve věcech neupravených právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a poskytování hrazených služeb a touto Smlouvou, se řídí příslušnými právními předpisy.

Nedílnou součástí této Smlouvy jsou její přílohy

- č. 1 Kopie rozhodnutí o registraci nestátního zdravotnického zařízení vydaného orgánem příslušným k registraci podle místa provozování nestátního zdravotnického zařízení, nebo kopie rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb, kopie zřizovací listiny (statutu) osoby oprávněné provozovat zdravotnické zařízení státu
- č. 2 Smluvené druhy a formy zdravotní péče, odbornosti pracovišť a jejich jednoznačná identifikace a rozsah poskytovaných hrazených služeb, personální zabezpečení a věcné a technické vybavení pro poskytování hrazených služeb, přičemž kde je v této příloze použit pojem Zdravotnické zařízení (ZZ), je tím rozuměn Poskytovatel, kde je použit pojem zdravotní péče, jsou tím rozuměny zdravotní služby
- č. 3 Metodika pro pořizování a předávání dokladů, v aktuálně účinné verzi  
Pravidla pro vyhodnocování dokladů ve VZP ČR, v aktuálně účinné verzi  
Datové rozhraní, v aktuálně účinné verzi

Tyto dokumenty jsou zpřístupněny v plném znění v elektronické formě (<https://www.vzp.cz/poskytovatele/vyuctovani-zdravotni-pece/metodika-vyuctovani-aktualni-stav>)

#### Článek XII. Závěrečná ujednání

- (1) Tato Smlouva nabývá platnosti dnem jejího uzavření a upravuje práva a povinnosti smluvních stran v období od.....
- (2) Smlouva je vyhotovena ve 2 stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží 1 vyhotovení.
- (3) Veškeré změny a doplňky této Smlouvy lze provádět výhradně písemnými očíslovanými dodatky, podepsanými na znamení souhlasu oběma smluvními stranami.

V ..... dne .....

V ..... dne .....

razítko a podpis

razítko a podpis

za Poskytovatele

za Pojišťovnu





















