

Projekt založení domácí péče ve Zlínském kraji

Bc. Andrea Vojtášková

Diplomová práce
2020

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky

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

Akademický rok: 2019/2020

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

Jméno a příjmení: **Bc. Andrea Vojtášková**
Osobní číslo: **M18655**
Studijní program: **N6208 Ekonomika a management**
Studijní obor: **Management ve zdravotnictví**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Projekt založení domácí péče ve Zlínském kraji**

Zásady pro vypracování

Úvod

Definujte cíle práce a použité metody zpracování práce.

I. Teoretická část

- Na základě literární rešerše popište teoretické poznatky vztahující se k problematice založení domácí péče.

II. Praktická část

- Proveďte situační analýzu domácí péče v daném regionu.
- Na základě výsledků analýzy navrhnete projektové řešení k založení domácí péče.
- Zhodnotte přínosy, náklady a rizika projektu.

Závěr

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

Seznam doporučené literatury:

KOTLER, Philip a Kevin Lane KELLER. *Marketing management*. 15th edition. Boston: Pearson, c2016, 692 s. ISBN 978-013-3856-460.
MESSER, Barbara. *100 tipů pro plánování domácí ošetrovatelské péče*. Praha: Grada, 2016, 136 s. ISBN 978-80-271-0215-0.
PILÁT, Miroslav. *Komunitní plánování sociálních služeb v současné teorii a praxi*. Praha: Portál, 2015, 200 s. ISBN 978-80-262-0932-4.
ŠEDIVÝ, Marek a Olga MEDLÍKOVÁ. *Úspěšná nezisková organizace*. 2. vyd. Praha: Grada, 2016, 160 s. ISBN 978-80-247-4041-6.
TURNER, Kenneth J. *Advances in home care technologies: results of the MATCH project*. Washington, DC: IOS Press. Assistive technology research series v. 31, c2012, 213 s. ISBN 978-1-61499-126-7.

Vedoucí diplomové práce: **Ing. Janka Vydrová, Ph.D.**
Ústav managementu a marketingu

Datum zadání diplomové práce: **6. ledna 2020**
Termín odevzdání diplomové práce: **21. dubna 2020**

L.S.

doc. Ing. David Tuček, Ph.D.
děkan

Ing. Jiří Bejtkovský, Ph.D.
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 6. ledna 2020

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE

Prohlašuji, že

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

Prohlašuji,

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

Ve Zlíně

Jméno a příjmení: Bc. Andrea Vojtášková

.....
podpis diplomanta

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá návrhem projektu k založení domácí péče k plánované transformaci domova pro osoby se zdravotním postižením, jejíž oblast působení se bude nacházet ve Zlínském kraji ve městě Otrokovice a přilehlých obcích. Zde je plánováno poskytování zdravotní péče v přirozeném domácím prostředí individuálně specifickému typu klientů. Teoretická část přibližuje význam a potřebu domácí péče v neziskové organizaci a její možnosti financování. Marketingové analýzy jsou zaměřeny na poskytování služeb. V praktické části je provedena analýza pro zřízení domácí péče za pomoci PEST analýzy, Porterova modelu a SWOT analýzy. Projektová část se zabývá vlastním zřízením domácí péče, nákladovou analýzou, analýzou rizik a časovou analýzou.

Klíčová slova: domácí péče, handicapovaný klient, transformace, deinstitucionalizace, marketing.

ABSTRACT

The thesis deals with the design of a project of establishing home care to the planned transformation of a home for people with disabilities, whose area of operation will be in the Zlín region in the town of Otrokovice and adjacent municipalities. It is planned to provide individual health care in the natural home environment to specific type of clients. The theoretical part introduces the importance and need of home care in a non-profit organization and its funding possibilities. Marketing analyses are focused on providing services. In the practical part, an analysis for the establishment of home care is performed using PEST analysis, Porter's model and SWOT analysis. The project part deals with the establishment of home care, cost analysis, risk analysis and time analysis.

Keywords: home care, handicapped client, transformation, deinstitutionalization, marketing.

Chtěla bych poděkovat Ing. Jance Vydrové, Ph. D. za odbornost při vedení mé diplomové práce. Poděkování patří celé mé rodině a přátelům, kteří mě v průběhu studia podporovaly a vycházeli mi mnohokrát vstříc.

„Nejsme zodpovědní jen za to, co děláme, nýbrž i za to, co neděláme.“

Molière

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

OBSAH

ÚVOD	9
CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 DOMÁCÍ PÉČE	12
1.1 DEFINICE DOMÁCÍ PÉČE.....	12
1.2 HISTORIE DOMÁCÍ PÉČE.....	13
1.3 ROZDĚLENÍ DOMÁCÍ PÉČE	14
1.3.1 Sociální péče	15
1.3.2 Odborná zdravotní péče	15
1.3.3 Laická péče.....	15
1.4 CÍLE DOMÁCÍ PÉČE	15
1.5 PERSONÁLNÍ OBSAZENÍ	16
1.6 LEGISLATIVA.....	16
1.7 FINANCOVÁNÍ	17
2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY A ZDRAVOTNÍ PÉČE	18
2.1 POJEM SOCIÁLNÍ SLUŽBY	18
2.1.1 Legislativa	19
2.1.2 Zdroje financování sociálních služeb.....	19
2.2 ZDRAVOTNÍ SLUŽBY	20
2.2.1 Zdravotnický systém	21
2.2.2 Legislativa	22
2.2.3 Financování	22
3 NEZISKOVÁ ORGANIZACE	24
3.1 ZÁKONNÉ PŘEDPOKLADY NEZISKOVÝCH ORGANIZACÍ	24
3.2 VZNIK A REGISTRACE NEZISKOVÝCH ORGANIZACÍ	25
3.2.1 Právní úprava spolků.....	25
3.2.2 Právní úprava ústavů	26
3.3 ZDROJE FINANCOVÁNÍ V NEZISKOVÝCH ORGANIZACÍCH	27
3.3.1 Vícezdrojové financování neziskových organizací.....	27
3.3.2 Fundraising.....	28
3.3.3 Sponzorování neziskových organizací	28
4 MARKETING	30
4.1 MARKETING SLUŽEB	30
4.2 MARKETING VE ZDRAVOTNICTVÍ	31
4.3 MARKETINGOVÝ MIX	32
4.4 MARKETINGOVÉ ANALÝZY.....	33
4.4.1 SWOT analýza	33
4.4.2 PEST analýza	34
4.4.3 Porterova analýza konkurenčních sil	34
5 ZÁVĚREČNÉ ZHODNOCENÍ TEORETICKÉ ČÁSTI	36
II PRAKTICKÁ ČÁST	37

6	SITUAČNÍ ANALÝZA.....	38
6.1	ANALÝZA MAKROPROSTŘEDÍ	38
6.1.1	Politicko-právní faktory	38
6.1.2	Ekonomické okolí	39
6.1.3	Sociální prostředí	44
6.1.4	Technologické faktory	45
6.2	ANALÝZA MEZOPROSTŘEDÍ – POTERŮV MODEL PĚTI KONKURENČNÍCH SIL	47
6.2.1	Hrozba vstupu konkurentů	48
6.2.2	Soupeření mezi existujícími konkurenty	49
6.2.3	Vyjednávací síla dodavatelů	51
6.2.4	Vyjednávací vliv klientů	53
6.2.5	Hrozba substitučních služeb.....	54
6.2.6	Vyhodnocení Porterovy analýzy pěti konkurenčních sil	55
6.3	SWOT ANALÝZA	56
6.3.1	Hlavní silné stránky.....	57
6.3.2	Hlavní slabé stránky	58
6.3.3	Příležitosti	58
6.3.4	Hrozby.....	58
7	ZHODNOCENÍ ANALYTICKÉ ČÁSTI.....	59
8	PROJEKT ZALOŽENÍ DOMÁCÍ PÉČE	60
8.1	ZALOŽENÍ DOMÁCÍ PÉČE.....	60
8.1.1	Popis zařízení	60
8.1.2	Procesní kroky k založení domácí péče	61
8.2	MARKETINGOVÝ PLÁN	62
8.2.1	Produkt	63
8.2.2	Cena.....	63
8.2.3	Distribuce	63
8.2.4	Propagace	64
8.3	FINANČNÍ PLÁN	64
8.3.1	Plán nákladů spojených se vznikem Domácí péče.....	64
8.3.2	Plán příjmů	68
8.4	COST – BENEFIT ANALÝZA.....	73
8.5	ANALÝZA RIZIK PROJEKTU	74
8.5.1	Nedostatek personálu	75
8.5.2	Nízká spolupráce s ORP Otrokovice.....	76
8.5.3	Nedostatek klientů.....	76
8.5.4	Nedostatek prostředků na projekt.....	76
8.5.5	Riziko zásahu vyšší moci	76
8.5.6	Nenavázání smluv se zdravotními pojišťovnami	76
8.6	ČASOVÁ ANALÝZA	77
9	ZHODNOCENÍ PROJEKTU	80
	ZÁVĚR	81
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	82
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	86
	SEZNAM OBRÁZKŮ	87

SEZNAM TABULEK.....	88
SEZNAM GRAFŮ	89

ÚVOD

Diplomová práce se zabývá vypracováním projektu, jehož cílem je založení domácí péče jako neziskové organizace poskytující služby klientům se zdravotním handicapem formou ošetrovatelské péče v přirozeném domácím prostředí, aplikovaná kvalifikovanými všeobecnými sestrami.

Lidé po mnoho staletí poskytovali samostatně laickou péči v domácím prostředí za pomoci rodiny, až se postupem času začala péče poskytovat prostřednictvím institucí mimo jejich přirozené domácí prostředí. Současný trend se však vrací zpět k poskytování péče v přirozeném sociálním prostředí, propojenou formou zdravotní, sociální a laické péče. Zdravotní péče je poskytována klientům všech věkových kategorií se zdravotním, mentálním či kombinovaným handicapem. Domácí zdravotní péče je poskytována kvalifikovaným zdravotnickým personálem na základě indikace ošetřujícího lékaře, hrazena je ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění příslušné zdravotní pojišťovny klienta. Zaměřuje se zejména na podporu a udržení stávajícího zdraví, navrácení zdraví, rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení u nevléčitelně nemocného člověka včetně zajištění klidného umírání a smrti.

Myšlenka založení domácí péče vychází z představy o tom, že ne vždy je nutnost poskytovat kvalifikovanou ošetrovatelskou péči pouze v různých ústavních zařízeních, ale kvalitní péči lze aplikovat na přirozeného sociálního prostředí.

Podnětem k výběru diplomové práce se stalo plánování transformace pobytových sociálních služeb, mezi které patří přeměna domova pro osoby se zdravotním postižením na chráněné bydlení pro stávající klientelu se specifickými potřebami. Na transformaci navazuje zřízení domácí péče, jejímž prostřednictvím by byla poskytována služba domácí péče pro klienty pobytové sociální služby chráněného bydlení v obcích Zlínského kraje.

Práce je složena z části teoretické a z části praktické. Teoretická část práce definuje pojmy z oblasti domácí péče a také zřízení neziskové organizace v České republice. Praktická část je členěna do dvou úseků. První tvoří analytická fáze prostředí, která mapuje prostředí domácí péče ve Zlínském kraji. Druhá část se věnuje projektu založení domácí péče s následným hodnocením implementace do praxe.

CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE

Hlavním cílem diplomové práce je sestavit projekt k založení Domácí péče ve Zlínském regionu, který by se dokázal plně rozvinout v praxi.

Dílčí cíle diplomové práce jsou:

- Nastudování odborné literatury související s tématem diplomové práce
- Provedení současné analýzy prostředí ve Zlínském kraji
- Analyzování, vyhodnocení a interpretace zjištěných dat
- Vypracování návrhu pro zřízení domácí péče v daném regionu

Metody zpracování práce:

Hlavním úkolem práce je na základě poznatků, které byly zjištěny po nastudování odborné literatury zjištění možností k založení domácí péče, jako neziskové organizace, včetně důležité legislativy týkající k jejímu založení a samotná aplikace do praxe.

V praktické části bude provedena analýza prostředí a identifikace rizik projektu pro následnou aplikaci do praxe. Za pomoci SWOT analýzy bude provedeno zjištění silných a slabých stránek založení domácí péče, následně její příležitosti a hrozby. PEST analýzou po zjištění makroprostředí bude vyhodnoceno, zda založení domácí péče nevzniká pouze na základě dojmů. V neposlední řadě bude využita Porterova analýza.

Na podkladě vytvořených analýz bude sestaven plán zřízení domácí péče jako neziskové organizace s postupnými kroky vedoucími k jejímu založení.

Výstupem práce by měl být fungující projekt domácí péče.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DOMÁCÍ PÉČE

Jak definuje Kožuchová a kol. (2014, s. 27-29) domácí péče spočívá v poskytování ošetrovatelské péče klientům v přirozeném sociálním prostředí, kteří mají z různých příčin změnu zdravotního stavu a potřebují odbornou zdravotní pomoc s různou mírou této podpory. Domácí péče v přirozeném prostředí přináší těmto osobám pocit bezpečí a jistoty. Je tedy velmi důležitým prvkem v systému ošetrovatelství. Systém poskytování ošetrovatelské péče v domácí péči vychází z tradičního způsobu pojetí péče. Nezastupitelnou roli v domácí péči hraje vzájemná komunikace mezi klientem a zdravotním pracovníkem, ale také komplexní komunikace v oblasti multidisciplinárního týmu. Skladba multidisciplinárního týmu je povětšinou lékař, všeobecná sestra a sociální pracovník. Hlavním cílem v péči o klienta je udržet kvalitu života v co nejvyšší možné úrovni.

Odbyt a poptávka po domácí péči dle Kožuchové (2014, s. 10) je ovlivňována demograficky, sociálními a politickými faktory. Výsledkem jsou pak různé formy financování, organizování a poskytování péče. Tato péče poskytovaná všeobecnými sestrami je kombinována se základními zdravotnickými službami, kterými jsou podávání medikace, ošetrování ran, monitoring bolesti, paliativní péče a jiné zdravotnické výkony prováděné všeobecnou sestrou na základě indikace ošetrujícího lékaře.

Jak uvádí Messer (2016, s. 80-81), důležitou součástí v poskytování domácí péče je aktivní plánování ošetrovatelské péče. Aktivním nástrojem při plánování ošetrovatelské péče se stává kreativní myšlení ošetrujícího personálu a myšlenka toho, jak by si klient přál být ošetřován, vytvoření podmínek, v nichž bude mít klient nejlepší předpoklady k životu s využitím jeho individuálních schopností.

1.1 Definice domácí péče

Od roku 1990 je domácí péče součástí systému zdravotně sociální péče. Nárok má dle Plevové (2018, s. 247) na ni každý občan na doporučení svého praktického lékaře nebo za probíhající hospitalizace ošetrujícího lékaře. Domácí péče je zaměřena převážně na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví, podporu samostatnosti, zmírnění utrpení nevyлéčitelně nemocných a zajištění klidného umírání a smrti.

Jak uvádí Plevová (2018, s. 247), domácí péče patří do služeb komunitní péče, protože komunitní péči je chápána jako péče mimo ústavní zařízení, která je poskytována klientům

nevléčitelně nemocným a zdravotně postiženým v rámci určité komunity. Zdravotnický pracovník realizující péči spolupracuje s lékaři, s orgány státní správy apod. Cílem komunity je celek a jako celek se stává součástí multioborové spolupráce. Komunitní péče v České republice je čím dál častěji uplatňována.

Pojem domácí péče a komunitní péče se dle Plevové (2018, s. 247-251) téměř překrývá, rozdíl je pouze v klientele, kdy komunitní péče se stará o určitou skupinu klientů i v rámci prevence a domácí péče se zaměřuje převážně na klienty nemocné, jejichž zdravotní stav dovoluje domácí péči. Kompetence jednotlivých pracovníků jsou dány zákonem.

Dle Kožuchové a kol. (2014, s. 27) je domácí péče celosvětovým trendem, který tvoří součást systému zdravotní péče. Je velmi významnou součástí péče o klienty, jež mají změnu zdravotního stavu v takové míře, kdy jsou částečně či plně odkázáni na pomoc druhé osoby. Tento typ ošetrovatelské péče se stává významným prvkem v celkové humanizaci ošetrovatelské a zdravotní péči. Zintenzivňuje zájem o realizaci etických principů v ošetrovatelství.

Jedním z cílů domácí péče podle Kožuchové a kol. (2014, s. 29) je deinstitucionalizace. To je proces, jehož cílem je, aby péče spočívala v terénních komunitních službách, aby byla poskytována péče plně v domácím prostředí klienta. Domácí péče respektuje v plném rozsahu integritu klienta a jeho vlastní sociální prostředí, kde vnímá individuální kvalitu života konkrétního klienta.

Jak uvádí Kožuchová (2014, s. 31), domácí péče je vysoce humánní, efektivní a kvalitní péče poskytovaná individuálně klientům ve vlastním sociálním prostředí s plnou podporou komunity, s respektem lidských práv, při plném využití potenciálu klienta s využitím multidisciplinárního týmu poskytujícího kontinuální péči a vzájemnou aktivní pomoc.

1.2 Historie domácí péče

Dle Kožuchové (2014, s. 19-22) byla dříve péče o nemocné zaměřena především na specifické skupiny lidí jako byli chudí, sirotci nebo nemocní. Jednoznačně to byli lidé odkázáni na pomoc druhých. Péče byla poskytována přímo v domácím prostředí nebo za pomoci institucí k tomu zřízených. Léčitelem a ošetrovatelskou péči vykonávali členové řeholnických řádů. S příchodem křesťanství souviselo i zakládání nemocnic. Nemocnice byly nazývány „hospitál“. Později z tohoto názvu vzniklo pojmenování „špitál“. Posléze byly nemocnice spojeny s kláštery či kostelem a nesly jejich název. Jejich charakter byl spíše sociálně-

charitativní. Charitativní ošetrovatelství se zaměřovala na uspokojování základních potřeb člověka.

Za zakladatele koncepce moderního ošetrovatelství v domácí péči je považován dle Kožuchové (2014, s. 23) William Rathbone. Založil ji v roce 1859 v Anglii. Bylo to období pro něj velmi obtížné, v té době mu zemřela manželka v domácím prostředí.

V americkém Bostonu byla v roce 1855 založena organizace sester pracujících v domácí péči. Všechny tyto organizace nejprve řídili neprofesionálové. Od roku 1990 se na řízení plně podílí sestry.

Koncem 19. století nastal prudký vývoj domácí péče v Evropě, která se zaměřovala na péči o seniory. Výjimku tvořilo Holandsko, kde se péče poskytovala bez rozdílu věku, jak uvádí Kožuchová (2014, s. 23-24). V roce 1995 byla založena World Homecare and Hospice Organization. Tato organizace shromažďovala všechny možné informace o stavu domácí péče z celého světa.

Historicky je zde velký zájem laické i odborné veřejnosti o péči poskytovanou v domácím prostředí moderním způsobem ošetrování klientů (Kožuchová, 2014, s. 24).

K rozvoji domácí péče došlo v bývalém Československu dle Kutnohorské (2010, s. 53) hlavně po roce 1919, tehdy vznikl Československý červený kříž pod vedením PhDr. Alice Masarykové. Pod její záštitou se rozvíjela ošetrovatelská péče v rodinách.

Dle Kožuchové (2014, s. 25-26) se v 90. letech 20. století zaváděly velmi významné reformy v oblasti zdravotnictví v členských státech Evropské unie. Mezi hlavní změny patřila v České republice transformace a privatizace zdravotnictví, budování zdravotního a sociálního pojištění. Zaváděla se metoda ošetrovatelského procesu a měnil se systém vzdělávání sester.

1.3 Rozdělení domácí péče

Jak uvádí Krátká a Šilhánková (2008, s. 79-80), ošetrovatelská péče v domácím prostředí není pouze aktivitou sester, lékařů, sociálních pracovníků a jiných, ale aktivitou samotného klienta v oblasti sebezpeče a také vzájemná péče a pomoc rodinných příslušníků. Zde se uplatňuje princip subsidiarity, tedy napomáhání svépomocí s různou mírou podpory, rozvojem potenciálů klienta v oblasti péče o sebe sama. „*Domácí péče je prováděna v souladu s lidskými právy, zákonnými a etickými normami.*“ Péče je aplikována za pomoci profesionálů,

kvalitně a efektivně, s akcentem na ekonomické faktory a transparentnost toku finančních prostředků, které plynou z více zdrojů. Péče vychází z aktuálních potřeb klienta v oblastech:

- Sociální péče
- Odborné zdravotní péče
- Laické péče

1.3.1 Sociální péče

Sociální péči a pomoc dle Krátké a Šilhánkové (2008, s. 80) určuje sociální diagnóza klienta a jeho vlastní prostředí. Zaměřuje se na několik oblastí:

- Pečovatelské činnosti
- Sociální poradenství
- Pomoc při řešení sociálních handicapů

1.3.2 Odborná zdravotní péče

Jak uvádí Krátká a Šilhánková (2008, s. 79-80) odborná péče je zajišťována za pomoci zdravotníků. Rozsah poskytované péče určuje ordinace ošetřujícího lékaře klienta. Tato péče je aplikována individuálně konkrétnímu klientovi v oblastech:

- Preventivní
- Léčebné
- Ošetřovatelské
- Rehabilitační

1.3.3 Laická péče

Rozsah laické péče je dle Krátké a Šilhánkové (2008, s. 80) dán aktuální vlastní situací v sociálním prostředí klienta, flexibilitou státní správy při poskytování podpory osobám pečujícím o osoby, jež jsou na pomoci druhých závislé s různou mírou podpory.

1.4 Cíle domácí péče

Hlavním cílem domácí péče je dle Kožuchové (2014, s. 31-32) poskytnout klientům ošetřovatelskou péči metodou ošetřovatelského procesu, zaměřujícího se na udržení a zlepšení kvality života, zmírnění utrpení, prevenci, edukaci klientů a jejich rodin a komunity v souvislosti se zdravotním stavem. Smyslem je pomáhat klientům i jejich rodinám dosáhnout co

nejvyšší úrovně tělesné, duševní a sociální pohody v souladu s jejich sociálním prostředím, dále pak udržovat a zvyšovat soběstačnost klienta v běžných denních činnostech, zajištění dodržování léčebného režimu.

Dle Krátké a Šilhánkové (2008, s. 81) je několik hlavních cílů domácí péče:

- Zachovat důstojnost klienta
- Udržovat a zvyšovat jeho soběstačnost
- Edukovat klienta o zodpovědnosti za vlastní zdraví
- Poskytovat psychickou podporu pro klienta i jeho rodinu

1.5 Personální obsazení

Domácí péče je dle Krátké a Šilhánkové (2008, s. 84) zajišťována multidisciplinárním týmem. Tým je ve složení zdravotníků, sociálních pracovníků, ale také laiků.

Odborný zástupce domácí péče musí mít:

- Ukončené kvalifikační vzdělání dle platné legislativy – zákon 96/2004 Sb.
- Minimálně 5 let praxe ve zdravotnickém zařízení, z toho minimálně 2 roky praxe u lůžka.
- Specializační studium Komunitní ošetrovatelská péče s označením Komunitní sestra.

Odborný zástupce pracuje na pozici sestry manažerky nebo sestry terénní. Agentura domácí péče může dále zaměstnávat i další odborníky: sestry specialistky, fyzioterapeuty, sociální pracovníky, ergoterapeuty a jiné (Krátká, Šilhánková, 2008, s. 84).

Nelékařský personál, který zajišťuje zdravotní péči klientům, kterými jsou jednotlivci, rodiny a skupiny klientů, je všeobecná sestra bez odborného dohledu dle § 4 zákona 96/2004 Sb. v platném znění dle vyhlášky 55/2011 v odbornosti 925 sestra v domácí péči.

1.6 Legislativa

Mezi základní právní předpisy vymezující poskytování domácí péče se řadí:

- Zákon č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) (Česko, 2011).
- Zákon č. 96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů (Česko 2004).

- Zákon č. 160/1992 Sb., Zákon České národní rady o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních (Česko 1992).
- Vyhláška MZČR č. 440/2000 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavu sociální péče (Česko, 2000).
- Vyhláška č. 269 ze dne 18. října 2019, kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů (Česko 2019).
- Vyhláška č. 49/1993 Sb., vyhláška ministerstva zdravotnictví České republiky o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení (Česko 1993).

1.7 Financování

Financování domácí péče je vícezdrojové.

- Vykazování zdravotní péče provedeno sestrou v domácí péči pojišťovněm provádí dle Bártlové a kolektivu (2009, s. 52) sestra v domácí péči na základě platného poukazu na ošetření v DP vystaveného ošetřujícím lékařem. Po propuštění klienta z hospitalizace je platnost tohoto poukazu 14 dnů, dále je pak vystaven poukaz praktickým lékařem daného klienta s platností až 3 měsíce. Výkony, které mohou sestry v domácí péči uplatnit pod určenými kódy, jsou dány vyhláškou MZ č. 269/2019 sb. pro odbornost 925 - sestra v domácí péči. Kódy určují typ ošetrovatelské návštěvy a vyjadřují čas, po který sestra klienta ošetřuje, tzv. časový kód. Další kódy jsou materiálové. Ty ohodnocují spotřebovaný zdravotnický materiál na určitý typ výkonu daný ošetřujícím lékařem. Jednotlivé výkony mají stanovený počet bodů, pod kterými se vykazují pojišťovně. Hodnota jednotlivého bodu pro rok 2020 je dána třístupňovým indexem pro poskytování domácí péče v odbornosti 925 (Česko, 2019).
- Přímá platba klientem za nadstandartní péči, jak uvádí Krátká a Šilhánková (2008, s. 84), kterou vyžaduje klient či rodina.
- Sponzorské dary, granty a nadace (Krátká, Šilhánková, 2008, s. 84).

2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY A ZDRAVOTNÍ PÉČE

Dle Kuzníkové a kol. (2011, s. 161) se sociální práce ve zdravotnictví odehrává v různých kontextech léčby a velmi často je součástí multidisciplinárního týmu zdravotních a sociálních pracovníků, který přispívá k podpoře a zlepšení kvality zdraví klientů.

Jak uvádí Turner (2012, s. 4) základní problém u klientů vyhledávající služby domácí péče je medicínský, ale má své sociální důsledky.

2.1 Pojem sociální služby

Dle Matouška (2007, s. 9–15) jsou sociální služby poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit jejich kvalitu života nebo je v maximální míře do života začlenit. Sociální služby zohledňují osobu, ale také její rodinu, skupiny, do nichž patří. Konkrétní forma práce s klienty sociálních služeb je nazývána sociální program. Program je soubor plánovaných a řízených činností, kterými poskytovatel reaguje na konkrétní potřeby klientů. Tímto poskytovatel předpokládá, že situace klienta bude díky participaci na programu vyřešena či zlepšena.

Sociální služby dle Králové a Rážové (2012, s. 74) lze rozdělit do několika základních skupin:

- Sociální poradenství
- Služby sociální péče
- Služby sociální prevence

Sociální poradenství je velmi specifické a má svou nezastupitelnou roli v celém systému sociálních služeb. Každý člověk má nárok na bezplatné základní poradenství v případě řešení nepříznivé sociální situace nebo jí předcházet.

Služby sociální péče zajišťují takové služby, jež napomáhají klientům k zajištění fyzické i psychické soběstačnosti. Mohou být poskytovány v přirozeném domácím prostředí či pobytových zařízeních sociálních služeb. Cílem služby je zapojit klienta co nejvíce do běžného života a zajistit důstojné prostředí pro život a důstojnost k člověku.

Služby sociální prevence tvoří takové služby, které mají napomáhat osobám ohroženým sociálním vyloučením překonat jejich nepříznivou sociální situaci, která byla způsobena životními návyky, sociálně znevýhodňujícím prostředím a ohrožením práv a zájmů způsobenými trestnou činností jiné osoby.

Sociální služby jsou dále děleny na pobytové, ambulantní a terénní, dle Piláta (2015, s 34-35):

1. **Pobytové služby** poskytují ubytování v zařízeních sociálních služeb jako jsou například domovy pro osoby se zdravotním postižením.
2. **Ambulantní služby**, kde klient dochází, nebo může být do sociální služby dopravován či doprovázen, například denní centra. Součástí služby není ubytování.
3. **Terénní služby** jsou poskytovány klientům v jejich přirozeném prostředí. Tím je myšlena domácnost, ale služba může být poskytována i komunitě, například pečovatelská služba, osobní asistence.

2.1.1 Legislativa

Definující právní předpisy:

- Zákon č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách (Česko 2006)
- Zákon č. 109/2006 Sb., Zákon, kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách (Česko, 2006)
- Zákon č. 206/2009 Sb., Zákon, kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony (Česko, 2009)
- Zákon č. 117/1995 Sb., Zákon o státní sociální podpoře (Česko 1995)
- Vyhláška č. 505/2006 ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách (Česko 2006)
- Vyhláška č. 239/2009 Sb. Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (Česko 2009)

2.1.2 Zdroje financování sociálních služeb

Zákon o sociálních službách upravuje způsob, jakým lze sociální služby financovat. Předpokládaným nejdůležitějším zdrojem financování mají být prostředky z dotací ze státního rozpočtu. *Zákon stanoví, že „dotace ze státního rozpočtu se poskytují na zajištění poskytování sociálních služeb poskytovatelům sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru“.* Tyto dotace jsou poskytovány prostřednictvím rozpočtu kraje. O dotaci se musí žádat. Zákon ale bohužel neposkytuje informaci, jak vysoká má být dotace. Stanovuje pouze to, že dotace se poskytuje k financování běžných výdajů, které souvisejí s poskytováním sociálních služeb,

jenž je v souladu se zpracováním střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb (Matoušek, 2007, s. 48-49).

Dle Matouška (2007, s. 49) ze státního rozpočtu mohou být poskytovány účelové dotace. Tuto dotaci poskytuje MPSV na podporu sociálních služeb, které mají celostátní či nadregionální charakter, na rozvoj služeb nebo v případě mimořádných událostí.

Mezi další zdroje financování patří úhrady od klientů. Předpokladem je to, že z větší části by měl úhradu pokrýt příspěvek na péči. Zákon též stanovuje, jaké formy služeb jsou poskytovány zdarma. Služby poskytovány za úhradu se dělí dále na:

- Pobytové služby – v zařízeních je hrazeno klienty ubytování, strava a péče ve sjednaném rozsahu.
- Asistenční služby – zde se hradí základní činnosti hrazené v rozsahu stanoveném smlouvou
- Azylové služby – zde je hrazeno ubytování a strava, též za poskytování sociálních služeb, například v sociálně terapeutických dílnách, též v rozsahu stanoveném smlouvou (Matoušek, 2007, s. 49).

Matoušek (2007, s. 51) uvádí, že dotace na službu nejsou zaručeny státem ani krajem. Fungování celého systému je tedy závislé na rozhodování odpovědných úředníků, ale také na tom, kolik je ochoten stát uvolňovat prostředků.

2.2 Zdravotní služby

„Zdravotní služby mají charakter nemateriálních činností vykonávaných výhradně zdravotnickými pracovníky, převážně ve zdravotnických zařízeních.“ (Šatera, 2012, s. 12).

Z odborného hlediska uvádí Šatera (2012, s. 12) dělení zdravotnické služby:

- Lékařskou péči o organismus člověka – zde se jedná především o prevenci, diagnostiku, terapii a na to aplikovanou péči. Důležitá je dobře stanovená diagnóza, poté je předpoklad na úspěšně prováděnou terapii, což je efektivní vynaložení finančních prostředků.
- Lékařskou kontrolu zdravotní nezávadnosti prostředí – spadá sem hygienická a protiepidemiologická služba, tvorba a úprava prostředí za účelem předcházení narušování lidského zdraví.
- Ovlivňování zdravotního stavu obyvatel – výchova ke zdraví jedince.

2.2.1 Zdravotnický systém

Zdravotní systémy v jednotlivých zemích dle Šatery (2012, s. 20) procházejí dlouhodobým a složitým vývojem. Mezi jednotlivými zeměmi jsou sociální, ekonomické, politické a kulturní rozdíly. Každá země vytvářela v různých generacích systém zdravotnických služeb pro své potřeby i vzhledem k možnostem společnosti. Zdravotnický systém můžeme tedy chápat jako celek vztahů mezi veřejností, poskytovateli zdravotní péče, financujícími subjekty, orgány, jenž reprezentují vládní politiku, v jehož rámci je uskutečňována zdravotní péče.

Jak uvádí Gladkij a kol. (2003, s. 26), zdravotnický systém můžeme definovat dle systémového přístupu různě:

- Národohospodářské hledisko – dle toho je zdravotnictví systém jedním z odvětví národního hospodářství, které produkuje zdravotnické služby.
- Organizačně-institucionální hledisko – představuje zdravotnický systém jako soustavu zdravotnických zařízení a institucí.
- Zdravotnický systém představuje z funkčního hlediska subsystém péče o zdraví.

„Systém péče o zdraví je souhrn všech aktivit, které společnost vykonává k prevenci a léčení nemocí, k zachování a rozvoji fyzické a duševní zdatnosti, pracovní schopnosti, k prodloužení života a zabezpečení zdravého vývoje nových generací“ (Gladkij a kol., 2003, s. 26).

Jádro každého zdravotnického systému dle Gladkije a kol. (2003, s. 27) na úrovni státu tvoří agregát několika činitelů:

- Strategické cíle státu v oblasti ochrany zdraví a rozvíjení zdraví.
- Způsoby zajištění plné dostupnosti základní zdravotní péče o občany.
- Možnosti ve financování zdravotní péče.
- Řešení vztahů vznikající při poskytování zdravotní péče mezi různými účastníky.
- Účast státu a jeho orgánů na vlastnictví a řízení zdravotnických zařízení

Různí odborníci se shodují na tom, že zatím neexistoval ideální zdravotnický systém, který by vyhovoval všem kritériím optimálně. Jak uvádí Gladkij a kol. (2003, s. 27-29) každý základní typ zdravotnického systému má v reálné podobě mnoho modifikací.

Během posledních dvaceti let došlo téměř ve všech zemích k reformám zdravotnických systémů. Zaměření reforem, jak uvádí Gladkij a kol. (2003, s. 30), je většinou k těmto cílům:

- zvýšení dostupnosti základní zdravotní péče pro obyvatelstvo

- navýšení výkonnosti zdravotnického systému
- zvyšování odpovědnosti jednotlivých občanů za vlastní zdraví
- snižování tempa růstu výdajů na zdravotní péči
- navyšování kvality zdravotní péče

Dle uvedení Gladkije a kol. (2003, s. 30) bez ohledu na druh zdravotnického systému důležitou rolí v reformách hraje stát a jeho orgány. Ke splnění předsevzatých cílů je využíváno řady nástrojů, tzv. modely řízené péče až po zavádění různých limitů. Regulace se týkají především zavádění nových technologií, způsobu a výše úhrad poskytovatelům, zvyšování podílu občanů na úhradě služeb, zavádění standardizovaných diagnostických a léčebných postupů, organizování zdravotní péče, licenční řízení. Často se neobejdou bez vznikajících konfliktů mezi účastníky zdravotní péče, ale ve většině zemí přináší úspěch.

2.2.2 Legislativa

„Systém veřejného zdravotního pojištění v České republice je upraven těmito právními normami:

- *Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění*
- *Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, v platném znění*
- *Zákon č. 20/1966 Sb., o péči zdraví lidu, v platném znění*
- *Zákon č. 551/1991 Sb., o VZP ČR, v platném znění*
- *Zákon č. 280/1992 Sb., resortních, odborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, v platném znění“ (Šatera, 2012, s. 38).*

2.2.3 Financování

Zdravotnické služby, jak uvádí Šatera (2012, s. 68), jsou hrazeny:

- Z veřejného zdravotního pojištění
- V souladu se Zákonem č. 48/1997 o veřejném zdravotním pojištění
- V souladu s platnými úhradovými vyhláškami a seznamy výkonů
- Z ostatních veřejných zdrojů – rozpočet Ministerstva zdravotnictví, z prostředků různých nadací, církví apod.
- Ze soukromých zdrojů
- Jako přímé platby od pacientů
- Jako soukromá pojištění

System úhrad zdravotnických služeb má odpovídat několika požadavkům a má respektovat oprávněné zájmy účastníků (pacientů, plátců, zdravotnických zařízení, státu). Měl by dle Šatery (2012, s. 70) být:

- Průhledný a jednoduchý
- Administrativně nenáročný
- Flexibilní na změny
- Univerzální – aplikovatelný na všechna zdravotnická zařízení stejného typu

V rámci zdravotnického systému jsou tvořeny úhrady zdravotních služeb z veřejného zdravotního pojištění podle Šatery (2012, s. 70) přibližně z 80 %. Zdravotní pojišťovny hradí zdravotní péči poskytnutou svým pojištěncům dle platné právní normy.

Dle webových stránek Ministerstva zdravotnictví ČR (©2010) v České republice působí tyto zdravotní pojišťovny:

- Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
- Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví,
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda,
- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky,
- Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna.

„Mezi hlavní povinnosti zdravotních pojišťoven patří zajistit svým pojištěncům poskytování hrazených služeb, které musí být místně a časově dostupné. Tuto povinnost plní prostřednictvím poskytovatelů, se kterými uzavírají smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb. Tito poskytovatelé tvoří tzv. síť smluvních poskytovatelů zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovny musí dbát, aby síť smluvních poskytovatelů byla dostatečně naplněna a měla optimální strukturu. S tím souvisí nutnost provádět ekonomická hodnocení navrhovaných smluv a rozhodovat o potřebě uzavírání smluv s dalšími poskytovateli.“

3 NEZISKOVÁ ORGANIZACE

Neziskové organizace jsou velmi důležitou součástí společnosti. Jsou to organizace sdružující miliony občanů. Poskytují širokou škálu služeb, jsou nápomocny v rozvoji společenského, ekonomického a politického života. Mají komplexní dopad na všechny sféry života společnosti. Nejde pouze o to, že zabezpečují určité spektrum služeb, ale stávají se indikátorem rozvinutosti společnosti, ovlivňují veřejné mínění a společenské změny (Pelikánová, 2016, s. 15).

Jak uvádí Pelikánová (2016, s. 15), v neziskovém sektoru nejsou organizace a instituce primárně založeny za účelem dosažení zisku. Neziskové organizace mohou však vytvářet zisk a mohou také podnikat, ale musí zisk použít na rozvoj neziskové organizace.

Neziskové organizace lze dle Pelikánové (2016, s. 17) dělit podle různých hledisek.

Dle zřizovatele:

- Státní neziskové organizace – zřizovatelem je stát, kraj, obec a jejich organizační složky
- Nestátní neziskové organizace – jsou zřizovány občany

Základní rysy spatřuje Pelikánová (2017, s. 17) u nestátní neziskové organizace ve:

- Veřejné prospěšnosti
- Dobrovolnosti
- Neziskovosti
- Samosprávě
- Soukromém vlastnictví

3.1 Zákonné předpoklady neziskových organizací

Pro neziskové organizace platí mnoho stejných principů jako pro organizace ziskové. Je důležité mít atraktivní vizi, charizmatického vůdce, schopný tým lidí, efektivně řízené procesy, spokojené klienty a mnoho dalších aspektů (Novotný, Lukeš a kolektiv, 2008, s. 17).

Dle Pelikánové (2017, s. 21) přidělení statusu veřejné prospěšnosti právnické osobě může přinášet výhody, které jsou v právních předpisech. Mezi ně patří například čerpání dotací z veřejných rozpočtů či uplatnění daňových výhod.

Jak uvádí Dohnalová (2010, s. 94), subjekty české sociální ekonomiky tvoří primárně právnické osoby soukromého práva, a to obecně prospěšné společnosti, občanská sdružení, dále evidované osoby církví a náboženských společností, pokud vyvíjí ekonomické aktivity, družstva, obchodní společnosti, ale nemohou být založeny za účelem podnikání. U formy sociálního podnikání se nejedná o zvláštní formu právnických osob, ale o určitou kvalitu činnosti právě uvedených právnických osob.

3.2 Vznik a registrace neziskových organizací

V dubnu 2012 byl ve Sbírce zákonů ČR vyhlášen dlouho očekávaný a diskutovaný zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. Tento zákoník nahradil bývalý občanský zákoník (zákon č. 40/1964 Sb.) a také řadu dalších zákonů (např. zákon o sdružování občanů, zákon o nadacích a nadačních fondech, zákon o nájmu a podnájmu nebytových prostor, částečně obchodní zákoník atd.). U neziskových organizací nespolečá na samotné zákony, jako tomu bylo do roku 2013. Dle staré právní úpravy se řídí původní smlouvy, bylo však nutné podřídit se novému právnímu stavu (Pelikánová, 2016, s. 27).

Jak uvádí Pelikánová (2016, s. 30), „od 1. 1. 2014 NOZ a zákon č. 90/2012 Sb., o obchodních korporacích rozlišuje:

- *Spolky (§ 214 a násl. NOZ)*
- *Ústavy (§ 402 a násl. NOZ)*
- *Nadace (§ 306 a násl. NOZ)*
- *Nadační fondy (§ 394 a násl. NOZ)*
- *Sociální družstva (§ 758 a násl. zákona o obchodních korporacích).“*

NOZ se nestaví do role, že zná a nařizuje jedno správné řešení, ale nabízí několik variabilit k naplnění cíle. K určitým činnostem je možné založení spolku, stejně tak i nadace či nadačního fondu nebo ústavu, popřípadě něčeho jiného. Je na každém si zmapovat klady a zápory jednotlivých cest a dle toho se rozhodnout (Pelikánová, 2016, s. 30).

3.2.1 Právní úprava spolků

Spolek dle Pelikánové (2016, s. 30) je právnická osoba založená za účelem naplnění určitého zájmu jeho zakladatele. Není důležité, zda je účel, pro který byl spolek založen, zcela soukromý nebo veřejný, zákonná úprava umožňuje obě podoby nebo jejich kombinaci. Členem spolku může být fyzická i právnická osoba. Členství spolku je osobní povahy a nepřechází

na právní nástupce člena. O přijetí konkrétního člena rozhoduje nejvyšší orgán spolku. Členství ve spolku může zaniknout při vystoupení člena, nezaplacením členského příspěvku nebo vyloučením při porušení povinnosti vyplývající z členství. Spolek vzniká dnem zápisu do veřejného rejstříku.

Dle Pelikánové (2016, s. 30) součástí vzniku musí být povinné části stanov:

- Název, který musí obsahovat slovo „spolek“ nebo „zapsaný spolek“ nebo zkratku „z. s.“
- Sídlo
- Účel, pro který byl založen
- Práva a povinnosti členů vůči spolku, nebo určení, jak budou práva a povinnosti členů vznikat
- Určení statutárního orgánu

Statutárním orgánem může být dle Pelikánové (2016, s. 31) předseda či výbor. Nejvyšší orgánem může být obvykle členská schůze, pokud není stanovami určeno jinak. Stanovy musí být uloženy v sídle spolku. Zisk není rozdělován mezi členy či zakladatele.

3.2.2 Právní úprava ústavů

Ústav je dle Pelikánové (2016, s. 31-32) další formou právnické osoby. Dle NOZ je ústav obdobou bývalé OPS pouze s několika odlišnostmi. Ústav nemá členy, z toho důvodu je vhodný pro organizace, jejichž členská základna je pouze formální a soustředí se na poskytování služeb. V praktickém omezení ústavů je povinnost služby poskytovat na nediskriminačním základě. Založení ústavu je dáno zakládací listinou. Náležitosti obsahující zakládací listiny:

- Název ústav, který obsahuje slova „zapsaný ústav“ či zkratku „z. ú.“
- Ústav
- Účel ústavu vymezením předmětu, jeho činnosti, včetně předmětu podnikání
- Údaj o výši vkladu, popřípadě o nepeněžitém předmětu
- Počet členů správní rady, jména a bydliště jejich prvních členů
- Podrobnosti o vnitřní organizaci ústavu

Ústav vzniká zápisem do veřejného rejstříku. Na rozdíl od spolků mají ústavy zákonem danou strukturu orgánů:

- Ředitel
- Správní rada (dohlíží na ředitele, rozhoduje o hlavních finančních otázkách)

„Nebude-li ústav dlouhodobě naplňovat svůj účel, může jej soud na návrh zrušit“ (Pelikánová, 2016, s. 32).

3.3 Zdroje financování v neziskových organizacích

K naplnění poslání nestátní neziskové organizace vyžaduje zajištění finančních zdrojů. Za jejich zajištění zodpovídá management či specializovaný pracovník tzv. fundraiser. Jde o klíčovou otázku, k jejímuž zodpovězení musí nezisková organizace vytvářet strategie, které vedou k dlouhodobému zajišťování finančních zdrojů. Tvorba strategie spočívá v tom, že se programově obrací na subjekty, které se chtějí cíleně podílet ve větší či menší míře na poslání nestátní neziskové organizace. Nezbytný je vícezdrojový charakter financování neziskových organizací (Boukal, 2009, s. 71).

Celkově financování nestátní neziskové organizace dle Boukala (2009, s. 71) obsahuje:

- Zajišťování finančních zdrojů důležitých k zajištění bezproblémového chodu nestátní neziskové organizace naplňujícího poslání,
- řízení závazků nestátní neziskové organizace,
- řízení aktivit,
- finanční analýzy a plánování,
- risk management.

3.3.1 Vícezdrojové financování neziskových organizací

Je nutností mít více zdrojů k financování projektů či provozu, zde není možnost se spolehnout na jediný zdroj financí. Existuje několik možností zdrojů, které nestátní neziskové organizace mohou využít k financování svých veřejně prospěšných činností (Pelikánová, 2016, s. 37).

Dle Šedivého a Medlíkové (2017, s. 41-42) je pro dlouhodobou udržitelnost nestátní neziskové organizace vícezdrojové financování životní nutností. Důležitost nespočívá pouze v počtu finančních zdrojů, ale v jejich procentuálním zastoupení, které by mělo být rovnoměrné, aby nedošlo k finančnímu otřesu v případě výpadku jednoho z nich.

Zdroje dle Pelikánové (2016, s. 37) mohou být rozděleny podle několika kritérií:

- Dle charakteru zdroje – finanční zdroje a nefinanční zdroje
- Dle geografického původu zdroje – domácí či zahraniční zdroje
- Dle prostředků organizace – interní a externí zdroje
- Dle způsobu nabytí – přímé zdroje či nepřímé zdroje
- Dle typu vlastnictví zdroje – veřejné zdroje či soukromé zdroje.

V praxi pak dochází ke kombinaci více zdrojů financování nestátních neziskových organizací.

3.3.2 Fundraising

Fundraising je specifický pojem vázaný s neziskovým sektorem. Jeho definice dle Boukala (2009, s. 102) je „*systematické získávání finančních i nefinančních zdrojů pro konkrétní neziskovou organizaci na obecně prospěšnou činnost, kterou vyvíjí*“.

Fundraising je možno dle Pelikánové (2019, s. 39) realizovat v různých formách:

1. Individuální fundraising – zde patří získávání prostředků od jednotlivců formou daru, veřejné sbírky, loterie, dobročinné aukce, individuální dobrovolnictví nebo je možnost i odkaz v závěti.
2. Firemní fundraising – zde jde o oslovování firem, při němž se fundraiser zaměřuje na získávání darů, také usiluje o firemní dobrovolnictví, zapůjčení prostoru či techniky, zapůjčení pracovníků. Mezi firemní fundraising se řadí i slevy na nákup zboží a využívání služeb.
3. Fundraising od státních donátorů – získávání prostředků formou projektů státní správy a místní samosprávy.
4. Nadace a nadační fondy – finanční prostředky získávané formou projektů, nadačních grantů, dotace.
5. Evropská unie – prostřednictvím projektů Evropské unie.

3.3.3 Sponzorování neziskových organizací

Sponzoring, jak uvádí Boukal (2009, s. 93) je další možnost získávání finančních zdrojů pro nestátní neziskové organizace. Jedná se o podporu zejména ze strany podnikatelských subjektů, kdy podporovatel očekává určitou protihodnotu. K této protihodnotě patří zejména zviditelnění sponzora, který sponzoring zahrnuje do své marketingové strategie. Vztah mezi

sponzorem a nestátní neziskovou organizací je právně tvořen na základě sponzorské smlouvy. Obvykle mezi požadavky sponzora spadá uvedení loga na internetových stránkách sponzorované nestátní neziskové organizace, na výroční zprávě, na výrobcích nestátní neziskové organizace.

4 MARKETING

Marketing se zabývá uspokojováním lidských a společenských potřeb. Marketing je možno definovat z pohledu veřejnosti a z pohledu managementu. Společenská definice je dle Kotlera a Kellera (2013, s. 35) taková, která spočívá v soustředění na roli marketingu ve společnosti. „*Marketing je společenským procesem, jehož prostřednictvím jednotlivci a skupiny získávají, co potřebují a chtějí cestou vytváření, nabízení a volné směny výrobků a služeb s ostatními.*“ Manažeři přemýšlí často o marketingu jako o umění prodávat své výrobky.

Marketéři využívají dle Kotlera a Kellera (2013, s. 35) několik základních typů objektů: zboží, služby, události, zážitky, osoby, místa, vlastnická práva, organizace a myšlenky.

4.1 Marketing služeb

Marketing služeb, jak uvádí Šimková (2012, s. 109-110) je velmi typický pro neziskový sektor, zde hlavním obchodním artiklem není výrobek, ale služba. Základní princip je stejný, jen ve službách převládá přímý kontakt poskytovatele s klientem. V neziskovém sektoru převládá marketing orientovaný na klienta(zákazníka). V praxi to znamená to, že nejdůležitější je to, co požaduje klient a podle jeho potřeb se plánuje nabídka služeb. Služba je naprosto nehmatatelná a nevytváří nabyté vlastnictví.

Marketingové programy služeb dle Šimkové (2012, s. 110) nejvíce ovlivňuje několik základních vlastností:

- Nehmatatelnost – nehmatné služby, klient si je nemůže prohlédnout, ochutnat apod. Klient se z toho důvodu snaží službu zhmotnit, vyhledává svědectví o kvalitě služby, například podle vybavení, dle zaměstnanců, propagačních materiálů. Hmatatelnost služby lze zdůraznit při kladení důrazu například na zlepšení zdraví.
- Nedělitelnost – služby jsou vytvářeny a spotřebovávány současně.
- Proměnlivost – nestálost, vysoká proměnlivost závisí na tom, kdo služby poskytuje, kde je poskytuje a kdy jsou poskytovány. Velmi důležitý je kvalitní personál a jeho odborný růst.
- Neskladovatelnost – nelze službu skladovat, což má vliv na náklady spojené s udržováním disponibility služby.

4.2 Marketing ve zdravotnictví

Dle Borovského a Smolkové (2013, s. 5-6) marketing ve zdravotnictví je již dlouho nevyjasněnou disciplínou především proto, že zdravotní péče ani zdraví nelze označit jako tržní statek. Způsob tohoto pohledu vyplývá z původního zaměření marketingu jako nástroje uplatňujícího pro výrobky na trhu. Jsou oblasti, kde může být zdravotní péče poskytována čistě jako privátní statek, například kosmetická plastická chirurgie. Zde je tržní charakter zachován. V ostatních oblastech zdravotní péče je většina ostatních tržních mechanismů značně omezena v důsledku poskytování péče jako společenského či smíšeného statku. Na rozdíl od standartního trhu však uspokojování zákazníků nemá většinou vést k zisku, ale k naplňování poslání a cílů organizací, dle zájmu jejich zakladatelů.

Produkt ve zdravotnickém zařízení, jak uvádí Borovský a Smolková (2013, s. 57) má charakter služby s výrazným specifíkem. Konkrétní užitek je hodně individuální, a i když metodologicky opakovatelný, efekt se stává většinou neopakovatelným, tato neopakovatelnost je vytvářena individualitou člověka. Zdravotní péče může:

- Vyléčit pacienta
- Snižovat bolest a utrpení
- Oddálit fatální důsledky
- Zlepšit kvalitu zdraví
- Může být i neúčinnou a ve výjimečných případech může dojít ke zhoršení zdravotního stavu až exitu.

Zákaznickou hodnotou ve zdravotnictví je zlepšení zdravotního stavu. Tento pohled je objektivní i subjektivní povahy. Nabídka zdravotních potřeb musí respektovat poptávku, která se projevuje ve vyhledávání a uspokojování potřeb zlepšení zdraví. K tomu, aby byla uspokojena potřeba klienta, je nutné zabezpečit kvalitu zdravotní péče, které bude uspokojovat objektivní i subjektivní potřeby. Nastavení nabídky produktů zdravotnického zařízení proto musí plně respektovat hodnoty obyvatelstva, jenž odpovídají sociální a kulturní úrovni obyvatelstva (Borovský, Smolková, 2013, s. 57-58).

4.3 Marketingový mix

Šimková (2012, s. 110-111) uvádí, že čtyři proměnné marketingového mixu nejsou pro služby dostačující, a z tohoto důvodu se rozšiřují až o další 4P, celkem tedy 8P:

1. **Produkt** – mnoho neziskových organizací produkuje službu, ta obsahuje silný lidský element, lidé poskytující službu jsou součástí produktu, respektive služby. Z těchto důvodů je obtížné plně zaručit kvalitu služeb.
2. **Price** – cena. Organizace má nárok na odměnu, ale v neziskové organizaci není cena tolik důležitá. Mnohem důležitější je samotná kvalita služby a pověst organizace, jenž službu poskytuje.
3. **Place** – místo distribuce, volba distribuční cesty je způsob, jakým bude prezentována nabídka organizace potencionálním zákazníkům. Organizace může klienty vyhledávat sama či spolupracuje se zprostředkovateli.
4. **Promítáno** – neboli propagace, je komunikace se zákazníky, současnými i potencionálními. Pro organizaci je důležité sdělit veřejnosti, že existují a poskytují konkrétní typ služby.
5. **People** – lidé = pracovníci, klienti. Velmi důležitou roli v poskytování služeb v neziskové organizaci hraje lidský faktor. Při výběru pracovníků je velmi důležité volit nejenom dle kvalifikace, ale i dle komunikačních schopností, schopnosti řešit situace apod.
6. **Packaging** – stanovení balíku služeb, cena, za kterou klient platí souhrnnou částku, tak, aby poskytované služby odpovídaly přesně požadavkům klienta.
7. **Programming** – programová specifikace, měla by vytvářet zájem o určitý balík služeb.
8. **Partnership** – spolupráce, je velmi důležitou součástí neziskového sektoru, jak snížit náklady při vzájemné spolupráci více společností v oboru.

Většina neziskových organizací spoléhá při vytváření své pověsti na ústní předání názorů mezi klienty. Z tohoto důvodu má kvalita služby velmi vysokou prioritu. Služba musí dosáhnout určité úrovně, i když je levná či poskytována bez přímé platby (Šimková, 2012, s. 111).

4.4 Marketingové analýzy

4.4.1 SWOT analýza

Dle Kotlera a Kellera (2016, s. 71) můžeme nazvat SWOT analýzu jako sledování externího a interního marketingového prostředí.

Je mimořádně vhodnou metodou, jak uvádí Borovský a Smolková (2013, s.45-46), pro sestavování jakýchkoliv rozhodnutí, zejména tedy strategického charakteru. Při zpracování marketingové strategie zjistíme postavení organizace ve vztahu ke konkurenci pro využití tržních příležitostí. Název metody je odvozen od anglického obsahu jednotlivých pojmů, jejichž počáteční písmeno tvoří název:

S-strengths Silné stránky

W-weaknesses Slabé stránky

O-opportunities Příležitosti

T-threats Hrozby

Účinnost metody je založena na analýze využití příležitostí ve vztahu k analyzovaným silným i slabým stránkám. Primární základ je spatřen v příležitostech dle Borovského, Smolkové (2013, s. 46). Silné a slabé stránky představují charakteristiku vnitřního prostředí s porovnávanými objekty, jenž mají stejnou možnost využití příležitostí. Jednou z možností je využití SWOT analýzy pro tvorbu strategie, pomáhá naplnit potenciál strategických cílů. Při tvorbě strategie je výsledek SWOT analýzy mimořádně důležitý, protože ukazuje na klíčové kompetence podniku, poskytuje podklad pro optimální rozhodování o možném směřování organizace v budoucnu a o podpůrných opatřeních, která jsou pro dosažení cílů nutné uskutečnit.

Silné stránky nám vypovídají o tom, v čem máme konkurenční výhody, jaká je úroveň našich zaměstnanců, kterých nástrojů marketingu využíváme lépe než naše konkurence atd.

Slabé stránky odpovídají na otázky, kde se nachází naše nedostatky proti konkurenci, které naše služby mají menší úroveň než u konkurence, proč nám odcházejí zaměstnanci a jiné.

Příležitosti odpovídají na otázky, které sociální trendy a změny v chování lidí bychom mohli využít, nové trendy na trhu, jenž můžeme chápat jako příležitost.

Hrozby, jak uvádí Staňková (2013, s. 159) nám odpovídají na otázky, co se stane, když dojde ke změně v legislativě, vzroste cena nakupovaných zdravotnických materiálů, jaké jsou hrozby vyplývající z politiky zdravotních pojišťoven.

4.4.2 PEST analýza

PEST analýzu využíváme dle Staňkové (2013, s. 55) při definování vlivů makroprostředí. Je důležité analyzovat to prostředí organizace, které ji nemůže ovlivnit, ale které ovlivňuje ji samotnou.

PEST analýza dle Borovského a Smolkové (2013, s. 55) dělí okolí organizace do čtyř základních faktorů:

- Politické a legislativní
- Ekonomické
- Sociální a demografické
- Technické a technologické.

Je nutné zdůraznit, že cílem PEST analýzy není analyzovat všechny složky jednotlivých faktorů, ale najít pouze ty složky, které mohou pro organizaci znamenat nějakou významnou příležitost nebo naopak hrozbu. Analýza má usilovat o stanovení nějaké pravděpodobnosti, se kterou k této šanci nebo hrozbě může dojít. Konkrétním příkladem je míra solidarity financování zdravotnictví, způsob oceňování výkonů či zdravotní politika.

4.4.3 Porterova analýza konkurenčních sil

Díky Porterovu modelu konkurenčních sil můžeme provést analýzu vnějšího mikroprostředí. Cílem tohoto modelu je zobrazit a popsat konkurenční síly oborového prostředí a určit místo v prostředí, jak se bránit těmto silám. Hrozby představuje především silná konkurence a rivalita ostatních služeb, smluvní síla zdravotních pojišťoven apod. (Staňková, 2013, s. 154).

Dle Vicana, Vaňka a Kozáka (2012, s. 43) vyjadřuje Porterův model konkurenčních sil schopnost organizace se přizpůsobovat svému okolí.

Při analýze konkurence je velmi důležité se zaměřit především na:

1. existující konkurence v odvětví,
2. potenciální vstup nové konkurence,
3. substituční produkty,
4. sílu odběratelů,

5. sílu dodavatelů (Šimková, 2012, s. 152).

Dle Šimkové (2012, s. 152) alternativní cestou konkurence může být spolupráce s konkurencí, častěji se začíná projevovat i alternativní cesta ve formě partnerství organizací.

5 ZÁVĚREČNÉ ZHODNOCENÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Cílem teoretické části je popsat oblast domácí péče, podmínky pro poskytování domácí péče, klasifikace neziskových organizací, dále možnosti využití marketingu v organizacích poskytující zdravotní péči a na základě zjištěných poznatků jejich využití pro vypracování praktické části diplomové práce.

V první kapitole se zabírám domácí péčí a jejím rozdělením, cílem domácí péče, personálním obsazením, legislativním rámcem a možnostmi financování domácí péče. Literaturu na téma domácí péče publikovanou po roce 2010 hodnotím na českém trhu jako nedostačující. Podklad pro tuto část tvořily tedy publikace B. Messer, Plevové, M. Kožuchové, J. Kutnohorské, A. Krátké a G. Šilhánkové, S. Bártolové.

Druhá kapitola se zaměřuje na sociální služby a zdravotní péči, zde se stala oporovou literaturou I. Gladkije a kolektivu, I. Kuznikové a kol., O. Matouška, J. Králové a E. Rážové, M. Piláta, K. Šatera. Tématice sociálních služeb je věnováno dostatečné množství odborné literatury, ale její provázanost se zdravotní tematikou je minimální.

Třetí kapitola se věnuje teoreticky tématice neziskových organizací a vychází z pramenů odborné literatury od autorů P. Boukala, M. Šedivý a O. Medlíková, A. Pelikánové, J. Novotný, M. Lukeš a kol., M. Dohnalové.

Marketing služeb, marketingový mix a jednotlivé marketingové analýzy jsou definovány za pomoci odborné literatury autorů P. Kotlera a K. Kellera, J. Borovského a E. Smolkové, P. Staňkové, T. Vicana, J. Vaňka a V. Kozáka, E. Šimková.

Po vypracování teoretické části diplomové práce je nutno konstatovat, že dostupnost literatury v období koronaviru je náročnější při vyhledávání, ale v dostatečném množství. Skvělá dostupnost internetových zdrojů ve vyhledávání legislativních podmínek v oblasti poskytování domácí péče.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 SITUAČNÍ ANALÝZA

Analýzou získáme informace k možnosti vzniku nové agentury poskytující zdravotní domácí péči pro klienty se specifickými potřebami. Zřízení nové agentury domácí péče ovlivňuje celá řada faktorů prostředí, a proto je důležité její provedení pro správné fungování služby.

6.1 Analýza makroprostředí

K analýze makroprostředí a jeho vlivu na prostředí organizace je využito PEST analýzy. Tyto faktory nelze ovlivnit.

6.1.1 Politicko-právní faktory

Tato část se zabývá politickou situací v České republice a analýzou legislativy. Při vzniku nového poskytovatele zdravotní služby má mimořádný vliv celková stabilita státu, zdravotní politika státu, dále pak ekonomická a vládní politika.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky bylo zřízeno zákonem č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky. Tento kompetenční zákon přímo vymezuje oblasti působení ministerstva zdravotnictví České republiky, je ústředním orgánem státní správy pro zdravotní služby, ochranu veřejného zdraví, zdravotní pojištění, zdravotních služeb v přímé řídicí působnosti, zdravotnickou vědeckovýzkumnou činnost. Ministrem zdravotnictví byl prezidentem České republiky jmenován 13. prosince 2017 Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch, MHA. Na stránkách ministerstva zdravotnictví České republiky (2019) uvádí „*Domácí péče je neskutečně významnou a nezastupitelnou součástí zdravotnického systému, jenž byla opomíjena ve stínu velkých nemocnic.*“

Poskytovatel zdravotní domácí péče se musí řídit platnými zákony, vyhláškami a nařízeními ministerstva zdravotnictví.

Při zakládání agentury poskytující zdravotní péči je nutno se řídit Zákonem č. 372/2011 Sb. (Česko, 2011), Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Po nezbytném nastudování zákona musí proběhnout podání žádosti o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb na příslušném krajském úřadu včetně příslušných dokumentů, které jsou přesně specifikovány v žádosti. Po proběhnutí nezbytně nutného schvalovacího procesu, který obsahuje správní řád, je žadatel do 30 dnů informován o rozhodnutí krajského úřadu.

Zákon č. 96/2004 Sb. (Česko 2004), o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů, přesně vymezuje podmínky k získání a uznání způsobilosti k výkonu

nelékařského zdravotnického povolání a vztahuje se k výkonům činností přímo souvisejících s poskytováním zdravotní činnosti, které jsou vykonávány fyzickou osobou na území České republiky. Činnost hodlá vykonávat jako osoba samostatně výdělečně činná nebo zaměstnanec, též také jako osoba usazená či hostující.

Zákon č. 185/2001 Sb. Zákon o odpadech vymezuje odpady a hodnotí nebezpečné vlastnosti odpadů, dále pak specifikuje a přesně stanovuje povinnost, jak s odpadem nakládat.

Dále pak Vyhláška č. 306/2012 Sb., Vyhláška o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče (Česko, 2012). Rozsáhlý charakter vyhlášky přesně určuje, jakým způsobem předcházet infekčním nemocem a v případě jejich výskytu určuje postup, jenž je nezbytně nutné dodržet. V období pandemie onemocnění COVID-19 způsobeného novým koronavirem SARS-CoV-2 je vyhláška nedílnou součástí dnešního provozu všech služeb poskytující péči více než jindy aktuální společně s dalšími mimořádnými opatřeními, jenž Ministerstvo zdravotnictví České republiky aplikuje prostřednictvím Zákona č. 258/2000 Sb., Zákon o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů (Česko, 2000).

Dále pak Vyhláška Sb. č. 269/2019, kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb. (Česko 2019), kterou je vydán seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, konkretizuje, jaké bodové ohodnocení náleží za konkrétní výkon pracovníkovi oprávněnému výkon provádět. Jsou zde uvedeny indexy pro nositele výkonů při poskytování domácí péče v odbornosti 925, což je nelékařský zdravotnický pracovník poskytující péči ve vlastním sociálním prostředí. Stanovují se tři stupně bodového hodnocení D1, D2, D3, dle tohoto rozdělení pak náleží každé skupině mzdový index.

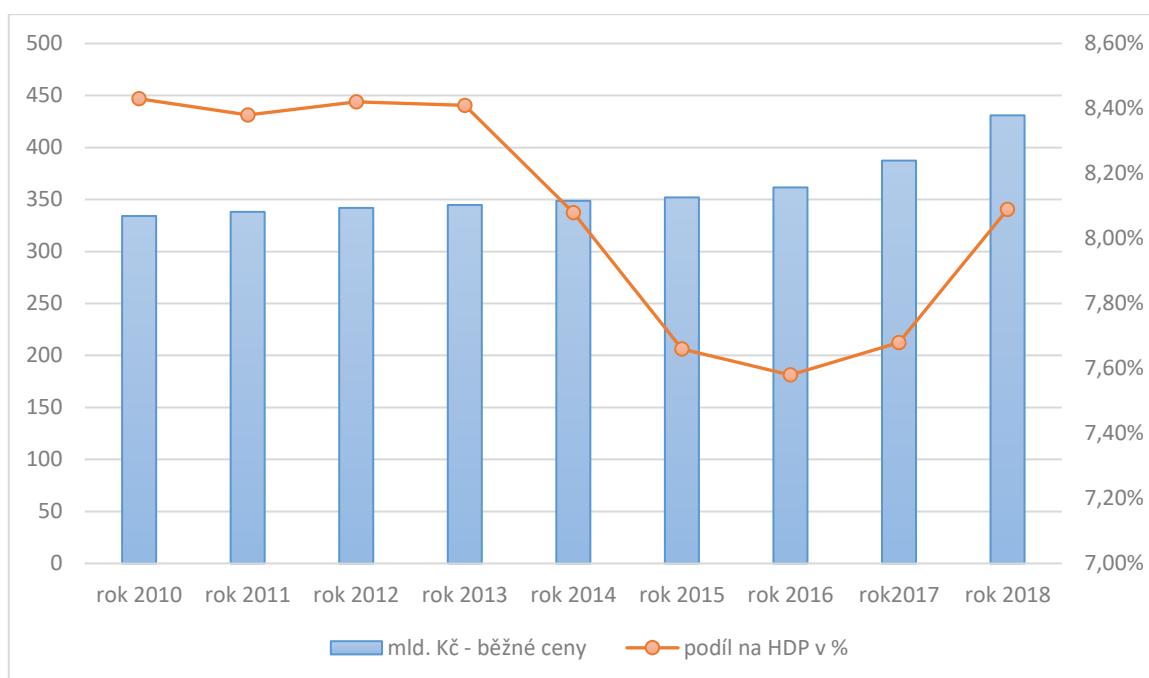
6.1.2 Ekonomické okolí

Příznivá úroveň financování zdravotní péče je závislá na ekonomické úrovni dané země. Dle Gladkije (2003, s. 98-99), pokud chceme vyjádřit pozornost, jenž věnuje daný stát oblasti zdravotnictví, učiníme tak za pomoci srovnání výdajů na zdravotnictví ve vztahu k HDP, a to přesně tak ve vyjádření na jednoho obyvatele. Při tomto srovnání je minimálně vhodné zařadit Českou republiku mezi vyspělé a kulturní státy, jenž se náležitě věnují oblasti péče o obyvatele. V relativním vyjádření patří Česká republika mezi státy věnující k tomuto účelu značné prostředky.

Dle předběžného odhadu klesl hrubý domácí produkt v prvním čtvrtletí letošního roku 2020 mezičtvrtletně o 3,6 % a meziročně o 2,2 %. Výsledky české ekonomiky v roce 2020 výrazně ovlivnila celosvětová pandemie koronaviru a s ním následně spojená restriktivní opatření. Negativní meziroční vývoj HDP byl spojen s poklesem zahraniční poptávky a nižší tvorbou kapitálu.

Během roku 2018 dosáhly výdaje na zdravotní péči v České republice 430,9 mld. Kč, meziročně tedy vzrostly o 43,5 mld. Kč, což je o 11,2 %. To je nejvíce od roku 2010. Od roku 2010 včetně bylo vydáno na zdravotní péči v České republice 3,2 bilióny korun, z toho 1,9 biliónu v letech 2014 až 2018 (ČSÚ, 2020).

Graf č. 1 Celkové výdaje na zdravotní péči v České republice v letech 2010-2018 (ČSÚ, 2020)



Vlastní zpracování

Výdaje na zdravotní péči v České republice patří v rámci Evropské unie dlouhodobě k nižším. V roce 2017 dosáhl ukazatel za země Evropské unie v průměru k desetiprocentnímu podílu na hrubém domácím produktu (ČSÚ, 2020).

Financování zdravotní péče je v České republice dle údajů Českého statistického úřadu (ČSÚ, 2020) základním rozměrem zdravotnických účtů. Každý ze zdrojů financování má

svou specifickou úlohu. Pomoci mezinárodního manuálu SHA 2011 k zdravotnickým účtům můžeme definovat tři základní zdroje financování zdravotní péče:

- Veřejné zdroje – finanční prostředky získané z povinného zdravotního pojištění a prostředky veřejných rozpočtů, které zahrnují finanční zdroje získané přímo ze státního rozpočtu, také rozpočty místních zdrojů, kterými jsou nejčastěji krajské rozpočty.
- Soukromé zdroje bez přímých plateb od domácností – zde spadají nejčastěji dobrovolné platby neziskových institucí na zdravotní péči, soukromé pojištění a závodní preventivní prohlídky.
- Přímé platby domácností – obsahem platby jsou přímé výdaje pacienta na zdravotní péči nebo jejich spoluúčast.

Tabulka č. 1 Výdaje na zdravotní péči v České republice dle zdrojů financování v letech 2010, 2014–2018 (mil. Kč) (ČSÚ, 2020)

Zdroje financování zdravotní péče	2010	2014	2015	2016	2017	2018
Veřejné zdroje celkem	282 166	291 572	293 359	300 210	322 033	361 852
veřejné zdravotní pojištění	231 889	234 602	234 460	237 700	252 169	283 913
státní rozpočet	45 187	50 721	52 622	55 895	62 090	69 503
krajské a obecní rozpočty	5 091	6 250	6 277	6 614	7 774	8 436
Soukromé zdroje celkem (bez přímých plateb domácností)	9 217	10 668	9 322	10 222	11 303	11 305
soukromé zdravotní pojištění	427	537	478	484	539	564
neziskové instituce	7 888	7 757	7 929	8 479	8 995	9 544
podniky – závodní preventivní péče	901	2 374	915	1 259	1 769	1 197
Přímé platby domácností ¹⁾	42 705	46 490	49 358	51 215	54 051	57 765
Výdaje na zdravotní péči celkem	334 088	348 730	352 039	361 647	387 388	430 922

Vlastní zpracování

Výdaje na zdravotní péči, jenž jsou vydávány ze státního rozpočtu České republiky, jsou v posledních letech velmi výrazně neustále navyšovány. V roce 2018 šlo na zdravotní péči z veřejných zdrojů celkem 361,9 mld. Kč, v průměru tedy na jednoho obyvatele v České republice v roce 2018 bylo vydáno na zdravotní péči z veřejných zdrojů 34,1 tis. Kč (ČSÚ,2020).

„V roce 2018 šlo na dlouhodobou zdravotní péči ze státního rozpočtu celkem 38,7 mld. Kč z celkových 56,7 mld. Kč. Touto částkou se tak prostřednictvím státního rozpočtu stát podílel z více než dvou třetin na dlouhodobé zdravotní péči“ (ČSÚ, 2020).

Většina prostředků šla na dlouhodobou lůžkovou zdravotní péči, kam spadají např. domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem, léčebny dlouhodobě nemocných a jiná zařízení sociálních služeb, kde je poskytována zdravotní péče. Do domácí dlouhodobé zdravotní péče bylo vydáno 6 mld. Kč (ČSÚ, 2020).

V České republice jsou neziskové organizace orientovány převážně charitativně. V roce 2018 dosáhl jejich podíl na financování zdravotní péče 2,2 %, což je nejvíce ze všech zemí EU. Po převedení do absolutní hodnoty vynaložily neziskové instituce 9,5 mld. Kč.

Graf č. 2 Výdaje neziskových institucí na zdravotní péči ve zvolených zemích EU 2017 (ČSÚ, 2020)



Mezi významné ukazatele výdajů na zdravotní péči patří druh poskytované péče. Dlouhodobá domácí péče je poskytována klientům s chronickým onemocněním, která jsou taková, jejichž duševní či tělesný stav vyžaduje dlouhodobou péči a pravidelnou domácí péči kvalifikovaného personálu (ČSÚ, 2020).

Tabulka č. 2 Výdaje na zdravotní péči v České republice v letech 2010-2018 (ČSÚ, 2020)

Typ poskytovatele	2010	2014	2015	2016	2017	2018
Nemocnice	133 211	136 872	137 195	138 935	149 191	172 646
Všeobecné nemocnice	114 664	118 723	122 520	122 602	132 507	153 888
Specializované nemocnice	18 547	18 149	14 676	16 333	16 684	18 759
Lůžková zařízení dlouhodobé péče (1)	20 756	22 574	24 426	26 014	28 431	32 314
Zařízení ošetrovatelské dlouhodobé péče	11 521	11 890	12 896	13 773	15 043	16 678
Léčebny pro zdravotně postižené	8 005	9 695	10 606	11 648	13 387	15 636
Zařízení ambulantní péče	66 878	71 988	72 856	74 342	78 513	86 622
Samostatné ordinace lékařů	37 679	38 481	40 159	41 153	42 952	48 158
Samostatné ordinace zubních lékařů	16 674	17 447	17 495	18 030	19 546	20 740
Ambulantní centra a ostatní zařízení (2)	12 525	16 060	15 202	15 159	16 014	17 724
Ostatní přímí poskytovatelé zdravotní péče	20 167	23 970	23 525	25 587	28 691	29 080
Domácnosti (3)	13 788	15 207	15 991	17 393	18 855	19 706
Ostatní (4)	6 379	8 763	7 534	8 194	9 836	9 374
Poskytovatelé doplňkových služeb	11 116	11 240	11 960	12 989	15 295	16 888
Doprava pacientů a záchranná služba	6 670	6 558	7 093	7 660	8 352	9 127
Laboratoře	4 446	4 682	4 867	5 329	6 943	7 761
Lékárny a ostatní prodejci zdravot. zboží	60 738	55 541	56 592	58 179	60 406	64 095
Lékárny	51 469	47 159	48 684	49 725	52 207	55 551
Ostatní prodejci zdravotnického zboží (5)	9 268	8 382	7 908	8 454	8 200	8 545
Správa systému zdravotní péče	10 794	11 311	10 845	11 067	10 572	12 346
Státní správa	4 046	4 263	4 355	4 581	4 202	5 562
Správa zdravotních pojišťoven	6 748	7 048	6 490	6 486	6 371	6 784
Ostatní nebo nerozlišeno (6)	10 429	15 234	14 639	14 535	16 289	16 931
Poskytovatelé zdravotní péče celkem	334 088	348 730	352 039	361 647	387 388	430 922

Vlastní zpracování

Jak je uvedeno v tabulce č.2, lůžková zařízení dlouhodobé péče zahrnují domovy pro seniory, léčebny pro dlouhodobě nemocné apod. Do těchto zařízení plynou peníze především ze státního rozpočtu. Výdaje na tuto péči mají zvyšující se charakter a v roce 2018 dosahovaly výše 32,3 mld. Kč. Největší růst výdajů na zdravotní péči v této oblasti zaznamenávají psychiatrické nemocnice, jak uvádí ČSÚ (2020).

6.1.3 Sociální prostředí

Sociální prostředí je oblast zahrnující demografické složení obyvatelstva. Zlínský kraj je součástí územně samosprávních celků České republiky. Je tvořen celky Zlín, Uherské Hradiště, Kroměříž a Vsetín. Zlínský kraj je jedním z nejmenších krajů v České republice, zabírá 5 % její plochy. Nachází se ve východní části střední Moravy a jeho východní okraj je tvořen Slovenskými hranicemi. Na jihozápadě navazuje Zlínský kraj na Jihomoravský kraj, severozápadně sousedí s Olomouckým krajem a v severozápadní části s krajem Moravskoslezským. Na území kraje žilo v roce 2018 obyvatel 582 680, což představuje 5,5 % celkové populace České republiky. Hustota zalidnění je 149 obyvatel na km², což velmi významně převyšuje celorepublikový průměr. Věková struktura obyvatel je ekonomicky příznivá, protože převažují obyvatelé v produktivním věku. V kraji se nachází 307 obcí, z toho 30 měst. Mezi nejvýznamnější městské aglomerace patří Zlín-Otrokovice-Napajedla (©Krajský úřad Zlínského kraje).

Jihozápadně od Zlína se nachází město Otrokovice na soutoku řek Dřevnice a Morava. Otrokovice společně se Zlínem vytvářejí v rámci ekonomického rozvoje kraje největší nabídku pracovních příležitostí. V současné době jsou Otrokovice šestým největším městem Zlínského kraje a také centrem mikroregionu zahrnujícího obce s celkovým počtem 35 tisíc obyvatel. Otrokovice jsou obcí s rozšířenou působností. Mezi obce, jež zahrnuje do svého působení, patří: Bělov, Halenkovice, Komárov, Napajedla, Oldřichovice, Pohořelice, Spytihněv, Tlumačov a Žlutava (Otrokovice, 2020).

Rozvoj sociálních služeb v ORP Otrokovice je determinován Akčním plánem rozvojem sociálních služeb ve Zlínském kraji pro rok 2021. Součástí plánu je transformace domovů osob se zdravotním postižením. Transformace neboli také deinstitucionalizace značí přeměnu těchto zařízení na chráněná bydlení a tím má klientům dopomoci k běžnému neústavnímu životu s různou mírou podpory. Zde pak nastává plán podpory stávající klientele formou multidisciplinárního týmu, důležitá část týmu je domácí péče v přirozeném sociálním prostředí.



Obrázek č. 1 Obecně-geografická mapa SO ORP Otrokovice (ČSÚ, 2020)

6.1.4 Technologické faktory

Technologické vybavení je součástí všech zdravotnických oborů. Domácí péče se může jevit, že má minimální potřebu vybavenosti novými technologickými pomůckami, ale není tomu tak. Zdravotnický personál poskytující odbornou péči v přirozeném prostředí klienta využívá mnoha pomůcek při provádění zdravotnických úkonů, které mohou klást důraz na kvalitu pomůcek. S těmito úkony se můžeme setkávat v nemocnicích, zařízeních sociálních služeb poskytující zdravotní péči a tady se stává péče o pacienta komplexní a náročnější na přístrojovou techniku, což může poskytnout agentuře domácí péče prostor ke konkurenční výhodě, pokud má dostatek prostředků k zajištění potřebného vybavení. Pomůcky usnadňující péči o klienty a zvýšení plného komfortu je nedílnou součástí kvalitní odborné péče. Mohou to být tonometry, přenosné odsávačky z dýchacích cest, přenosné koncentrátoře kyslíku, odběrové sady, péče o rány, přenosné germicidní lampy apod.

Využití IT technologií se stává běžnou součástí péče, zavedení a hodnocení ošetrovatelské péče o klienty, záznam o provádění výkonů spojených s odborností 925 a jejím následném vyúčtování a odesláním dávek péče na příslušnou zdravotní pojišťovnu. Dále pak usnadnění komunikace s lékaři, předání zpráv ordinacemi, e-recepty a jejich předání do lékárny. Při využití přenosných zařízení jako je tablet může mít sestra kompletní dokumentaci se všemi návaznými kontakty na lékaře i rodinu stále při sobě.

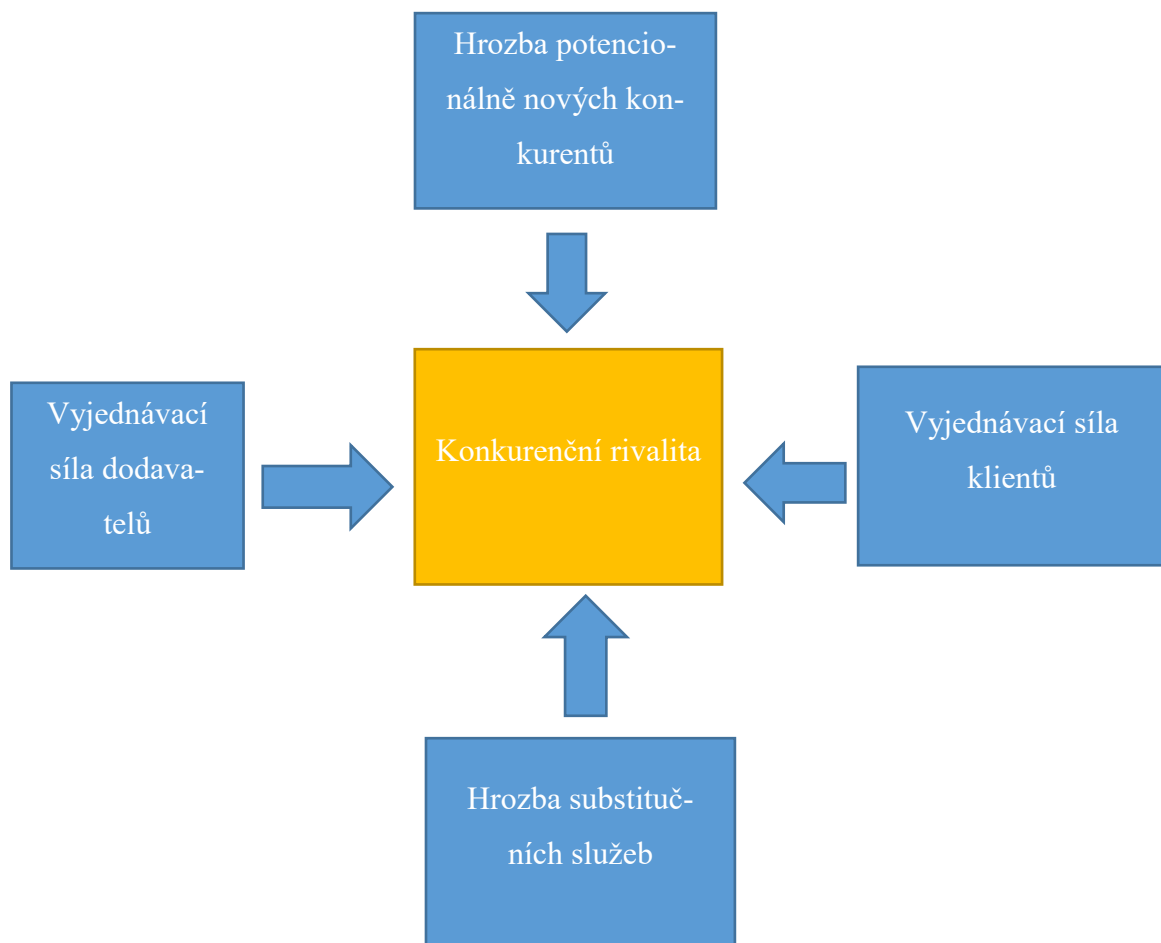
Informační systém pro domácí péči je důležitý, protože každá sociální i zdravotní služba potřebuje ke své činnosti elektronickou evidenci. Vhodnou volbou je komplexní informační systém eEquip. Jeho komplexnost spočívá v přímé návaznosti na službu například chráněná bydlení, pobytové služby, pečovatelské a ošetrovatelské služby, domácí péče.

Technické vybavení se nachází i v domácnosti klienta samotného, např. zvedáky pro imobilní klienty, antidekubitní matrace, kyslíkové koncentrátory. Pracovník poskytující péči edukuje klienta, rodinu či ostatní pečující, jak s pomůckami zacházet.

Důležitou součástí každé poskytované péče je erudovaný personál s neustálou podporou vzdělávání.

6.2 Analýza mezoprostředí – Porterův model pěti konkurenčních sil

Pro analýzu vnějšího prostředí je velmi vhodnou volbou Porterův model pěti konkurenčních sil. Za pomoci zvoleného modelu lze provést zhodnocení hrozby vstupujících konkurentů ve stejné oblasti péče, stávající konkurence, vyjednávacího vlivu klientů, hrozby substitučních služeb, v závěru celkové zhodnocení Porterovy analýzy. Analýza bude zaměřena na ORP Otrokovice ve Zlínském kraji.



Obr. 2 Porterova analýza pěti konkurenčních sil (vlastní zpracování)

Jednotlivé hrozby jsou shrnuty přehledně do tabulek a ohodnoceny body stupnicí 1 až 5, kdy 1 je nejnižší riziko a 5 nejvyšší riziko.

6.2.1 Hrozba vstupu konkurentů

Pro organizaci je velmi zásadní provádění výkonů, jenž jsou ordinovány a předepsány ošetřujícím lékařem klienta, výkony jsou bodově ohodnoceny a ty pak 1 x měsíčně předány na pojišťovnu, kde prochází kontrolou revizního lékaře. Z tohoto důvodu dáno 5 bodů, a to nejvyšší riziko pro dobré fungování organizace při zajištění financí pro chod kvalitní péče.

Předností agentury domácí péče je oblast působení a její specifické zaměření na cílovou skupiny klientů z domova pro osoby se zdravotním postižením procházející transformací sociálních služeb, následná různá míra podpory v oblasti chráněného bydlení. Zde je nejnižší riziko, a to s bodovým hodnocením 1.

Jako bariéry vstupu shledávám hůře aplikovatelné smlouvy se zdravotními pojišťovnami, legislativní požadavky a zhoršující se potíže v celé České republice, které způsobuje nedostatek zdravotního personálu. Zde hodnotím střední míru rizika.

Kapitálové požadavky na službu jsou v počátcích vzniku služby. Nejde jen o přístrojové vybavení, ale i vybavení k přesunu za klientem mezi obcemi, tedy automobil a elektro kola.

Informovanost o nově vznikající agentuře poskytující péči klientům s mentálním handicapem nebo kombinovanými vadami se dostane do popředí za pomoci kontaktu při probíhajících transformacích domovů pro osoby se zdravotním postižením, ale také deinstitucionalizace psychiatrické péče v České republice a následné začlenění klientů opouštějící po mnoha letech psychiatrické nemocnice a míra jejich podpory odborným zdravotním personálem.

Tab. č. 3 Hrozba vstupu nových konkurentů (vlastní zpracování)

Hrozba vstupu nových konkurentů do odvětví (nejnižší riziko – 1 bod, nejvyšší riziko – 5 bodů)		
Bariéry vstupu	<ul style="list-style-type: none"> - Udělení licence Krajským úřadem - Smlouvy se zdravotními pojišťovnami - Legislativní požadavky - Personální zajištění 	3
Kapitálové požadavky	<ul style="list-style-type: none"> - Vstupní náklady - Vybavení pro službu 	2
Diferenciace produktu	<ul style="list-style-type: none"> - Zaměření na klientelu se specifickými potřebami - Oblast působení 	1
Distribuce	<ul style="list-style-type: none"> - Informovanost veřejnosti o nové službě 	4
Zisk	<ul style="list-style-type: none"> - Tvorba zisku z prováděných výkonů u klientů 	5
Celkem		15
Průměrné skóre		3

6.2.2 Soupeření mezi existujícími konkurenty

Ve Zlínském kraji působí dle dostupných informací 26 zařízení poskytujících domácí zdravotní péči. Tato zařízení neposkytují péči ve městě Otrokovice a jeho okolních obcích. Ve městě Otrokovice a jeho ORP je pouze jedna služba zaměřující se na základní zdravotní péči, a to Oblastní spolek českého červeného kříže Zlín. Výkony, jimiž disponuje, jsou v základní míře, a to podávání medikace, aplikace injekcí, převazy ran apod. Zaměřena je spíše na klientelu seniorského věku v domácí péči. Zde je malé riziko bodové hodnocení, tedy 2 body.

Růst v odvětví poskytující zdravotní domácí péči klientele se specifickými potřebami je kvalitní, kraj se věnuje a podporuje transformace domovů pro osoby se zdravotní péčí na chráněné bydlení, deinstitucionalizace psychiatrické péče, která není zaměřena pouze na Zlínský kraj. Z toho důvodu zde vidím nejnižší možné skóre, tedy 1 bod.

Velikost vstupních nákladů je zaměřena na vybavení domácí péče technikou, automobil je vhodný při přesunu ke klientům v obcích okolo Otrokovic, v blízkém okolí je možnost alternativních přesunů MHD, či zakoupení elektro kola. Hodnocení body 4 - vyšší skóre vzhledem k nákladnosti.

Bariéry vstupu jsou vysoká poptávka na pracovním trhu po zdravotním personálu (všeobecná sestra) ve Zlínském kraji, bodové hodnocení 4 body je i vzhledem k legislativě vztahující se k zřízení domácí zdravotní péče.

Tab. č. 4 Soupeření mezi existujícími konkurenty (vlastní zpracování)

Konkurenční rivalita		
(nejnižší riziko – 1 bod, nejvyšší riziko – 5 bodů)		
Počet konkurentů a jejich konkurenceschopnost	<ul style="list-style-type: none"> - Jeden poskytovatel domácí zdravotní péče - Úzce zaměřena na seniorskou klientelu - Zřízení nových prostorů pro zázemí domácí péči 	2
Růst odvětví	<ul style="list-style-type: none"> - Transformace domovů osob se zdravotním postižením - Deinstitucionalizace psychiatrických nemocnic - Vytváření chráněných bydlení 	1
Velikost vstupních nákladů	<ul style="list-style-type: none"> - Kapitálová náročnost na pořízení automobilu, elektro kol - Technické vybavení služby - Nové prostory 	4

Bariéry vstupu	- Velká poptávka po zdravotním personálu - legislativa	4
Celkem		11
Průměrné skóre		2,75

6.2.3 Vyjednávací síla dodavatelů

V dodavatelském sektoru jsou zahrnuty dodávky:

- energií,
- zdravotnického materiálu,
- získávání pracovních sil,
- ochranné pracovní pomůcky,
- zajištění kapitálu.

Mezi hlavní dodavatele lze řadit ty, jenž jsou důležití pro hladký chod dobře fungující organizace. Zdravotnický materiál, ochranné pracovní pomůcky, včasné dodání léčiv, kvalitní podpora informačního systému.

K preferovaným a ověřeným dodavatelům v okolí lze řadit:

- Alphega Lékárna
- Software production
- Dentimed s.r.o.
- MSM, spol. s r.o.
- nanoSpace s.r.o

Dodavatelů zdravotnického materiálu je nyní na trhu dostatek, je třeba upřednostnit kvalitního, ověřeného a spolehlivého dodavatele, cena běžného materiálu není toliko náročná díky velké nabídce na trhu. Velmi důležité jsou vzájemně dobré vztahy s dodavateli nejen materiálu. Míra rizika je střední.

V rámci pandemie onemocnění COVID-19 způsobeného novým koronavirem SARS-CoV-2 prudce vzrostly ceny ochranných pomůcek jako jsou respirátory třídy FFP3 a FFP2, roušky

chirurgické, roušky z různých nano materiálů, ochranné pláště a obleky apod. Růst cen byl od března 2020 enormní, ale také se stávají pomůcky nedostupnými v rámci trhu, zde se nachází nejvyšší míra rizika dodacích podmínek 5 bodů.

Podíl nezaměstnaných osob ve Zlínském kraji je dle ČSÚ (2020) 2,93 % k 7.7.2020. Nabídek pracovní pozice všeobecná sestra je dlouhodobě dostatek. Zde je větší riziko 4 body.

Marketingový plán by měl být postaven na vzájemné spolupráci s městem Otrokovice a Zlínským krajem v rámci transformace pobytových zařízení na chráněná bydlení. Zde je nízké riziko 2 body. Velmi důležité je kladné hodnocení klienty, opatrovníky a jinými pečujícími.

Tab. č. 5 Vyjednávací síla dodavatelů (vlastní zpracování)

Vyjednávací síla dodavatelů (nejnižší riziko – 1 bod, nejvyšší riziko – 5 bodů)		
Dodavatelé služeb	<ul style="list-style-type: none"> - firmy zajišťující podporu informačního systému včas a kvalitně - servis přístrojového vybavení - dodavatelé elektřiny, vody a tepla 	3
Dodací podmínky	<ul style="list-style-type: none"> - firmy dodávající ochranné pracovní pomůcky 	5
Pracovní trh	<ul style="list-style-type: none"> - míra nezaměstnanosti v Otrokovicích a okolí - volné pracovní pozice 	4
Marketingový zprostředkovatelé	<ul style="list-style-type: none"> - doporučení a spolupráce s městským úřadem Otrokovice a Zlínským krajem - ošetřující lékaři a spolupráce s nimi - dobré jméno služby 	2
Celkem		14
Průměrné skóre		3,5

6.2.4 Vyjednávací vliv klientů

Vyjednávací síla klientů je dána škálou nabídek služeb v oblasti klienta. Dobré jméno služby a ústní předání zkušenosti mezi klienty je pro poskytování péče stěžejní. Komplexní pohled na službu z okolí, utváření dobrého klima uvnitř služby, erudovaný a motivovaný personál, kvalita, dostupnost služeb, nadstandardní a individuální přístup.

Transformací domovu pro osoby se zdravotním postižením na chráněná bydlení přichází velká příležitost pro nabídku služeb zdravotní domácí péče. Deinstitutionalizace psychiatrické péče v České republice bude mít přímou návaznost na komunitní péči a chráněná bydlení pro klienty.

Vše je bodově zaznačeno v tabulce č. 7.

Tab. č. 6 Vyjednávací vliv klientů (Vlastní zpracování)

Vyjednávací vliv klientů (nejnižší riziko – 1 bod, nejvyšší riziko – 5 bodů)		
Diferenciace produktu	<ul style="list-style-type: none"> - Rozdílný typ služeb - Přístup zaměřený na potřeby klienta - Nadstandardní služby 	2
Počet klientů	<ul style="list-style-type: none"> - Transformace pobytových služeb na chráněná bydlení - Deinstitutionalizace psychiatrické péče 	2
Podíl zákazníků vůči podílu poskytovatelům	<ul style="list-style-type: none"> - Podíl zákazníků je větší než koncentrace služeb v okolí 15 km 	1
Citlivost na kvalitu produktu	<ul style="list-style-type: none"> - Specializace na cílovou skupinu klientů - Odbornost personálu 	1
Informovanost klientů	<ul style="list-style-type: none"> - Ošetřující lékař předá potřebné informace 	2

	- Informační technologie	
Existence náhradní vstupů	- Primárně poskytovaná péče nelze nahradit	1
Celkem		9
Průměrné skóre		1,5

6.2.5 Hrozba substitučních služeb

Substituční služby v Porterově modelu pěti konkurenčních sil znamenají zejména služby z jiného odvětví, které mohou danou službu nahradit. To znamená, že pro určitou skupinu klientů mají stejnou funkci, ale jsou postaveny na odlišném typu technologií (Staňková, 2013, s. 158).

Klientela domácí zdravotní péče bude po transformaci domova pro osoby se zdravotním postižením velmi specifická, klienti mají vrozený mentální handicap či kombinovaná postižení. Cílová skupina tedy na svá onemocnění a potřebu zdravotní péče reaguje velmi specifickým způsobem, komunikace musí být přesně směřována individuálně na klienta.

Vzhledem ke specifikované službě poskytované klientům konkrétní cílové skupiny je hrozba substitutů velmi nízká.

Vše je přehledně uvedeno v tabulce č. 8 Hrozba vstupu substitutů.

Tab. č. 7 Hrozba vstupu substitutů (vlastní zpracování)

Hrozba vstupu substitutů (nejnižší riziko – 1 bod, nejvyšší riziko – 5 bodů)		
Náklady na přechod k substituční službě	- Náklady jsou nulové pro klienta	4

Dostupnost substitutu	- Absence domácí zdravotní péče zaměřující se na specifickou klientelu	1
Existující substituty	- Péče poskytovaná jinou domácí péčí	1
Podobnost substitutů	- Absence substitutů	1
Celkem		7
Průměrné skóre		2

6.2.6 Vyhodnocení Porterovy analýzy pěti konkurenčních sil

Na závěr Porterovy analýzy, jak přehledně uvádí tabulka č. 9 Vyhodnocení Porterovy analýzy pěti konkurenčních sil, je zřejmé, že nejvyšší riziko je u vyjednávací síly dodavatelů, kteří mají velký vliv převážně v distribuci ochranných pracovních pomůcek. Soupeření mezi stávajícími poskytovateli služeb domácí péče je střední, stejně tak i hrozba nových konkurentů. Vyjednávací vliv klientů a hrozba vstupu substitutů je poměrně nízká.

Tab. č. 8 Vyhodnocení Porterovy analýzy pěti konkurenčních sil (vlastní zpracování)

Faktory	Nízká	Střední	Vysoká
Hrozba vstupu nových konkurentů		✓	
Soupeření mezi existujícími konkurenty		✓	
Vyjednávací síla dodavatelů			✓
Vyjednávací vliv klientů	✓		

Hrozba vstupu substitutů	✓		
--------------------------	---	--	--

6.3 SWOT analýza

SWOT analýza, jak uvádí Šimková (2012, s. 154), se provádí pro posouzení postavení organizace na trhu. Pomáhá zaměřit se na klíčové oblasti organizace. Její využití by mělo být při aktivním rozvíjení marketingové strategie, při budování silných stránek organizace, eliminace slabých stránek. Dále napomáhá k využívání příležitostí či případnému vypořádání se s hrozbami v okolí. SWOT analýza odpovídá na následující otázky:

- Jaké jsou silné stránky organizace, u kterých můžeme předpokládat jejich rozvoj?
- Zjištění slabých stránek a je nutné je eliminovat?
- Nabízejí se příležitosti a jejich využití?
- Hrozby, jež poznáme a dá se jim vyhnout?

Tab. č. 9 Matematický model SWOT analýzy (vlastní zpracování)

	PŘÍLEŽITOSTI						HROZBY							
	Transformace DOZP na chráněná bydlení	Rozšíření spektra nabízených služeb	Nové trendy v oblasti v DP	Podpora v oblasti vzdělávání	Účelové dotace	Reforma psychiatrické péče	Legislativní a politické faktory	Nedostatek personálu	Růst cen a energií	Nový konkurent	Nedostatečné zajištění dodavatelů	+	-	
HLAVNÍ SILNÉ STRÁNKY														
Lokalita s dobrou časovou dostupností	+	+	0	0	+	0	-	0	0	-	-	3	3	
Odhodlání pro službu	+	+	+	+	0	+	-	+	0	-	0	6	2	

Kvalifikovaný personál	0	+	+	+	+	+	+	-	0	-	0	6	2
Zkušenosti v oblasti péče	+	+	0	0	0	+	0	-	0	-	0	3	2
HLAVNÍ SLABÉ STRÁNKY													
Nově začínající firma	+	+	+	+	+	+	0	-	-	-	-	6	4
Nedostatečné personální zajištění	-	-	-	-	-	-	0	0	0	+	0	0	6
Platby zdravotních pojišťoven	-	-	0	0	0	0	-	-	-	-	0	0	6
Nedostatek prostředků na rozvoj služby	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	0	1 0
Nízká motivace nově nastupujícího personálu	-	-	-	-	0	-	0	0	0	-	0	0	6
Konkurence	+	+	+	-	0	-	0	0	0	-	-	3	4
+	5	6	4	3	3	4	1	1	0	1	0	5 5	
-	4	4	3	4	2	4	3	5	3	9	4		9 0

V tabulce č. 10 je uveden matematický model SWOT analýzy. Ke zpracování bylo využito třístupňové škály. Znaménkem (+) je hodnocen pozitivní vliv, znaménkem (-) negativní vliv. Pokud je rčení označeno škálou (0), nemá vzájemně ovlivňující charakter. Z matematického modelu SWOT analýzy vyplývají následující skutečnosti:

6.3.1 Hlavní silné stránky

Mezi hlavní silné stránky v nově začínající firmě v oblasti poskytování služeb domácí péče patří odhodlání zakladatele pro službu, kvalifikovaný personál, který je prolínán se zkušenostmi v oblasti poskytování péče klientům domova pro osoby se zdravotním postižením.

6.3.2 Hlavní slabé stránky

Nejvýznamnější část slabých stránek tvoří nedostatečné personální zajištění v důsledku nízké poptávky na pracovním trhu ze strany všeobecných sester, dále nedostatek finančních prostředků na rozvoj organizace, jenž je závislá na finančním zajištění zdravotními pojišťovny. Nízká motivace nově nastupujícího personálu může ovlivnit kvalitu poskytování služby.

6.3.3 Příležitosti

Mezi nejvýznamnější oblast příležitostí patří transformace domova pro osoby se zdravotním postižením na navazující spektrum poskytovaných služeb a jejich rozšiřování. Nové trendy v oblasti poskytování domácích služeb a vzdělávání v oblasti služeb. Účelové dotace vztahující se k oblasti služeb. Reforma psychiatrické péče a její deinstitucionalizace.

6.3.4 Hrozby

Jako významná hrozba je vnímán nedostatek personálu v oblasti zdravotní péče, se kterým se dlouhodobě potýká Zlínský kraj. V oblasti zajištění dodavatelů ochranných pomůcek pro domácí péči je spatřována hrozba taktéž. Legislativní a politické faktory mohou mít vliv na funkci domácí péče.

7 ZHODNOCENÍ ANALYTICKÉ ČÁSTI

Hlavním cílem analytické části bylo zhodnocení podmínek pro založení domácí péče ve vybraném kraji. K analýze bylo využito PEST analýzy, Porterovy analýzy pěti konkurenčních sil, na závěr SWOT analýza, jenž specifikuje prostředí nově vznikající organizace domácí péče.

Závěr: V současné době ve městě Otrokovice ve Zlínském kraji je pouze jedna organizace poskytující zdravotní péči formou domácí péče v přirozeném sociálním prostředí klienta, a to Oblastní spolek českého červeného kříže Zlínského kraje. Zaměřena je na klienty seniorského věku. Zbylé agentury domácí péče nezajišťují péči v oblasti města Otrokovice a přilehlých obcích. Agentura domácí péče, která by se věnovala přímo klientům s mentálním či kombinovaným handicapem nemá na trhu žádného zástupce. Po důkladném prostudování strategických dokumentů rozvoje sociálních a zdravotních služeb ve Zlínském kraji byla zjištěna skutečnost plánování kraje v oblasti transformace domovů pro osoby se zdravotním postižením na chráněná bydlení. Překážkou může být personální zajištění, kterého je v kraji velký nedostatek. Na základě výsledků SWOT analýzy je možno konstatovat využití příležitostí pomocí silných stránek, hrozby odvrátit za pomoci silných stránek.

8 PROJEKT ZALOŽENÍ DOMÁCÍ PÉČE

Projektová část vychází z fáze analytické, kdy byly zjištěny poznatky, které se aktivně aplikují do projektu. Cílem je návrh projektu k založení Domácí péče v ORP Otrokovice ve Zlínském kraji.

8.1 Založení domácí péče

Domácí péče ve Zlínském kraji je zakládána za účelem transformace domova pro osoby se zdravotním postižením, přednostně pro klientelu s mentálním či kombinovaným handicapem v Otrokovicích a jeho ORP, kdy část kapacity domova bude transformována na chráněné bydlení.

Dále pak celorepubliková deinstitucionalizace psychiatrických nemocnic, jejichž cílem je začlenění do komunitní péče klientů s dlouhodobými pobyty v psychiatrických nemocnicích a s jejich následnou destigmatizací a běžným sociálním začleněním. Nutné je aktivní zapojení a spolupráce s ošetřujícími lékaři (psychiatrie, praktický lékař).

Poskytování zdravotní péče v přirozeném domácím prostředí má být zajišťováno důstojně při zachování identity člověka. U velké části klientů díky dobré farmakoterapii a návaznosti služeb není nutné setrvávání v hospitalizaci. V současné době je kvitována léčba v komunitě a člověk tak může setrvat ve svém domově, být součástí přirozeného sociálního prostředí. Důležité je velké pochopení a respekt předávaný formou přímé i nepřímé podpory.

Celosvětová pandemie onemocnění COVID-19 způsobeného novým koronavirem SARS-CoV-2 je přímou ukázkou rizikovosti velkokapacitních zařízení sociálních služeb. Při zanesení virové nákazy procházejí tato zařízení velkými obtížemi. Větší koncentrace osob spojená s polymorbiditou klientů má za následek rychlé šíření viru s fatálními následky. Česká republika se snaží udělat v tomto směru velký krok vpřed a zřizování služeb domácí péče je jeho nedílnou součástí.

8.1.1 Popis zařízení

Jak již bylo uvedeno, zařízení bude poskytovat zdravotní péči klientům s mentálním či kombinovaným handicapem, dále i v rámci komunity péči klientům s různým typem psychiatrické diagnózy.

Forma péče bude vázaná na ošetřujícího lékaře a přesnou ordinaci výkonů, které budou předávány formou vyúčtování dávek na pojišťovnu měsíčně v odbornosti 925 sestra v domácí péči.

Nejvhodnější pro založení je forma ústavu v nestátní neziskové organizaci. Ústav je zakládán zakládací listinou a v názvu musí obsahovat slovo ústav.

Zakladatel ústavu: Bc. Andrea Vojtášková

Název ústavu: Espoir, z.ú.

Sídlo ústavu: Otrokovice

Účel ústavu a předmět činnosti: poskytování domácí zdravotní péče v přirozeném prostředí klienta.

Výše vkladu: 250 000 Kč

Statutární orgán: Ředitel

8.1.2 Procesní kroky k založení domácí péče

Při zakládání domácí péče je nutné nejprve podání žádosti o udělení licence k poskytování péče ve zdravotním oboru na krajském úřadě ve Zlíně. Správní řízení trvá 30 dnů, během období má možnost kraj žádat o doplnění chybějících dokladů. Do měsíce vydává kraj rozhodnutí. K žádosti je nutné doložení následujících dokumentů:

- Doklad o zřízení nebo založení právnické osoby
- Doklady o bezúhonnosti
- Doklad o způsobilosti k samostatnému výkonu zdravotnického povolání dle zákona č. 96/2004 Sb.
- Doklad o zdravotní způsobilosti
- Prohlášení odborného zástupce
- Doklad o tom, že odborný zástupce je v pracovněprávním nebo obdobném vztahu k poskytovateli
- Seznam zdravotnických pracovníků
- Pravomocné rozhodnutí o schválení provozního řádu vydaného orgánem ochrany veřejného zdraví a provozní řád
- Doklad k oprávnění žadatele užívat prostory k poskytování zdravotnických služeb

Během období, kdy probíhá schvalovací proces na krajském úřadu, je již vhodné navázání smluvních vztahů s pojišťovny. Zdravotní pojišťovny budou hlavním zdrojem příjmu. Před uzavřením smlouvy s pojišťovny prochází poskytovatel zdravotní péče výběrovým řízením, které je vyhlášováno příslušným krajským úřadem. Je nutné předem připravit dokumentaci, která je součástí výběrového řízení:

- Přihláška do výběrového řízení
- Návrh na výběrové řízení
- Příloha k výběrovému řízení

Po dokončení procesu výběrového řízení je na straně poskytovatele žádat zdravotní pojišťovny o sepsání smluv o úhradě poskytované péče. Zdravotní pojišťovna není povinná smlouvu s poskytovatelem uzavřít, ale k výsledkům výběrového řízení ve většině případů přihlíží. Je vhodné nasmlouvaní všech zdravotních pojišťoven působících na území České republiky.

8.2 Marketingový plán

Cílem marketingového plánu je dostat do povědomí obyvatel města Otrokovice a přilehlých obcí vznik nové agentury domácí péče, která bude mít primární ošetrovatelskou péči pro klientelu s mentálním handicapem., informovat je o formě poskytované služby, nabízených službách a o jejich ceně. Je nutné dále plně informovat ošetřující lékaře, a to jsou praktičtí lékaři, psychiatrická ambulance včetně Psychiatrické nemocnice Kroměříž a navázat kontakt s městem Otrokovice a oslovit okolní obce.

Cílová skupina klientů budou lidé s mentálním handicapem či kombinovaným handicapem, dále pak při rozšíření služeb po následné deinstitucionalizaci psychiatrické péče své zaměření rozšířit o jiné psychiatrické diagnózy, než je mentální retardace a komunitně spolupracovat na začlenění klientů po následném opuštění psychiatrické nemocnice s různou mírou podpory.

Ve Zlínském kraji, kde se ORP Otrokovice nachází, je domácí péče zaměřována výhradně na stárnoucí populaci, tudíž zde nenacházíme domácí péči zaměřující se na již zmiňovaný typ klientely, proto bude vhodné zaměření na nový trh. K tomu bude sloužit marketingový mix 4P: produkt, cena, distribuce, propagace, dříve popsáno v teoretické části.

8.2.1 Produkt

Poskytování služeb domácí péče lze v tomto případě označit za produkt. Klientela se specifickými potřebami dle stupně mentálního handicapu a přidružených onemocnění bude využívat různé míry podpory ze strany domácí péče, což bude mít přímou návaznost na multidisciplinární tým, který je součástí transformace domovů pro osoby se zdravotním postižením na chráněná bydlení.

Podstatou práce všeobecné sestry v domácí péči je na počátku zhodnocení v rámci týmu potřeby klienta na zdravotnický personál, následuje předpis dané péče ošetřujícím lékařem na určité období maximálně 3 měsíce nebo ošetřujícím lékařem z hospitalizace na maximální období 14 dnů, kde indikuje lékař přesně typ ošetrovatelských výkonů, které všeobecná sestra následně provádí a vykazuje na příslušnou zdravotní pojišťovnu klienta. Cílem domácí péče v odbornosti 925 je poskytnutí domácí zdravotní péče v přirozeném sociálním prostředí při zachování plné důstojnosti člověka.

Jako doplňková péče může být nabídnuta péče o umírající klienty při indikaci signálního kódu ošetřujícího lékaře.

8.2.2 Cena

Všechny výkony při ošetřování klienta budou plně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Výkony jsou přesně stanoveny vyhláškou č. 269/2019 Sb., která přiřazuje k jednotlivým výkonům indikovaným ošetřujícím lékařem bodové ohodnocení, které jsou předkládány příslušné zdravotní pojišťovně klienta pro tvorbu dávek při předání měsíčního vyúčtování služeb.

Měsíční sestava výkonů u klientů by měla být taková, aby pokryla provoz domácí péče a zajistila případný zisk pro organizaci.

8.2.3 Distribuce

Domácí péče bude soustředěna ve městě Otrokovice z důvodu strategické polohy, kdy převážná část klientely bude zde a částečně v přilehlých obcích.

Vzhledem k typu poskytované péče v přirozeném sociálním prostředí bude docházet personál do domovů klientů a sídlo domácí péče bude sloužit k plánování péče, skladu materiálu, vybavení a jako kancelář.

Provozní doba bude 7 dnů v týdnu včetně sobot, nedělí a svátků od 6 do 18 hod.

Pracovní úvazek všeobecných sester bude 1,0 tj. 40 hodin týdně nepravidelně rozvržených 12 hodinových směn. Řídit se bude dle dlouhodobého plánu směn na celý rok.

8.2.4 Propagace

V propagaci se bude muset zaměřit na ordinace ošetřujících lékařů, webové stránky města Otrokovice a přilehlých obcí po následné dohodě a navázání kvalitní spolupráce.

Propagace na vlastních webových stránkách.

Prezentace na různých konferencích a stážích, což je nyní následkem celosvětové pandemie covid – 19 značně omezeno.

Umístění reklamy na regionálních televizích a v tisku.

8.3 Finanční plán

Finanční plán je součástí celkového plánu. Nastává zde propojení všech aktivit s kvantifikovaným finančním cílem, tím vyjadřuje plán činností v peněžních jednotkách. Přehledná ukázka toho, jak budou zabezpečeny aktivity a jednotlivé činnosti cílů služby neziskové organizace (Pelikánová, 2016, s. 56).

Před zahájením činnosti je nutné sestavení plánu, upřesňovat příjmy, výdaje, náklady a výnosy organizace na provoz dané služby. Dále pak časový harmonogram realizace samotného projektu, případné provedení rizikové analýzy projektu.

8.3.1 Plán nákladů spojených se vznikem Domácí péče

Náklady spojené se vznikem Domácí péče zahrnují celkové finanční náklady, které jsou s tím spojeny. V tabulce č. 10 jsou uvedeny náklady, které je třeba učinit před zahájením provozu služby. Pořízení vybavení, náklady na věcné, technické vybavení, dále počítačový software a další položky, jež přímo souvisejí s domácí péčí.

Tab. č 10 Vstupní náklady na vybavení (vlastní zpracování)

Položka	Cena (Kč)
Psací stůl	3 000 Kč
Kancelářská židle	2 000 Kč
Notebook	24 000 Kč

Položka	Cena
Tablet	8 000 Kč
Software	10 000 Kč
Laserová tiskárna	5 500 Kč
Mobilní telefon	5 000 Kč
Židle pro návštěvu	1 400 Kč
Lednice	3 000 Kč
Teploměr do lednice	1 000 Kč
Bezdotykový teploměr	800 Kč
Osobní váha	200 Kč
Tonometr	2 000 Kč
Glukometr	400 Kč
Fonendoskop	500 Kč
Pulsní oxymetr	400 Kč
Dávkovač mýdla	200 Kč
Kartotéka	2 500 Kč
Věšák	800 Kč
Kancelářské potřeby	2 000 Kč
Zdravotnický batoh	3 400 Kč
Správní poplatky	1 600 Kč
Elektro kolo	30 000 Kč
Automobil (akontace)	42 000 Kč
Celkem	149700 Kč

Vybavení bude pořízeno z vlastních zdrojů zakladatele, automobil bude financován formou operativního leasingu s akontací 10 %, což je 21 000 Kč.

Náklady na provoz zařízení

V tabulce č. 11 jsou náklady na provoz služby, které budou pravidelně vynakládány.

Tab. č. 11 Náklady na provoz domácí péče (vlastní zpracování)

Položka	Náklady/ rok	Náklady/ měsíc
Záloha na dodávku vody a stočného	6 000 Kč	500 Kč
Záloha na dodávku tepla	18 000 Kč	1 500 Kč
Záloha na dodávku elektrické energie	14 400 Kč	1 200 Kč
Telekomunikační služby	18 000 Kč	1500 Kč
Odvoz biologického odpadu	2 400 Kč	200 Kč
Svoz komunálního odpadu	5 760 Kč	480 Kč
Mzdy	2 508 480 Kč	209 040 Kč
Nájem	85 380 Kč	7 115 Kč
Materiál zdravotnický	72 616,92 Kč	6 051,41 Kč
Leasing	72 000 Kč	6 000 Kč
Celkem	2 803 036,92 Kč	233 586,41 Kč

Do nákladů domácí péče jsou zahrnuty náklady na zálohy na energie, vodné a stočné, svoz odpadu komunálního a biologického odpadu. Odvoz odpadu bude zajišťován firmou RTT, a.s.

Telekomunikační služby bude zajišťovat firma Vodafone Czech Republic a.s. za tarif 1 500 Kč.

Mzda všeobecné sestry je stanovena na 27 000 Kč měsíčně. Celkové mzdové náklady po započítání zdravotního pojištění, jehož výše je 2 430 Kč (9 %), a sociální pojištění 6 750 Kč (25 %), jsou stanoveny na 36 180 Kč. Potenciální odměny budou stanoveny dohodou mezi zaměstnavatelem a zaměstnancem. Mzda účetní je 21 000 Kč měsíčně. Celkové náklady na

mzdu činí 28 140 Kč po započítání zdravotního pojištění 9 %, což je 1890 Kč, sociální pojištění 5 250 Kč.

Nájem na provoz domácí péče je odhadem tržního nájmu ve městě Otrokovice cena 7115 Kč za 30 m² za nebytové prostory.

Variabilní materiálové výdaje

Variabilní materiálové výkony se mění dle poskytnutých výkonů u jednotlivých klientů a počtu klientů za období.

Tab. č. 12 Přehled variabilních nákladů (vlastní zpracování)

Název	Cena/Kč/s DPH
Rukavice – Nitrylex 200ks/bal.	196,32
Respirátor FFP2/KN95 5Ks/bal	383,00
Respirátor FFP3 1Ks/bal	349,00
Rouška jednorázová 100Ks/bal	500,00
Ochranný oblek 1Ks/bal	149,00
DermaPlast injection sensitive po injekci - 4cmx1, 6cm 250ks/bal.	126,50
Omniplast Hospital - náplast na cívce 5cmx9,1m 10ks/bal.	598,74
Peha-fix elast. obin. 6cmx4m, 100ks/bal.	537,00
Gázové komprese 17nití, 5 cm x 5 cm nesterilní 100Ks/bal	22,05
Zetuvit, nesterilní savé kompresy, jednotlivě zatavené, 10x10cm 30ks/bal	129,55
Gázový tampon stáčený, nesterilní, 12/12 10ks/bal	70,82
Mastný tyl sterilní vaselinum album 7.5x7.5 cm 5ks/bal	14,74
Injekční jehla jednorázová Microlance BD 21 G 1 1/2" zelená 0,8x40 mm 100ks/bal	61,00
Injekční jehla jednorázová Microlance BD 22 G 1 1/4" černá 0,7x30mm 100ks/bal	61,00
Stříkačka BD Discardit 5ml 100ks/bal	113,00

Jednorázová stříkačka vyplachovací, sterilní, 100ml, JANETT 1ks	42,04
Nádoba na kontaminovaný odpad, plast. 0,5l 1ks	18,84
Nelaton močový katétr, jednorázový 40 cm, CH 22 1ks	6,28
Nelaton močový katétr, jednorázový 40 cm, CH 20 1 ks	6,28
Nelaton latexový katétr, dvojitý, 36 cm balónek 5-10 ml, CH 22 1ks	25,27
Nelaton latexový katétr, dvojitý, 36 cm balónek 5-10 ml, CH 20	25,27
Melsept SF dezinfekce povrchů a ploch 1l	245,74
Softasept N barevný 1l	218,69
Celkem	3900,13

8.3.2 Plán příjmů

Příjmy domácí péče budou zajišťovány úhradou zdravotními pojišťovny za jednotlivé výkony. Další zajištění finančních zdrojů je nutné prostřednictvím fundraisingu, jenž bylo zmíněno v teoretické části.

Vyhláška č. 269/2019 Sb., seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů (Česko, 2019), zde jsou uvedeny indexy domácí péče odbornosti 925 pro nositele výkonů nelékařských zdravotnických pracovníků poskytující péči ve vlastním sociálním prostředí klienta. Pro plán příjmů využijeme index 2 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Tabulka č. 13 odhadované maximální množství výkonů u klienta s nejběžnějšími výkony a obvyklou frekvencí. Hodnota 1 bodu je 1,07 Kč.

Tab. č. 13 Odhad měsíčních výkonů na jednoho klienta hrazených zdravotní pojišťovnou (vlastní zpracování)

Název výkonu	Počet bodů/výkon	Cena/Kč	Denně/Kč	Týdně/Kč	Měsíčně/Kč
Ošetrovací návštěva – Typ I. - 06313 max. frekvence 3x denně	202	216,14	648,42	4538,94	19452,6
Odběr biologického materiálu – 06323 max. frekvence 3x denně	15	16,05	48,15	337,05	1445,5
Aplikace naordinované parenterální terapie pro zajištění hydratace, energetických zdrojů a léčby bolesti – 06325 max. frekvence 3x denně	21	22,47	67,41	471,87	2022,3
Ošetření stomii – 06327 max. frekvence 3x denně	23	24,61	73,83	516,81	2214,9
Lokální ošetření – 06329 max. frekvence 3x denně	21	22,47	67,41	471,87	2022,3
Klyzma, výplachy, cévkování, laváže, ošetření permanentních katetrů – 06331 max. frekvence 3x denně	22	23,54	70,62	494,34	2118,6
Aplikace inhalační a léčebné terapie p.o., s.c., i.m., i.v. eventuálně další způsoby aplikace terapie a instalace léčiv – 06333 max. 3x denně	5	5,35	16,05	112,35	481,5
Nácvik zaučování aplikace inzulínu – 06335 max. 30x měsíčně	7	7,49	7,49	52,43	224,7
Signální výkon ošetrovatelská péče o klienta v terminálním stádiu – 06349 -ruší omezení frekvenci výkonů	0	0	0	0	0
Celkem					29982,4

V domácí péči bude ošetřeno v případě optimistické varianty průměrně 24 klientů denně s bodovým hodnocením podle typu výkonů 465 120 bodů, což se rovná 497 678,4 Kč měsíčně, jak je uvedeno v tab. č. 14. V takovém případě by chod domácí péče nebyl ohrožen.

Tab. č. 14 Optimistická varianta (vlastní zpracování)

	I. kvartál	II. kvartál	III. kvartál	IV. kvartál	Celkem
Čistící a dezinfekční prostředky	4 000,-	3 500,-	4 000,-	4 000,-	15 500,-
Zdravotnický materiál	11 624,58	11 624,58	11 624,58	11 624,58	46 498,32
Pohonné hmoty	5 000,-	5 000,-	4 500,-	5 000,-	19 500,-
Kancelářský materiál	1 500,-	500,-	1 500,-	1 500,-	5 000,-
Celkem	22 124,58	20 624,58	21 624,58	22 124,58	86 498,32
Elektrická energie	3 600,-	3 600,-	3 600,-	3 600,-	14 400,-
Voda	1 500,-	1 500,-	1 500,-	1 500,-	6 000,-
Tepelná energie	4 500,-	4 500,-	4 500,-	4 500,-	18 000
Nájem	21 345,-	21 345,-	21 345,-	21 345,-	85 380,-
Odpady	680,-	680,-	680,-	680,-	2 720,-
Telefon	4 500,-	4 500,-	4 500,-	4 500,-	18 000,-
Leasing	6 000,-	6 000,-	6 000,-	6 000,-	24 000,-
Celkem	42125,-	42125,-	42125,-	42125,-	168500,-
Mzdové náklady na personál	627 120,-	627 120,-	627 120,-	627 120,-	2 508 480,-
Celkem	627 120,-	627 120,-	627 120,-	627 120,-	2 508 480,-
Výnosy za výkony ZP	1 493 035,2	1 493 035,2	1 493 035,2	1 493 035,2	5 972 140,8
Náklady	691369,58	689869,58	690869,58	691369,58	2763478,32
Hospodářský výsledek	801665,62	803165,62,-	802165,62,-	801665,62,-	3208662,48

V případě pesimistické varianty bude ošetřeno 12 klientů za den, tedy 74 832 bodů za měsíc, jak je uvedeno v tab. č. 16 Pesimistická varianta. Zde by byl ohrožen provoz domácí péče a vhodným dofinancováním domácí péče je jiný zdroj financování než pouze platby zdravotních pojišťoven.

Tab. č. 15 Pesimistická varianta (vlastní zpracování)

	I. kvartál	II. kvartál	III. kvartál	IV. kvartál	Celkem
Čistící a dezinfekční prostředky	4 000,-	3 500,-	4 000,-	4 000,-	15 500,-
Zdravotnický materiál	11 624,58	11 624,58	11 624,58	11 624,58	46 498,32
Pohonné hmoty	5 000,-	5 000,-	4 500,-	5 000,-	19 500,-
Kancelářský materiál	1 500,-	500,-	1 500,-	1 500,-	5 000,-
Celkem	22 124,58	20 624,58	21 624,58	22 124,58	86 498,32
Elektrická energie	3 600,-	3 600,-	3 600,-	3 600,-	14 400,-
Voda	1 500,-	1 500,-	1 500,-	1 500,-	6 000,-
Tepelná energie	4 500,-	4 500,-	4 500,-	4 500,-	18 000
Nájem	21 345,-	21 345,-	21 345,-	21 345,-	85 380,-
Odpady	680,-	680,-	680,-	680,-	2 720,-
Telefon	4 500,-	4 500,-	4 500,-	4 500,-	18 000,-
Leasing	6 000,-	6 000,-	6 000,-	6 000,-	24 000,-
Celkem	42125,-	42125,-	42125,-	42125,-	168500,-
Mzdové náklady na personál	627 120,-	627 120,-	627 120,-	627 120,-	2 508 480,-
Celkem	627 120,-	627 120,-	627 120,-	627 120,-	2 508 480,-
Výnosy za výkony ZP	240 210,72	240 210,72	240 210,72	240 210,72	960 842,88
Náklady	691369,58	689869,58	690869,58	691369,58	2763478,32
Hospodářský výsledek	- 451158,86	- 449658,86	- 450658,86	- 451158,86	- 1802635,44

Realistická varianta bude uvedena v tabulce č. 17, zde je zobrazován kladný výsledek, kterým by bylo zajištěno plynulé poskytování domácí péče, kdy by byly zaměstnancům vyplaceny odměny a mohl by pokračovat kvalitní rozvoj služby. Bodové hodnocení za jeden měsíc je 300 255 bodů, to odpovídá 321 272,85 Kč.

Tab. č. 16 Realistická varianta (vlastní zpracování)

	I. kvartál	II. kvartál	III. kvartál	IV. kvartál	Celkem
Čistící a dezinfekční prostředky	4 000,-	3 500,-	4 000,-	4 000,-	15 500,-
Zdravotnický materiál	11 624,58	11 624,58	11 624,58	11 624,58	46 498,32
Pohonné hmoty	5 000,-	5 000,-	4 500,-	5 000,-	19 500,-
Kancelářský materiál	1 500,-	500,-	1 500,-	1 500,-	5 000,-
celkem	22 124,58	20 624,58	21 624,58	22 124,58	86 498,32
Elektrická energie	3 600,-	3 600,-	3 600,-	3 600,-	14 400,-
Voda	1 500,-	1 500,-	1 500,-	1 500,-	6 000,-
Tepelná energie	4 500,-	4 500,-	4 500,-	4 500,-	18 000
Nájem	21 345,-	21 345,-	21 345,-	21 345,-	85 380,-
Odpady	680,-	680,-	680,-	680,-	2 720,-
Telefon	4 500,-	4 500,-	4 500,-	4 500,-	18 000,-
Leasing	6 000,-	6 000,-	6 000,-	6 000,-	24 000,-
Celkem	42125,-	42125,-	42125,-	42125,-	168500,-
Mzdové náklady na zdravotnický personál	627 120,-	627 120,-	627 120,-	627 120,-	2 508 480,-
Celkem	627 120,-	627 120,-	627 120,-	627 120,-	2 508 480,-
Výnosy za výkony ZP	963 818,55	963 818,55	963 818,55	963 818,55	3 855 274,2
Náklady	691369,58	689869,58	690869,58	691369,58	2763478,32
Hospodářský výsledek	272448,97	273948,97	272948,97	272448,97	1091795,88

8.4 Cost – benefit analýza

Subjekty, kterých se bude projekt dotýkat:

- DOZP
- Zlínský kraj
- ORP Otrokovice
- Zdravotní pojišťovny
- Obyvatelé ORP Otrokovice

Pro domovy osob se zdravotním postižením plánující transformaci na chráněná bydlení nebo již chráněné bydlení pro osoby s mentálním či kombinovaným handicapem poskytující je založení domácí péče a její následná dostupnost pro klientelu přínosná. Pro klienta, který potřebuje například převaz rány denně, aplikaci injekcí nebo konzultaci svého zdravotního stavu s nelékařskými pracovníky, bude domácí péče plně komfortní službou.

Zlínský kraj ve svém dlouhodobém plánu podporuje vznik chráněných bydlení pro klienty pobytových služeb v rámci transformace. Spolupráce Zlínského kraje a ORP Otrokovice s nově vznikající domácí péčí, jenž má přímou návaznost na plánovanou transformaci, je nedílnou součástí projektu.

Zdravotní pojišťovny jsou největším zdrojem financování domácí péče za úkony, které předepisuje ošetřující lékař klienta na poukaz pro všeobecnou sestru, ta výkony provádí a následně každý měsíc předává ve formě dávek příslušné zdravotní pojišťovně klienta. S konkrétní pojišťovnou musí mít poskytovatel zdravotních služeb sepsanou smlouvu o poskytované péči a její úhradě.

Domácí péče bude cílená na klientelu s mentálním handicapem či kombinovanými vadami. Pokud to kapacita umožní, mohla by být péče do budoucna poskytována i ostatním zájemcům o službu z ORP Otrokovice.

8.5 Analýza rizik projektu

Vznik domácí péče v oblasti ORP Otrokovice sebou přináší svá rizika. Je na zakladateli, aby analyzoval, co se stává pro provoz služby přijatelné a co již nikoliv. Je nutné znát frekvenci vzniku rizika a důležitost rizika. Díky kvalitní identifikaci rizik může management navrhnout vhodná opatření k eliminaci těchto rizik.

Expertním hodnocením, jehož nástrojem je matice hodnocení rizik, lze uplatnit ke stanovení významnosti rizik, která dle Fotra a Součka (2010, s. 158-165) lze kvantifikovat obtížně či jsou nekvantifikovatelné. Za pomoci matice hodnocení rizik založené na expertním hodnocení rizik pracovníky, kteří jsou zkušení a mají znalosti v této oblasti. Podstatou je posouzení rizik s využitím hodnocení matice rizik. Využití spočívá v tom, že významnost je posuzována za pomoci dvou hledisek. Mezi první z nich řadíme pravděpodobnost vzniku rizika a druhým je intenzita dopadu na vznik projektu. Určité riziko je významnější, čím pravděpodobnější je jeho výskyt a čím vyšší je intenzita dopadu v případě výskytu v projektu.

Jednotlivá rizika projektu jsou vyčíslena v tabulce č. 17. Výsledná hodnota významnosti rizika je stanovena jako součin ohodnocení významnosti konkrétního rizika a zhodnocení jeho negativního dopadu.

Hodnocení rizika v číselném vyjádření je na lineární stupnici s 5 stupni následovně:

Velmi nízká pravděpodobnost – 1

Nízká pravděpodobnost – 2

Střední pravděpodobnost – 3

Velká pravděpodobnost – 4

Obzvlášť vysoká pravděpodobnost – 5

V případě hodnocení velikosti dopadů bylo využito mocninové stupnice, zde hodnocení stupně je vždy dvojnásobkem hodnocení předchozího nižšího stupně:

Nízký dopad – 1

Znatelný dopad – 2

Podstatný dopad – 4

Znatelný dopad – 8

Vysoký negativní dopad – 16

Tab. č 17 Riziková analýza projektu (vlastní zpracování)

Riziko	Ohodnocení pravděpodobnosti					Ohodnocení intenzity negativního dopadu					Výsledek
	1	2	3	4	5	1	2	4	8	16	
Nedostatek personálu			X						X		24
Nízká spolupráce s ORP Otrokovice		X						X			8
Nedostatek klientů			X						X		24
Nedostatek prostředků na projekt			X					X			12
Riziko zásahu vyšší moci	X								X		8
Nenavázání smluv se zdravotními pojišťovnami			X							X	48

Hodnocení rizika:

1-10 minimální dopad

11-20 znatelný dopad

21-30 znatelný dopad

31-80 vysoký negativní dopad

8.5.1 Nedostatek personálu

Při nedostatečném personálním zajištění domácí péče může být ohrožen provoz s dopadem na poskytovanou péči. Při vyhledávání nových pracovníků na trhu práce je nutné využít všech možných prostředků k propagaci webové pracovní portály, úřad práce, Job Centrum UTB Zlín, místní inzertní službu.

Znatelný dopad.

8.5.2 Nízká spolupráce s ORP Otrokovice

Za předpokladu transformace DOZP s podporou Zlínského kraje nevzniká předpoklad s navázáním spolupráce a vytvořením dlouhodobých vztahů mezi nově vznikající domácí péčí a Otrokovicemi.

Minimální dopad

8.5.3 Nedostatek klientů

Při nedostatečném zajištění klientelou v domácí péči by byl ohrožen provoz. Klientela by měla přicházet společně s transformacemi DOZP na chráněná bydlení, bohužel není předem známa míra podpory u všech klientů, může mít i kolísavý charakter. Jedná se o lidský faktor, jenž nelze plně ovlivnit.

Znatelný dopad.

8.5.4 Nedostatek prostředků na projekt

Vstupní kapitál bude tvořen z vlastních prostředků zakladatele, což může být ohroženo neefektivním zacházením s finančními prostředky. Již na počátku musí být minimalizována finanční částka na náklady na projekt a efektivně využívána s tvorbou finanční rezervy. Jako další bude využito leasingu na zakoupení automobilů nutných k provozu domácí péče.

Znatelný dopad.

8.5.5 Riziko zásahu vyšší moci

K zásahům vyšší moci lze řadit nepředvídatelné události, jenž byly neodvratitelné a jejich vznik má za následek škodu z technických nebo přírodních důvodů. K jejich eliminaci je vhodné důsledné dodržování BOZP, pravidelné revizní kontroly využívané přístrojové techniky.

Minimální dopad.

8.5.6 Nenavázání smluv se zdravotními pojišťovnami

Navázání smluvního vztahu se zdravotními pojišťovnami má pro domácí péči klíčovou roli, zřízení i provoz by byl ohrožen značně. Je nutná kvalitní a profesionální komunikace mezi poskytovatelem služby a zdravotními pojišťovnami.

Vysoký negativní dopad.

8.6 Časová analýza

Časová analýza je velmi důležitou součástí projektu. V tabulce č. 19 je uveden harmonogram a fáze projektu.

Tab. č. 18 Harmonogram projektu (vlastní zpracování)

Číslo úkolu	Název úkolu	Termín realizace projektu
1	Zpracování projektu pro založení domácí péče	Říjen až prosinec 2020
2	Podání žádosti o licenci na Zlínském kraji	Leden 2021
3	Navázání smluvního vztahu se zdravotními pojišťovnami	Únor 2021
4	Propagace domácí péče v tisku a okolních obcích	Březen až duben 2021
5	Výběrové řízení na pozici všeobecné sestry a účetní	Březen až duben 2021
6	Uzavření smluv nutných k provozu domácí péče	Březen 2021
7	Nákup vybavení	Duben 2021
8	Uzavření smluv se zaměstnanci a proškolení	Květen 2021
9	Plánování péče u konkrétních klientů	Duben až Květen 2021
10	Zahájení provozu	Červen 2021

Tab. č. 19 Ganttův diagram (vlastní zpracování)

Úkol/měsíc	10/2020	11/2020	12/2020	01/2021	02/2021	03/2021	04/2021	05/2021	06/2021
Zpracování projektu pro založení domácí péče									
Podání žádosti o licenci na									

Časový plán je znázorněn za pomoci Ganttova diagramu v tab. č. 19. V horizontálních sloupcích je uvedeno období a název plánovaného úkolu je vertikálně. Některé kroky realizace budou překrývány z důvodu současného provedení. Zahájení kroků k realizaci provozu domácí péče bude v říjnu 2020 a její uvedení do provozu v červnu 2021.

9 ZHODNOCENÍ PROJEKTU

Cílem projektu diplomové práce je založení domácí péče ve Zlínském kraji se zaměřením na ORP Otrokovice s přímou návazností na vytvoření chráněného bydlení po transformaci domova pro osoby se zdravotním postižením. Cílovou skupinu budou tvořit lidé s mentálním či kombinovaným handicapem.

Ekonomická udržitelnost je závislá na počtu klientů a jejich ošetření za den, dle typu výkonů, které indikuje ošetřující lékař. Výkony jsou následně předávány pojišťovně formou dávek 1x měsíčně k jejich následné úhradě. Provoz domácí péče bude převážně hrazen z těchto plateb pojišťoven. Pokud nebude dostatečné finanční zajištění z výkonů, bude nutné přistoupit k řešení finančního zajištění provozu za pomoci jiné formy prostředků z dotací od Zlínského kraje, od města Otrokovice, sponzoring, dárcovství.

Analýza rizik upozorňuje na možná rizika projektu při zakládání domácí péče. Byl sestaven plán na eliminaci rizik a jejich případné zmírnění, jenž by mělo za následek ovlivnění kvality poskytované péče.

Z časové analýzy je zřejmé, že uvedení projektu do praxe je možné během devíti měsíců od zpracování projektu.

Závěr: Předložený projekt je možno realizovat v praxi.

ZÁVĚR

Hlavním cílem diplomové práce je vytvoření projektu k založení domácí péče ve Zlínském kraji s místem působení poskytované služby ORP Otrokovice.

Diplomová práce je tvořena ze dvou základních částí. Z části teoretické a části praktické. V teoretické části se nachází přehled odborné literatury, která je zaměřena na charakteristiku služby domácí péče a její vývoj. Zpracování tématiky sociální služby a zdravotnictví. Zpracování teoretických poznatků z oblasti neziskových organizací, zřízení nestátní neziskové organizace a její financování. Popis marketingu služeb, marketingový mix. Poslední část práce byla zaměřena na popis analýzy mikro a makro prostředí.

Na teoretickou část poznatků navazuje praktická část, která je tvořena z části analytické a části projektové. Analytickou část tvoří provedení analýzy v oblasti poskytování domácí péče ve Zlínském kraji a ORP Otrokovice. K zhodnocení makroprostředí bylo využito PESTE analýzy. Za pomoci Porterovy analýzy pěti konkurenčních sil, byla zjištěna konkurence schopnost nově vznikající domácí péče. SWOT analýza přibližuje silné a slabé stránky domácí péče včetně příležitostí a hrozeb, jež působí z vnějšího prostředí. Z výsledků bylo zjištěno, že mezi silné stránky je možno řadit lokalitu nově vznikající domácí péče, zkušenosti zakladatele v oblasti poskytování péče o cílovou skupinu klientů. Mezi slabé stránky lze zařadit finanční závislost na pojišťovnách, nedostatek kvalifikovaného personálu na trhu. Projektová část obsahuje marketingový a finanční plán s identifikací nákladů spojených se vznikem domácí péče a jejím následným provozu. Personální obsazení k nezbytnému zajištění provozuschopnosti služby, materiální a technické vybavení. Na základě výsledků nákladových, časových a rizikových analýz bylo zjištěno, že projekt domácí péče ve Zlínském kraji v lokalitě ORP Otrokovice je možno aplikovat do praxe.

Pohled celé České republiky se mění na poskytování péče ve velkokapacitních ústavech a dochází postupně k pozvolné deinstitucionalizaci obdobných zařízení. Celkový proces transformace je časově i finančně náročný. Je nutné mít k takové vizi tým lidí, kteří si přejí dosáhnout transformací k výraznému zlepšení kvality života osob s různým handicapem. Při splnění všech podmínek a aktivní týmové práce nastává pozvolný proces transformace.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BÁRTLOVÁ, Sylva. *Komunitní ošetrovatelství pro sestry: učební text pro sestry v komunitní péči*. Vyd. 1. Editor Marie MARKOVÁ. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009, 152 s. ISBN 978-80-7013-499-3.
- BOROVSKÝ, Juraj a Eva SMOLKOVÁ, 2013. *Marketing ve zdravotnictví*. 2., přeprac. vyd. V Praze: České vysoké učení technické. ISBN 978-800-1054-130.
- BOUKAL, Petr, 2009. *Nestátní neziskové organizace: (teorie a praxe)*. V Praze: Oeconomica. ISBN 978-802-4516-509.
- DOHNALOVÁ, Marie, 2012. *Sociální ekonomika, sociální podnikání: podnikání pro každého*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika. ISBN 978-807-3572-693.
- FOTR, Jiří a Ivan SOUČEK, 2011. *Investiční rozhodování a řízení projektů: jak připravovat, financovat a hodnotit projekty, řídit jejich riziko a vytvářet portfolio projektů*. [4. vyd.]. Praha: Grada. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-3293-0.
- GLADKIJ, Ivan, 2003. *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví: řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví: kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*. Brno: Computer Press. Praxe manažera (Computer Press). ISBN 80-722-6996-8.
- KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva RÁŽOVÁ, c2007-. *Sociální služby a příspěvek na péči: komentář, právní předpisy ...* [4. vyd.]. Olomouc: ANAG. Práce, mzdy, pojištění. ISBN 978-80-7263-405-7.
- KRÁTKÁ, Anna a Gabriela ŠILHÁKOVÁ, 2008. *Ošetrovatelství v komunitní péči*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978-807-3187-262.
- KOTLER, Philip a Kevin Lane KELLER. *Marketing management*. 15th edition. Boston: Pearson, c2016, 692 s. ISBN 978-013-3856-460.
- KOTLER, Philip a Kevin Lane KELLER, 2013. *Marketing management*. [4. vyd.]. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4150-5.
- KUZNÍKOVÁ, Iva, 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4736-761.
- KOŽUCHOVÁ, Mária, 2014. *Domáca ošetrovatel'ská starostlivosť*. Martin: Osveta, spol. s. r. o. ISBN 978-80-8063-414-8.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4732-244.

- MESSER, Barbara a Kevin Lane KELLER, 2016. *100 tipů pro plánování domácí ošetrovatelské péče*. [4. vyd.]. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-802-7102-150.
- NOVOTNÝ, Jiří a Martin LUKEŠ, 2008. *Faktory úspěchu nestátních neziskových organizací*. Praha: Oeconomica. ISBN 978-802-4514-734.
- PELIKÁNOVÁ, Anna, 2016. *Účetnictví, daně a financování pro nestátní neziskovky: (teorie a praxe)*. Praha: Grada Publishing. Účetnictví a daně (Grada). ISBN 978-802-4756-998.
- PILÁT, Miroslav, 2015. *Komunitní plánování sociálních služeb v současné teorii a praxi*. Praha: Portál. ISBN 978-802-6209-324.
- STAŇKOVÁ, Pavla, 2013. *Marketingové řízení nemocnic*. Žilina: Georg. ISBN 978-808-9401-642.
- ŠATERA, Karel, 2012. *Zdravotní pojištění a ekonomika*. Vyd. 2., upr. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978-807-4541-353.
- ŠEDIVÝ, Marek a Olga MEDLÍKOVÁ, 2017. *Úspěšná nezisková organizace*. 3., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada. Manažer. ISBN 978-802-7102-495.
- ŠIMKOVÁ, Eva, 2012. *Management a marketing v praxi neziskových organizací*. Vyd. 5., upr. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-807-4352-300.
- TURNER, Kenneth J. *Advances in home care technologies: results of the MATCH project*. Washington, DC: IOS Press. Assistive technology research series v. 31, c2012, 213 s. ISBN 978-1-61499-126-7.
- VICAN, Tomáš, Jiří VANĚK a Vratislav KOZÁK, 2012. *Formulace business strategie v oblasti zdravotnictví*. Zlín: VeRBuM. ISBN 978-808-7500-293.

INTERNETOVÉ ZDROJE

- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2020 *Nejnovější údaje Zlínský kraj* [online]. Praha: Český statistický úřad. [cit. 2020-07-20]. Dostupné z <https://www.czso.cz/csu/xz/1-xz>.
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2020 *Výsledky zdravotnických účtů ČR – 2010-2018* [online]. Praha: Český statistický úřad. [cit. 2020-07-20]. Dostupné z <https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-2010-2018>.
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2020 *SO ORP Otrokovice* [online]. Praha: Český statistický úřad. [cit. 2020-07-20]. Dostupné z https://www.czso.cz/csu/xz/so_orp_otrokovice.
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2020 *Statistický bulletin – Zlínský kraj - 1. čtvrtletí 2020 Otrokovice* [online]. Praha: Český statistický úřad. [cit. 2020-06-20]. Dostupné z https://www.czso.cz/csu/czso/e-zamestnanost-a-nezamestnanost-vsps_
- Zdravotní pojišťovny. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha2, c2010 [cit. 2020-07-11]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/zdravotni-pojistovny_3307_29.html.
- Základní charakteristika kraje. *Zlínský kraj*[online]. Zlín, [cit. 2020-07-16]. Dostupné z <https://www.kr-zlinsky.cz/zakladni-charakteristika-kraje-cl-3685.html>.
- ČESKO, © 2010-2019. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. [cit. 2020-06-20]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.
- ČESKO, © 2010-2019. Zákon č. 96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů. *Zákony pro lidi.cz* [online]. [cit. 2020-06-19]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>.
- ČESKO, ©2010-2019. Zákon č. 160/1992 Sb., zákon České národní rady o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. *Zákony pro lidi.cz* [online]. [cit. 2020-06-19]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-160>.
- ČESKO, ©2010-2019. Zákon č. 185/2001 Sb., Zákon o odpadech a o změně některých dalších zákonů. *Zákony pro lidi.cz* [online]. [cit. 2020-06-26]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2001-185>.
- ČESKO, ©2010-2019. Vyhláška MZČR č. 440/2000 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavu sociální péče. *Zákony pro lidi.cz* [online]. [cit. 2020-06-21]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-440>.

- ČESKO, ©2010-2019. Vyhláška č. 269 ze dne 18. října 2019, kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. *Zákony pro lidi.cz* [online]. [cit. 2020-06-21]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2019-269>.
- ČESKO, ©2010-2019. Vyhláška č. 49/1993 Sb., vyhláška ministerstva zdravotnictví České republiky o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení. *Zákony pro lidi.cz* [online]. [cit. 2020-06-21]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-49>.
- ČESKO, ©2010-2019. Vyhláška č. 306/2012 Sb., Vyhláška o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. *Zákony pro lidi.cz* [online]. [cit. 2020-06-20]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-306>.
- ČESKO, ©2010-2019. Zákon č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách. *Zákony pro lidi.cz* [online]. [cit. 2020-07-20]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.
- ČESKO, ©2010-2019. Zákon č. 109/2006 Sb., Zákon, kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách. *Zákony pro lidi.cz* [online]. [cit. 2020-07-20]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-109>.
- ČESKO, ©2010-2019. Zákon č. 206/2009 Sb., Zákon, kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony. *Zákony pro lidi.cz* [online]. [cit. 2020-07-20]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-206>.
- ČESKO, ©2010-2019. Zákon č. 117/1995 Sb., Zákon o státní sociální podpoře. *Zákony pro lidi.cz* [online]. [cit. 2020-07-20]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1995-117>.
- ČESKO, ©2010-2019. Vyhláška č. 505/2006 Sb., Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. *Zákony pro lidi.cz* [online]. [cit. 2020-07-20]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>.
- ČESKO, ©2010-2019. Vyhláška č. 239/2009 Sb., Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. *Zákony pro lidi.cz* [online]. [cit. 2020-07-20]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-239>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ČSÚ	Český statistický úřad.
č.	Číslo.
ČR	Česká republika.
DP	Domácí péče.
DOZP	Domov osob zdravotně postižených.
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí.
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky.
MZ	Ministerstvo zdravotnictví.
NOZ	Nový občanský zákoník.
ORP	Obec s rozšířenou působností.
Sb.	sbírka

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Obecně geografická mapa OS ORP Otrokovice.....	45
Obrázek 2 Porterova analýza pěti konkurenčních sil.....	47

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Výdaje na zdravotní péči v České republice dle zdrojů financování.....	41
Tabulka 2 Výdaje na zdravotní péči v letech 2010-2017.....	43
Tabulka 3 Hrozba vstupu nových konkurentů.....	49
Tabulka 4 Soupeření mezi existujícími konkurenty.....	50
Tabulka 5 Vyjednávací síla dodavatelů.....	52
Tabulka 6 Vyjednávací vliv klientů.....	53
Tabulka 7 Hrozba vstupu substitutů.....	54
Tabulka 8 Vyhodnocení Porterovy analýzy pěti konkurenčních sil.....	55
Tabulka 9 Matematický model SWOT analýzy.....	56
Tabulka 10 Vstupní náklady na vybavení.....	64
Tabulka 11 Náklady na provoz domácí péče.....	66
Tabulka 12 Přehled variabilních nákladů.....	67
Tabulka 13 Odhad měsíčních výkonů na jednoho klienta hrazených zdravotní pojišťovnou.....	69
Tabulka 14 Optimistická varianta.....	71
Tabulka 15 Pesimistická varianta.....	72
Tabulka 16 Realistická varianta.....	73
Tabulka 17 Riziková analýza projektu.....	72
Tabulka 18 Harmonogram projektu.....	77
Tabulka 19 Ganttův diagram.....	77

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Výdaje neziskových institucí na zdravotní péči ve zvolených zemích EU.....	40
---	----

