

Univerzita Karlova
Fakulta humanitních studií

Program řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Marta Doleželová, DiS.

Podnikatelský plán pro vznik nového mobilního hospice

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Pavla Povolná, Ph.D.

Praha 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 25. června 2022

Marta Doleželová

Poděkování

Mé díky patří zejména paní Mgr. Pavle Povolné, Ph.D. za její odborné vedení, veškerou podporu a čas, který mi věnovala v poskytnutých konzultacích. Současně děkuji všem lidem a přátelům, věnujícím se paliativní hospicové péči, kteří mi byli oporou, rádci a směřovali mé úsilí. Na závěr děkuji Lukášovi, za dlouholetou trpělivost v čase studia.

OBSAH

ABSTRAKT	6
ABSTRACT.....	7
I. ÚVOD.....	8
II. TEORETICKÁ ČÁST	12
1 ZÁKLADNÍ PRINCIPY, CHARAKTERIZUJÍCÍ PALIATIVNÍ A HOSPICOVOU PÉČI.....	12
1.1 Formy a rozdělení Paliativní péče	13
1.2 Hospicová péče.....	20
1.3 Hospic.....	23
2 SPECIFIKA PODNIKÁNÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	27
2.1 Legislativní opora hospicové péče v ČR	29
2.1.1 Ekonomický rozměr nákladů pro hospic obecně.....	33
2.2 Právní formy mobilních hospiců	35
2.3 Náležitosti potřebné ke vzniku mobilního hospice.....	38
2.3.1 Založení ústavu	38
2.3.2 Registrační povinnost daňového subjektu	39
2.3.3 Povinnosti zaměstnavatele.....	40
2.3.4 Registrace poskytovatele zdravotní péče.....	41
2.3.5 Registrace poskytovatele sociálních služeb	42
3 PROJEKTOVÉ ŘEŠENÍ ZALOŽENÍ MOBILNÍHO HOSPICE.....	43
3.1 Postup založení a účel mobilního hospice.....	43
3.2 Hygienické požadavky	44
3.3 Technické vybavení.....	45
3.4 Management team a personální zabezpečení.....	45
3.4.1 Specifika role sestry v paliativním týmu	48
3.5 Marketingový plán.....	50
3.5.1 Cílová skupina uživatelů služeb	51
3.5.2 Marketingový mix 4P	51
3.5.3 Umístění (distribuce)	52
3.5.4 Cena služby.....	52

3.5.5	Komunikační mix	53
3.6	Provozní plán.....	54
3.7	Finanční plán	55
3.7.1	Analýza bodu zvratu	59
III.	PRAKTICKÁ ČÁST	62
4	Cíl práce.....	63
4.1	Metodologie.....	63
4.1.1	Metody a techniky a sběru dat	64
4.1.2	Průběh výzkumu a analýza získaných dat	64
4.1.3	Dotazníkové šetření	64
4.1.4	Rozhovory s managementem mobilních hospicových zařízení.....	65
4.2	Výsledky dotazníkového šetření.....	66
4.2.1	Výsledky kódovaných rozhovorů	70
4.2.2	Závěry rozhovorů.....	72
4.3	Analýza konkurence MSPP v Praze	76
4.4	SWOT analýza.....	77
4.5	Modelový plán mobilního hospice Praha	78
5	Diskuze	81
IV.	ZÁVĚR.....	83
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJE	86
	SEZNAM ZKRATEK	94
	SEZNAM TABULEK S GRAFY.....	96

ABSTRAKT

Předmětem diplomové práce je oblast hospicové paliativní péče, přičemž cílem se stává postup, sestavování a hodnocení podnikatelského plánu pro vznik nového mobilního hospice v hlavním městě České republiky, v Praze. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je řešeno systematické a komplexní objasnění problematiky paliativní medicíny v systému zdravotnictví a definice důležitých aspektů v procesu podnikatelského plánování ve vztahu k danému tématu a specifik poskytování služby v paliativní zdravotnické péči. K naplnění cíle jsou v praktické části využity empirické podklady z průzkumu terénu vybraných mobilních hospiců a prostřednictvím polostrukturovaných dotazníků a rozhovorů jsou identifikovány bariéry, jež dotazované organizace hodnotí jako problémové a které jsou cenným zdrojem informací pro budoucí praxi nově vznikajících hospicových zařízení. Tyto zkušenosti jsou v závěru praktické části práce vyhodnoceny a stávají se podkladem k sestavení konkrétního podnikatelského záměru pro novou službu.

Klíčová slova: hospic, mobilní specializovaná paliativní péče, paliativní péče, podnikatelský plán - vytvoření nové služby (mobilní hospic).

ABSTRACT

The subject of this thesis is the area of hospice palliative care, the aim of which is the procedure, compilation and evaluation of a business plan for the establishment of a new mobile hospice in the capital of the Czech Republic, Prague. The thesis is divided into the theoretical and practical parts. The theoretical part deals with a systematic and comprehensive clarification of the issue of palliative medicine in the health care system and the definition of important aspects in the process of business planning in relation to the topic and the specifics of providing a service in palliative healthcare. In order to achieve the objective, the practical part uses empirical evidence from a field survey of selected mobile hospices and identifies, through semi-structured questionnaires and interviews, the barriers that the interviewed organisations evaluate as problematic and which are a valuable source of information for the future practice of newly established hospice facilities.

These experiences are evaluated at the end of the practical part of the thesis and become the basis for the development of a specific business plan for the new service.

Keywords: business plan - the creation of a new service (mobile hospice), hospice, mobile specialist palliative care, palliative care.

I. ÚVOD

Téma diplomové práce je věnováno hospicové paliativní péči a zaměřuje se na vytvoření konkrétního podnikatelského záměru pro nově vznikající mobilní hospic v Praze.

Impulesem pro výběr tématu se stal můj osobní zájem o obor paliativní hospicové péče, ve kterém je již běžné, že se komplexní pečující tým stará o fyzické tělo pacienta, stejně jako o jeho psychický stav a pozornost zaměřuje také k sociálním a spirituálním oblastem. Tento holistický přístup péče zdravotníků není samozřejmostí v každém oboru, i když jistě v každém by se prostor pro uplatňování zásad paliativní péče našel. Perspektiva pracovat v jednom z takových zařízení, jejichž filosofie péče o člověka je mi blízká, se staly důvodem pro to, proč jsem se zvolené téma rozhodla zpracovat. První informace o paliativní hospicové péči, jsem získala prostřednictvím duchovní obnovy (duchovní cvičení neboli exercicie k prohloubení víry, setkání ve společenství) ve Vranově u Brna s představitelkami hospicového hnutí v ČR Marií Svatošovou a Janou Sieberovou, právě tyto momenty sehrály před několika lety zásadní úlohu v mém rozhodování a směřování dalšího profesního života. Navštěvovala jsem ve svém volném čase zejména jeden vybraný mobilní hospic a učila se od zdravotníků podstatě služby, jako dobrovolník jsem docházela ke starým opuštěným lidem do pražského domova pro seniory. Dar víry v Boha osobně vnímám také v konkrétních situacích v profesním životě jako všeobecná sestra a opakovaně jsem v reálné praxi u nemocného, umírajícího nabyla přesvědčení, že tohle je má cesta.

Dle veřejně dostupných údajů Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, (dále jen APHPP) asociace, sdružující hospice v ČR a přispívající k pozitivní proměně vztahu české společnosti ke smrti a umírání), je síť hospicových zařízení v České republice stále nedostatečná, a konkrétně v Praze je zapotřebí jejich navýšení. Dle APHPP je totiž zapotřebí disponovat optimálně 1 domácím, tedy mobilním hospicem na 100 tisíc obyvatel, dalším parametrem, určujícím potřebu a rozmístění mobilních hospiců z hlediska dostupnosti je dojezdová vzdálenost mobilního týmu do 30 km. Pokud tedy známe počet obyvatel metropole České republiky s více nežli 1,3 milionem obyvatel, víme, že tři takové instituce, které v současnosti na území Prahy působí, nezvládají pokrýt poptávku po péči o umírající. Výše uvedené důvody (kapacitní nedostatek mobilní specializované hospicové péče) spolu s mým profesním a osobním zájmem, mne přivedly k myšlence zpracovat proces přípravy vzniku mobilního hospice, který má perspektivu realizace v blízké budoucnosti.

Význam rozšiřování sítě mobilní specializované paliativní péče, (dále jen MSPP), se opírá o stále opakované a ve společnosti rezonující téma stárnutí populace a očekávaný růst počtu seniorů a chronicky nemocných i umírajících, proto je nezbytné se v blízké budoucnosti více zabývat konkrétními kroky, zejména tím, jakou kvalitu péče o nemocné v poslední etapě života budeme poskytovat, a jak zachováme a budeme respektovat důstojnost a posvátnou hodnotu života našich nemocných. To bude vyžadovat vytvoření širší sítě kvalitních služeb hospicové péče ve všech krajích a regionech. Dosavadní péče zejména o starší populaci je ve většině případů poskytovaná rutinně, v domovech seniorů s ohledem na výkon a péči

o vyšší počty nemocných při nedostatečném počtu zdravotníků. Kvalita s obsazeností personálu má vliv na důstojné a spokojené žití seniorů. Je třeba v systémech zdravotních a sociálních služeb změnu způsobu uvažování, nejen o hodnotách finančních, rychlosti výkonu v čase, ale také o kvalitě a důstojném přístupu k individualitě nemocného člověka.

Teoretická část práce podává přehled problematiky obecné paliativní medicíny, osvětluje její podstatu a upozorňuje na její přínos a pozici v rámci systému zdravotní péče. V další části teorie se podrobně zaměřuje na konkrétní rysy, parametry a podmínky poskytování hospicové péče, zejména mobilní specializované paliativní péče, které by měly být součástí nastavení procesů v organizaci, která se chystá uvést v život mobilní hospic a zajistit poskytování tohoto druhu péče.

V myšlence, že hospic je zdravotně sociální zařízení, tedy bychom mohli dle jednotlivých fází textu používat oslovení „uživatel služby“, či klient“ pro sociální část, a výraz označení „pacient“ pro zdravotní část. Avšak pro účely této práce a zaměření celkového obsahu textu, bude zvolen jednotný termín pro fyzickou osobu, které jsou poskytovány komplexní služby – pacient.

Praktická část diplomové práce navazuje na teorii, zkoumá a analyzuje klíčové momenty úspěchů a problematických oblastí vzniku hospice jako organizace. Zde jsou využity zkušenosti, příklady a zkušenosti pracovníků z reálné praxe 4 fungujících mobilních hospiců v ČR. Za pomoci těchto zjištění je utvořen konkrétní podnikatelský plán dle cíle zadání práce.

Pokud bychom již před samotným podnikatelským plánem v této oblasti zdravotnictví uvažovali pragmaticky, bylo by nasnadě hovořit o podnikatelsky dopředu ztraceném, možná nezajímavém projektu. Tehdy bychom ale hovořili o úspěšnosti podnikání pouze z hlediska finančního zisku. V našich myslích máme totiž přirozené spojení mezi úspěchem v podnikání a vysokým finančním ziskem, nejsme zvyklí uvažovat o úspěchu jako přidané

hodnotě podnikání, jejíž podstatou je důvěra, spokojení klienti a to, co popisuje ve své knize Vědomý business (Kofman, 2017) obchodník, který své podnikání založil na dobrých vztazích s klienty. Podstata Kofmanových úspěchů by se nejspíše dala zobecnit do termínu: „podnikání s vědomím smyslu“, založené na dobrých a čestných vztazích všech zúčastněných aktérů (Kofman, 2010), [cit. 2022-03-28]). Motorem, který pohání paliativní týmy kupředu, nepochází z touhy finančně se obohatit, úspěšnost vyměřují počty spokojených rodin, jež jim s důvěrou svěřili péči o svého blízkého při

odcházení z tohoto světa. Prostřednictvím zpětné vazby od klientů a jejich rodin dostávají pečující odpověď na smysluplnost své služby.

Toto specifické odvětví medicíny stojí výhradně na lidském úsilí a schopnostech, síle překonat překážky, které ze zkušeností již sdílených, se nevyhnuly zřejmě žádnému z doposud sloužících mobilních hospiců v České republice. Zdá se, že takové organizace, s vysokým podílem iniciativních, kompetentních a odhodlaných lidí, má ve zdravotnickém sektoru velkou šanci uspět. Na tuto úvahu o zaručení úspěchu na základě plnění potřeb pacientů a jejich blízkých však nutně navazuje úvaha o zajištění provozu instituce/organizace a vazby na financování péče a její úhradu cestou smlouvy s pojišťovnami, které jsou plátcí péče.

Hlavní ambicí práce je vytvoření podnikatelského záměru takřkajíc na míru a použití v reálné praxi a konkrétních podmínkách v Praze. Smysl mému úsilí dává jeho reálnost, kdy inspirací a modelem je mi aktuálně připravovaný projekt nově vznikajícího Křížovnického mobilního hospice svaté Anežky České. Zároveň zde také rozvíjím teoretické poznatky

z oblasti studia managementu včetně dlouholeté zdravotnické praxe v roli všeobecné sestry u lůžka. Protože v současné praxi je stále odbornou i laickou veřejností využíván již legislativně (podle zákona č. 95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností, je tento zdravotnický pracovník označován jako všeobecná sestra) nezakotvený termín *zdravotní sestra*, pro účely této práce bude užíván termínu sjednocujícího zkráceného „sestra“.

Ve všech oblastech strategického plánování, kdy je potřeba definovat cíle, používáme metodu SMART a ověřujeme, že námi vytyčené cíle jsou konkrétní, měřitelné, dosažitelné, relevantní a časově ohraničené. Konkrétním cílem je vytvoření podnikatelského plánu, který se stane:

- S - smysluplným projektem (pro uživatele služeb, jejich rodiny i profesionální pečující)
- M - měřitelným na základě připravených podkladů, a bude rovněž
- A - dosažitelným po splnění plánovaných součástí projektu
- R - relevantním v rámci podpory rozvoje paliativní péče v ČR
- T - termínovaným, předpokládám 2 letý časový horizont k potřebným přípravám a úspěšnému otevření provozu organizace.

Osobní motiv a uvědomění si bariér a překážek spolu s pochopením organizace jako celku, stojí v popředí mého zájmu, přičemž očekávaným výsledkem je také odborná příprava pro budoucí pracovní uplatnění z dosavadní role sestry pečovatelky na sestru, která je součástí managementu, přesahujícího v komplexním uvažování hranice zdravotnického a sociálního sektoru. Porozumění principům úspěšného hospodaření, znamená dobrý začátek a připravenost pro nově vznikající jakoukoliv aktivitu jednotlivce i organizace. Pouze s jasnou vizí, ve které jsou formulovány všechny výše uvedené atributy poskytování mobilní specializované paliativní péče prostřednictvím mobilního hospice, jsme schopni tvořit efektivní plány, reagovat na změny v jednotlivých bodech podnikatelského plánu a být schopni udržet organizaci provozuschopnou.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁKLADNÍ PRINCIPY, CHARAKTERIZUJÍCÍ PALIATIVNÍ A HOSPICOVOU PÉČI

Volání po důstojném umírání i důstojné smrti je zcela adekvátní reakcí na neutěšenou situaci umírajících lidí. Doporučení Rady Evropy č. 1448/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících“ vyzývají evropské členské státy k zajištění vyškoleného ošetřujícího personálu k poskytování profesionální multidisciplinární péče. Důstojné umírání, je podporováno evropskými strategiemi, které se ve svých prohlášeních a dokumentech, dotýkají paliativní a hospicové péče. Doporučení formulovaná ve strategických dokumentech evropských institucí a organizací, zabývajících se paliativní péčí na národní úrovni, jsou jasným udáním směru, kudy by se členské státy měly ubírat v oblasti paliativní péče. Jedná se zejména o následující dokumenty: (Tomeš a kol., 2015)

- Charta práv nevléčitelně nemocných a umírajících,
- Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči,
- Doporučení Výboru ministrů členských států Rady Evropy o organizaci paliativní péče,
- Evropská sociální charta Rady Evropy,
- Listina základních práv EU,
- a další.

Dle Listiny základních práv Evropské unie, která se ratifikací Lisabonské smlouvy stala součástí primárního práva Evropské unie, je lidská důstojnost nedotknutelná. Je nutné ji respektovat a chránit, a to od narození až do samotné smrti, tudíž nevyjímaje terminální fázi života. Bohužel ukazuje se však, že v rámci systému péče–postrádáme služby, které dokáží poskytnout tolik potřebnou péči umírajícím. Takovou péči konkrétně poskytují hospice, a to jak doma (tedy ve vlastním sociálním prostředí pacienta tzv. mobilní hospice), tak v ústavech („kamenných zařízeních“). Obecně jich je velmi nízký počet a dle dostupných dat jsou schopné poskytovat služby pouze pro asi 3 % umírajících lidí. Bohužel obecně je možné konstatovat, že péče veřejného sektoru o nevléčitelně nemocné a umírající a celkově i jeho podpora hospicům u nás není na dostatečné úrovni. Paliativní

hospicová péče zdaleka není dostupná pro všechny, kteří by ji potřebovali. Tento typ péče zpravidla poskytují církevní a občanské společnosti s entusiasmem. Nutná je ovšem mnohem širší veřejná podpora, aby mohlo dojít k výraznému zlepšení péče o nevléčitelně nemocné a umírající. Jednoznačně je tak zapotřebí prosazovat principy kvalitní paliativní péče v soustavě zdravotních a sociálních služeb a snažit se zlepši informovanost jak odborné, tak i laické veřejnosti o možnostech paliativní a hospicové péče. (Tomeš a kol., 2015). Vhodná forma, jak přiblížit práci paliativního týmu širšímu auditoriu, byla zvolena kupříkladu tvůrci filmu *Jednotka intenzivního života* (režie A. Komrží, 2021), jejichž zpracování ukazuje pohled medicínský a velmi citlivě také pohled do pacientovy duše. I v naší společnosti, (laické a kupodivu i odborné) stále panuje předsudek, že návštěva lékaře – paliatra, značí „konečnou zastávku života“, smrt. Pro pochopení role, hlavních úkolů a poslání paliativní péče je tedy zapotřebí osvěta laické veřejnosti, a stejně tak osvěta zdravotníků, neboť i v ostatních oborech medicíny je žádoucí principy paliativní péče aplikovat. Ve svých přednáškách MUDr. O. Kopecký, paliatr a intenzivista, jenž založil 1. Klinikou paliativní medicíny v České republice a svými aktivitami prosazuje principy paliativní péče v klinické praxi, apeluje na lékaře i zdravotníky, k pěstování citlivosti a vnímavosti k potřebám pacientů, aby se tak do budoucna formovala nová generace pečujících lékařů a zdravotníků.

1.1 Formy a rozdělení Paliativní péče

"Paliativní péče se netýká zdaleka jenom ordinací praktických lékařů nebo onkologických oddělení a klinik v nemocnicích. Je potřeba ji poskytovat všude, kde se pacienti se závažným život ohrožujícím onemocněním vyskytují, a všude, kde pacienti umírají. Samozřejmě všichni pacienti nemají stejnou potřebu paliativní péče. Někteří stonají klidněji, stačí občasná jednoduchá úprava terapie."(Svoboda, Herle, 2019, s. 18).

Pro jasné formulování je nezbytné základní členění paliativní péče –

- *obecná*
- *specializovaná*

Zásadní a větší část péče, kolem 80 % náleží do obecné paliativní péče, která se odehrává kupříkladu v ambulancích primární péče, dále ve specializovaných ambulancích péče, která jsou poskytována v lůžkových zařízeních dlouhodobé péče

a pobytová zařízení sociálních služeb. Zbývajících asi 20 % spadá do tzv. specializované paliativní péče, která je komplexnější a tomu odpovídá i její náročnost. Takovou formou péče se stává specializovaná ambulantní péče, kterou poskytuje ambulantní specialista paliatr, nebo lůžková péče, poskytovaná v oboru paliativní medicíny a nakonec zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta, tedy MSPP, (mobilní specializovaná paliativní péče) (Svoboda, Herle, 2019, s. 18).

Do obecné paliativní péče je možné zahrnout prakticky poskytování péče jakéhokoliv zdravotníka a lékařů všech odborností, avšak právě proto, že tato oblast sebou nese velkou časovou vytiženost a nasazení multidisciplinárního týmu, vznikla specializovaná paliativní péče jako samostatný lékařský nastavbový obor – Paliativní medicína (vyhláška č. 185/2009 Sb. o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a o oborech certifikovaných kurzů, ve znění pozdějších předpisů). Lékař, který získal atestaci v tomto oboru, je specialistou – paliatrem, má zvláštní odbornou způsobilost k výkonu povolání a je garantem péče u daného poskytovatele zdravotních služeb.

Výhodou poskytovatelů specializované paliativní péče je, že komplexní podpora fyzické, psychosociální a duchovní oblasti pacienta, je možná přímo od zaměstnanců jednoho týmu, který efektivně spolupracuje.

V podobě obecné paliativní péče se setkáváme nejčastěji s péčí *praktického lékaře*, (dále jen PL) který defacto provází velkou část života každého občana ve zdraví (preventivní péči) i nemocí (diagnostické a terapeutické péči). Zná také obecné principy a postupy paliativní medicíny. Nejen že sleduje a ošetřuje základní akutní a chronická onemocnění pacienta, ale je schopen léčby bolesti, nastavení základního plánu péče, edukace a nasměrování ke specializovaným pracovištím.

Dále se v rovině obecné paliativní péče setkáme u *agentur domácí péče*, která zabezpečuje pravidelné návštěvy sestry v domácím prostředí pacienta a je schopna zajistit základní zdravotní úkony, kam patří převazy ran, aplikace injekcí, odběry krve a další. Zpravidla tyto služby neposkytují hygienickou péči o pacienta, ta je zajišťována z oblasti sociálních služeb pečovatelskou službou. Tato forma služby je uplatňována na základě poukazu od PL nebo ošetřujícího lékaře v nemocnici za dobu hospitalizace a hrazena z veřejného zdravotního pojištění, (dále jen Veř. ZP). Poslední možností je péče poskytovaná *geriatrickou ambulancí*. Odbornost nazývaná geriatric se zabývá problematikou stárnutí.

Na veřejném informačním portále pro nemocné, pečující a pozůstalé jsou dostupné a pravidelně aktualizované seznamy paliativních služeb v ČR, pomocí přehledné mapy ČR,

zobrazující počty a lokalizace jednotlivých zařízení. (Informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé, 2022). [cit. 2022-04-15])

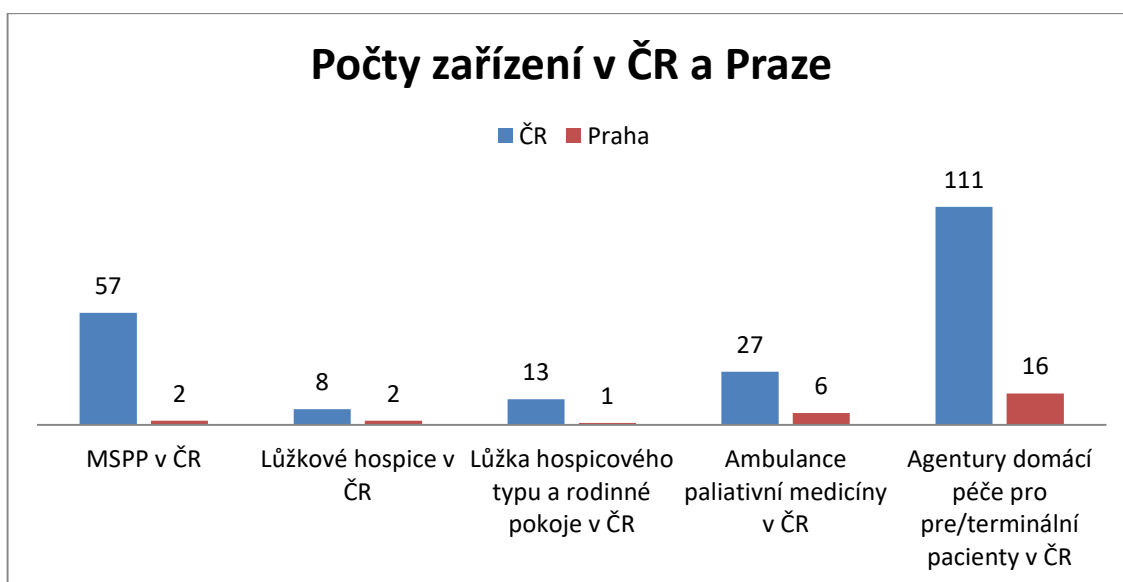
Konkrétně v metropoli Praha a jejím okolí poskytují paliativní péči také některá z lůžek v nemocnicích, kupříkladu Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského, několik lůžkových hospiců, mobilní hospice a ambulance paliativní péče. V některých pražských nemocnicích fungují konziliární paliativní týmy, např. ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady a ve Všeobecné fakultní nemocnici. (Informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé, 2022, [cit. 2022-04-15])

Tabulka 1: Počty zařízení obecné i specializované PP péče v ČR a v Praze

MSPP v ČR	Lůžkové hospice v ČR	Lůžka hospicového typu a rodinné pokoje v ČR	Ambulance paliativní medicíny v ČR	Agentury domácí péče pro pacienty vyžadující péči v T/PT stavu v ČR
57 Praha – 2	8 Praha – 2	13 Praha - 1	27 Praha - 6	111 Praha 16

Zdroj: (Informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé, 2022), vlastní zpracování

Graf 1: Počty zařízení v ČR a Praze



Zdroj: (Informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé, 2022), vlastní zpracování

Tabulka 2: Vybrané formy PP a její specifika

Obecná PP (80-90%)	Specializovaná PP (10-20%)	Nemocniční PP	Mobilní specializovaná PP – domácí hospic	Lůžkový hospic
Léčebný plán se pravidelně upravuje dle klinického stavu a přání pacienta	Komplexní řešení komplikovaného stavu pacienta, vyžadující péči nad rámec běžného oddělení a ordinace praktického lékaře	Péče o pacienty na různých odděleních nemocnice, pracují také s rodinou pacienta	Domácí prostředí pacienta Poskytuje multiprofesní tým	Co největší přiblížení domácímu prostředí pacienta Odbornostně stejná péče jako MSPP + pobytové služby
Počet zařízení v ČR s obecnou PP je nízký	Oddělení paliativní péče Ambulance paliativní medicíny Domácí hospice	Nemocnice, léčebny	24 hodin, 7 dní v týdnu služby zdravotní (výjezd lékaře nebo sestry), služby podpůrné, poradenské	Rodina má neomezené možnosti návštěv pacienta
Praktický lékař Agentury domácí péče	Lůžkové hospice Konziliární týmy paliativní péče	Hrazeno z Veř. ZP Nadstandardní služby hradí pacient	Pozůstalostní péče	Doporučení na poukaz PL nebo specialista nebo žádost rodiny
Zdravotní část možno hradit z veř. ZP	Denní stacionáře Zvláštní zařízení paliativní péče jako poradny, tísňové linky a další. Zdravotní část možno hradit z veř. ZP, záleží na smluvním vztahu mezi poskytovatelem a ZP		Zdravotní část možno hradit z veř. ZP Záleží na smluvním vztahu mezi poskytovatelem a ZP	

Zdroj: (Fórum mobilních hospic, 2022), vlastní zpracování

Tabulka 3: Paliativní a hospicová péče v tabulce 7 K

Kdo (poskytovatel péče)	Odborný multiprofesionální paliativní tým složený z lékařů, sester, sociálních pracovníků, psychoterapeutů, pastoračních pracovníků, dobrovolníků.
Komu (uživatel péče)	Každému, kdo potřebuje tišit známky nevléčitelného onemocnění nebo umírání, bez rozdílu věku (konečná stadia chronických orgánových selhání, onkologická onemocnění, polymorbidní geriatriční pacienti a jiné).
Kde (instituce/komunita/vlastní - sociální prostředí pacienta)	Mobilní hospic, lůžkový hospic, paliativní oddělení nemocnice.
Kolik času (režim poskytování péče)	Mobilní, lůžkový hospic – 24/7.
Kolik financí	veř. ZP, záleží však na konkrétním smluvním vztahu mezi poskytovatelem a ZP + pacient musí splňovat indikační kritéria pro úhradu zdravotní části služby z veř. ZP, tzv. PPS skóre, méně než 40%
Kontraindikace a limity poskytnutí péče	Mobilní hospic – kapacita rodiny pečovat Odmítnutí ze strany pacienta
Kýžený benefit pro uživatele služeb	Podpora pacienta v klidném umírání, podpora rodiny a příbuzných v truchlení, individuální doprovázení, setkání pozůstalých

Zdroj: (Cesta Domů, 2022), vlastní zpracování

Podle Arnoldové (2016) je možné obecně rozeznávat tyto tři uvedené formy hospicové péče:

Mobilní hospic – je jinak nazýván také domácí hospicová péče. Jeho smyslem je pomoci nevléčitelně nemocným pacientům prožít poslední okamžiky svého života důstojným způsobem a v obklopení rodiny. V případě domácí hospicové péče navštěvují lékaři a sestry, jako i psychologové, pastorační a sociální pracovníci, nemocného přímo u něj doma. Předpokladem je nicméně zapojení rodiny do péče o nemocného. (Arnoldová, 2016, s. 71) a to v podstatě odlišuje tento typ péče od formy klasické domácí péče.

Doktorka Svatošová (2011, s. 11), vůdčí osobnost českého hospicového hnutí píše, že právě mobilní hospic představuje ideální formu hospicové péče. Bohužel však ne v každé situaci je tato forma realizovatelná. Za jednu z největších překážek je možné považovat především dlouhodobou náročnost a následné vyčerpání rodiny. Určitou úlohu však může sehrávat i zhoršení stavu nemocného člověka, který je spojen s náročným ošetřováním

pro pečující. Pochopitelně velmi problematické může být i samotné bydliště pacienta, tudíž dostupnost této služby.

Podle M. Kupky (2014, s. 31) je zcela zřejmé, že většina umírajících lidí se bude zdaleka nejlépe cítit právě doma, alespoň se týče psychické stránky. Navíc skutečností je, že v jisté fázi začíná nemocniční pobyt jednoduše ztrácet smysl. Je to především v těch případech, kdy léčba určená pro odstranění bolesti a dalších obtíží pacienta je realizovatelná rovněž v domácích podmínkách. Vhodným pacientem pro mobilní hospicovou péči je člověk, který si přeje opustit nemocnici či hospic, avšak zároveň se může spolehnout na pomoc ze strany své rodiny. Rodina se naopak o tohoto člověka starat chce, resp. až na malé výjimky je tato skutečnost téměř vždy jistá. Autor dodává, že celkově existují dva základní druhy domácí hospicové péče:

- home help – tato forma hospicové péče je realizována ze strany laiků,
- home care – tato forma hospicové péče je realizována ze strany profesionálů a v podmínkách našeho státu znamená domácí péči. Poskytují ji agentury domácí péče a to všem klientům bez výjimky věkové kategorie, kteří potřebují ošetrovatelskou domácí zdravotní péči, ať už krátkodobě nebo dlouhodobě.

Pokud už se však rodina rozhodne pro poskytnutí domácí péče, je zapotřebí poskytnout jí pomoc. Potřebná je v tomto případě jak psychická tak praktická pomoc. Určité úkony týkající se ošetřování se rodinní příslušníci učí za asistence zdravotníků a stávající se tak laickými ošetrovateli pro své blízké v době nepřítomnosti zdravotníka. Nakonec je možné dodat, že v České republice se aktuálně rozvíjí systém komplexní domácí péče, přičemž její rozsah určuje lékař. Potřebné penzum sociální pak stanovuje taktéž odborník/instituce daného oboru, což je v tomto případě: (Kupka, 2014, s. 31)

- sociální pracovník,
- psycholog
- lůžkový hospic – je poskytovatel zdravotních služeb - lůžkové péče, poskytující neustálou péči pacientům ve stádiu nevléčitelné nemoci v případě, že již došlo k vyčerpání dalších možností léčby. Jedná se o takové zařízení, v rámci kterého je nemocnému člověku kromě samotné péče poskytováno i ubytování. Tato forma hospicové péče je poskytována zejména v těch případech, kdy je zapotřebí paliativní péče, avšak z nejrůznějších důvodů není možné ji zabezpečit v prostředí domova. Mezi nejčastější důvody patří zejména tyto uvedené: (Arnoldová, 2016, s. 71 - 72)

- rodina se o nemocného nezvládá postarat, resp. na to nestačí,
- rodina si to nemůže dovolit,
- rodina neprojevuje zájem.

Za zmínku stojí slibně vyhlížející projekt manželů Vlčkových, který bude realizován prostřednictvím jejich rodinné nadace v průběhu 5 let v Praze. Konkrétně se jedná o zbudování dětského lůžkového hospice. V plánech se počítá také se zřízením celého objektu, střediska paliativních služeb. Právě odlehčovací, respitní služby nejsou obsaženy v zákoně o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. a nejsou tak hrazeny z veř. ZP. Tato forma služby není totiž zdravotní, ale sociální, a tak je zakotvena v zákoně o sociálních službách 108/2005 Sb. Maximální výše úhrady plateb jsou obsaženy ve vyhlášce č. 505/2005 Sb §10. Poskytnutí těchto služeb v plánovaném projektu, umožní rodinám, aby si mohly jako pečující odpočinout. Přípravy a konkrétní plány se týkají navíc zbudování zázemí pro pečující rodiče, komunitní centrum pro aktivity a vzdělávací akce paliativní péče, místa pro setkávání a organizování tematických seminářů.

- Denní stacionář – v rámci této zdravotní služby je poskytován denní pobyt těžce nemocným lidem, přičemž během dne dochází k provádění některých léčebných postupů, jako je například: (Arnoldová, 2016, s. 72)
- infuze,
- fyzioterapie,
- psychoterapie,
- ergoterapie.

Pacienti jsou do stacionáře zpravidla přijímáni ráno či odpoledne a naopak na noc pak odjíždí zpátky domů. Doprava je obvykle zajištěna ze strany rodiny nemocného, avšak výjimkou není ani zajištění ze strany samotného hospice. Denní stacionář je samozřejmě formou péče, která je vhodná pouze pro pacienty nacházející se přímo v místě provozu takového stacionáře, případně v blízkém okolí. V určité fázi nemoci je však přesto tato forma tím nejlepším možným řešením. Důvody mohou být následující: (Arnoldová, 2016, s. 72)

- diagnostický důvod – bývá tím vůbec nejčastějším. Jde zejména o kontrolování bolesti, kterou se pomocí služeb mobilního hospice nepodařilo dostatečně zvládnout.
- léčebný důvod – jedná se zejména o následující:

- odborná kontrola,
- vyladění podávání léků,
- aplikace chemoterapie,
- další paliativní léčba.
- psychoterapeutický důvod – vyskytuje se obzvláště u pacientů, kteří jsou osamělí, ale také u pacientů, o které se jejich rodina není schopna či nechce postarat.
- azylový důvod – rovněž tento důvod bývá velice častý. Totiž když je nemoc velice zdlouhavá, potřebuje si na chvílku odpočinout nejenom samotný pacient, ale i jeho rodina. Zároveň se může jednat i o jakousi formu preventivního opatření, která zabraňuje možnému vyčerpání rodiny, či eliminuje možné konflikty, které by mohly vznikat. Tato forma péče se označuje jako respitní péče, která je ve své podstatě odlehčující službou pro osoby trvale pečující o člena rodiny.

1.2 Hospicová péče

„Jsou to naši umírající pacienti, od kterých se učíme chápat skutečné hodnoty života. Pokud bychom dokázali docílit přijetí smrti už v mládí, mohli bychom prožít daleko smysluplnější život, uměli se radovat z maličkostí a měli bychom zcela jiný žebříček hodnot.“ (Svatošová, 2019)

Podle A. Arnoldové, autorky mnoha publikací se sociální problematikou (2016) je hospicová péče takovou péčí, která těžce nemocným pacientům (zpravidla v terminálním stavu), jakož i jejich rodině a blízkým poskytuje účinnou pomoc v případech, kdy už jsou možnosti klasické medicíny, ale i síly a schopnosti nejbližšího okolí starat se o tohoto pacienta nedostačující. Hospicovou péčí zdaleka nevyužívají pouze lidé s onkologickým onemocněním, ale přijímání jsou i lidé s nejrůznějšími nevléčitelnými onemocněními. Jak již bylo zmíněno, tyto pacienti jsou obvykle v terminálním stadiu onemocnění. Hospicová péče může být poskytována:

- v lůžkových hospicových zařízeních,
- doma ve spolupráci s rodinou daného pacienta.

Rodina a blízcí pacienta mají v rámci hospicových zařízení neomezenou možnost návštěv po celých 24 hodin a po celý rok, přičemž existuje také možnost ubytování blízkých přímo na pokoji nemocného. Pokoje v hospicích jsou zpravidla jednolůžkové, aby bylo možné zabezpečit naprosté soukromí nemocného. V pokoji je však také lůžko, které

je určené právě pro možnost ubytování příbuzných. Jedná se o běžnou postel, která není nemocničního typu. Ošetrovatelský tým se v rámci hospicové péče stará nejenom o samotného nemocného, ale také o jeho příbuzné, neboť právě ti bývají mnohdy vystaveni ještě větší psychické i fyzické zátěži než samotný pacient. (Čok, 2019)

Za největší rozdíl mezi péčí, která je poskytována v ZZ lůžkové péči a péči hospicovou je možné považovat to, že druhá zmiňovaná neusiluje o vyléčení nevyléčitelných nemocí. Jejím cílem je především to, aby poslední část pacientova života byla maximálně kvalitní, aby pacient zbytečně netrpěl bolestí a aby nebyl nijak omezován ve svých činnostech po celých čtyřadvacet hodin. Usiluje o to, aby nemocnému byla poskytnuta: (Arnoldová, 2016)

- péče fyzická – tj. hygiena či mírnění bolesti,
- péče psychická,
- péče duchovní.

Smyslem hospicové péče je tudíž zaměřit se na vybudování takového systému služeb a péče pro těžce nemocné pacienty a jejich blízké, které pokud možno, maximálně respektují uspokojování specifických potřeb nemocného. Kvalita života pacienta se spojuje především se zabezpečením podmínek, které umožňují nemocnému prožít své poslední dny ve známém prostředí, v kruhu svých blízkých a bez zbytečného fyzického či psychického utrpení.

V rámci hospicové péče jsou kromě respitních pobytů pro blízké poskytovány a zapůjčovány rovněž nejrůznější zdravotnické či kompenzační pomůcky. Ty mohou výrazně ulehčit péči o pacienta v domácím prostředí. Jedná se například o tyto uvedené: (Arnoldová, 2016)

- antidekubitní pomůcky,
- polohovací lůžka,
- vozíky,
- kyslíkové přístroje,
- a další.

Nutno však říct, že výše zmiňované vymezení časového horizontu prognózy života nemocných do půl roku, je značně relativní a přinejmenším diskutabilní. Mnohdy je možné se setkat s pacienty, kterým je předepsána/doporučena domácí hospicová péče na základě nemožnosti vyléčit jejich nemoc, která je navíc doprovázena těžkým stavem. Tito pacienti

jsou pak často propuštěni z nemocnice na přání rodiny nebo blízkých, aby mohli zemřít v klidu svého domova. Doma a v kruhu svých blízkých však tyto lidé velice často pookřejí

a právě díky kvalitní domácí hospicové péči jsou také schopni přežít mnohem déle než uváděných šest měsíců. Časové vymezení je však přesto důležité pro možnost odlišení hospicové péče od jiných forem následné péče. (Čok, 2019)

Co se týče samotných kritérií pro poskytnutí hospicové péče, o přijetí pacienta vždy rozhoduje hospicový lékař - paliatr, a to na základě dohody s ošetřujícím lékařem nemocného. Pokud jde o konkrétní zásady, v tuzemské praxi se ustálilo kritérium, kdy signál pro přijetí představuje stav, kdy již nejsou dodatečné tři návštěvy nebo dvě hodiny práce sestry v domácí péči. Nutno zmínit, že zcela bezpodmínečnou podmínku však vždy představuje plný informovaný souhlas nemocného. Samotný návrh na přijetí do hospice zpravidla podává ošetřující lékař, avšak výjimečné nejsou ani situace, kdy je iniciativa patrná ze strany pacientovy rodiny, nebo ze strany pacienta. Jak již bylo řečeno, ke konečnému rozhodnutí je však vždy kompetentní vedoucí lékař hospice. Obvykle každý hospic používá jednotný formulář pro přijetí pacienta, který si ošetřující lékař může vyžádat. (Haškovcová, 2007)

V souvislosti s přijetím pacienta do hospice je obecně posuzována přítomnost celkem čtyř kritérií indikace a naléhavosti přijetí, mezi které patří následující: (Tomeš a kol., 2015)

- postupující nemoc člověka ohrožuje na životě,
- potřeba paliativní léčby a péče,
- pacient nepotřebuje akutní ošetření či nemocniční léčbu,
- domácí péče nedostačuje, případně není realizovatelná.

Mnohdy se udává, že hospicová péče je vhodná zejména pro onkologicky nemocné pacienty, či pro pacienty s progredujícím onemocněním AIDS (Tomeš a kol., 2015). Podle Haškovcové (2007) ovšem žádný z pacientů nemůže být předem vyloučen z možnosti se o přijetí do hospice ucházet.

Autorka dále vysvětluje, že v případě přijímání nemocného člověka do hospice je zapotřebí informovaný souhlas, který je v podstatě písemným potvrzením, že pacient byl informován, a že se rozhodl pro paliativní péči formou hospice. Jedná se o potvrzení toho, že nemocný byl do daného hospice přijat na základě svého vlastního rozhodnutí, a že byl lékařem dostatečně informován o svém reálném zdravotním stavu a poučen o formě péče. Informovaný souhlas navíc funguje jako ochrana lékaře před právními spory. Může totiž

nastat situace, kdy příbuzní nemocného mají na jeho přijetí jiný názor a mohou se tak dožadovat dalších lékařských zásahů, často však bohužel neefektivních a v rozporu s morálním postojem pečujících. Nicméně za jistých okolností je možné akceptovat také souhlas blízké osoby, která se s pacientem v hospici ubytuje, pokud se jedná o lůžkovou formu poskytování služeb. Mezi nejběžnější důvody, které nemocnému brání poskytnout plný informovaný souhlas, ovšem patří následující: (Haškovcová, 2007)

- pozměněné či ztracené vědomí pacienta,
- pacient nemá zájem vědět nic o svém reálném zdravotním stavu, či není ochoten nebo schopen přijmout informaci o své diagnóze,
- pacient je postižen takovým onemocněním, které mu znemožňuje využít aktivní hospicový program.

1.3 Hospic

Slovo hospic pochází z latinského slova „hospitium“, což je možné volně přeložit jako útulek. Předpokládá se, že první takovýto útulek byl popsán již v biblickém podobenství o milosrdném Samaritánovi (Lukáš 10kpt, 31-37 verš, podle Kralického vydání z roku 1613) (Tomeš a kol., 2015). Kupka (2014) dodává, že rovněž v angličtině dané slovo znamená útulek či útočiště. Zmíněné podobenství nám tedy obrazí samaritánství, jako akt milosrdenství, tedy být milosrdný a aktivně a nezištně pečovat ve prospěch potřebného jedince.

Původně byl tento pojem používán ve středověku k označení tzv. domů odpočinku.

V těchto domech se zastavovali poutníci, kteří mířili do Palestiny, přičemž se zde zotavovali, aby byli schopni dále absolvovat náročnou cestu. Toto zařízení vedl člověk, který se dobře vyznal v tehdejší „umění léčit“. Nutno ovšem říct, že tento původní koncept hospiců postupem času z důvodu úbytku poutníků, i díky celkové změně životního stylu zanikl a opětovně ožil až během osmnáctého století. V této době se jistá Mary Aikdenheadová, pastorova manželka, původem ošetřovatelka v Dublinu a Corku přičinila o otevření speciálního typu nemocnice, která je určena umírajícím lidem. Toto zařízení dostalo název - Hospic. Podobná iniciativa nicméně zůstala osamocená. Současná a moderní podoba hospicového hnutí vznikla až ve Velké Británii, konkrétně v Anglii. Za jeho zakladatelku je považována Angličanka Cicely Mary Saunders. (Kupka, 2014). Tato lékařka, spisovatelka a propagátorka paliativní medicíny byla přesvědčená, že každý nemocný má své specifické a jedinečné potřeby, podobně jako i jeho rodina, tudíž

je zapotřebí veškeré jejich strážně a trápení odhalit a odlehčit v nesení jejich tíže nejenom samotnému umírajícímu člověku, ale také jeho rodině. (Munzarová, 2005)

Doktorka Saundersová původně pracovala jako zdravotní sestra a sociální pracovníce, přičemž medicínu vystudovala až ve svých osmatřiceti letech. Již v mládí však byla přesvědčená, že umírající lidé potřebují specifickou formu péče (Kupka, 2014). Jak již bylo řečeno výše, hospice jakožto specializované jednotky paliativní péče začaly vznikat jako rezidenční zařízení během 60. let minulého století ve Velké Británii, přičemž poskytovaly a do dnešní doby i nadále poskytují především lůžkovou péči a mimo jiné umožňují také ubytování rodiny spolu s pacienty. V Británii se postupem času ke zmiňované lůžkové formě připojila také péče stacionární a domácí. V zámoří, ve Spojených státech amerických a v Kanadě je pak prostřednictvím většiny hospiců poskytována pouze domácí péče. V tomto případě je řeč o týmech specializované domácí paliativní péče. Lůžkovým zázemím je jim velké množství tzv. „nursing houses“, tedy ošetrovatelských domů. Co se týče České republiky, zde se prozatím termín hospic vžil pouze v rámci svého původního významu, a tudíž jakožto zdravotnické lůžkové zařízení. (Marková, 2010)

Zatímco ve světě byla hospicová péče prosazována mnohem dříve nežli v Čechách, významným milníkem se stává zhruba o 30 let později od založení prvního hospice v Anglii, otevření prvního českého lůžkového zařízení tohoto typu, konkrétně v Červeném Kostelci.

U zrodu stála první vůdčí osobnost a propagátorka hospicového hnutí, lékařka M. Svatošová, známá také svojí přednáškovou a publikační činností a aktivitami, kterými se doposud stává inspirací pro mnoho zdravotníků a duchovní potěchou mnoha nemocných. Neméně významná je i role lékařky jako prezidentky sdružení APHPP (Asociace poskytovatelů paliativní hospicové péče), dále jen APHPP, v minulých letech.

Ačkoliv je pravda, že za předchůdce nynějších hospiců lze skutečně považovat domy pro umírající, které byly v Irsku i v Londýně zřizovány křesťanskými řády už od devatenáctého století, vůbec první moderní hospicové zařízení však v Londýně založila právě zmiňovaná anglická lékařka Dr. Cicely Mary Saunders. Stalo se tak v roce 1967 založením Hospice Svatého Kryštofa (St. Christopher's Hospice). Od této chvíle začaly další hospice moderního typu vznikat prakticky po celém světě. (Munzarová, 2005)

Díky existenci kvalifikovaného personálu, který je speciálně školen přímo pro péči o umírající pacienty a jejich blízké, dokáží tato zařízení poskytnout svým pacientům: (Marková, 2010)

- maximální možnou míru fyzického komfortu,
- maximální možnou míru psychického komfortu,
- režim, který se výrazně podobá tomu domácímu,
- další nutnou péči a podporu.

Stěžejní myšlenka hospicového hnutí pramení především z úcty k člověku a respektu k jeho životu. Hospic jakožto zařízení a zároveň speciální typ péče je tudíž přímo určen pro pomoc lidem, kteří umírají, aby mohli prožít závěr života v co nejmenší bolesti, v klidu a bezpečí, v zajištění komfortu a pomoci profesionálů platí i pro blízké příbuzné pacientů v péči paliativního týmu. Mezi tyto pečující osoby je možné počítat zejména: (Kupka, 2014)

- rodinu,
- profesionální pracovníky daného zařízení,
- laické dobrovolníky,
- duchovní.

Konkrétně je hospice možné zařadit mezi zdravotně sociální zařízení, což znamená, že je v nich poskytována nejenom zdravotnická péče, ale rovněž odborné sociální poradenství. Jak již bylo nastíněno, tyto služby nejsou poskytovány pouze samotným pacientům, ale i jejich rodinám, či pozůstalým a dalším potřebným. Pokud bychom srovnali hospic s nemocnicí či jakýmkoliv jiným zdravotnickým zařízením, pak je možné konstatovat, že péče o umírající pacienty představuje hlavní smysl tohoto zařízení, díky čemuž je umožněno soustředit všechny síly na zabezpečení dobrého umírání pacientům. (Marková, 2010)

M. Kupka (2014), psycholog, zabývající se tématem umírání a psychologických aspektů paliativní péče, v tomto kontextu dodává, že hlavním posláním hospiců je zaručit, že pacient nebude nesnesitelně trpět, že bude za všech okolností respektován jako důstojná lidská bytost a že na závěr svého života nebude ponechán v pocitu osamělosti.

Nicméně v souvislosti s problematikou hospiců je nutno dodat, že zdaleka ne každý pacient v hospici nakonec nutně umírá. Totiž přibližně až třetina pacientů se nakonec vrací po upravení léčby nebo v případě zlepšení jejich zdravotního stavu do péče domácí. (Marková, 2010).

Také Z. Adam s J. Vorlíčkem (2004), odborníci s lékařskou praxí v diagnostice a léčbě onkologických onemocnění vysvětlují, že hospic skutečně není dům a už vůbec se pak nejedná o „dům smrti“, jak se mnoho lidí chybně domnívá. Hospic ctí autonomii

pacienta, jakož i jeho osobní právo rozhodnout se. Svým způsobem tak hospic představuje lepší způsob řešení paliativní formy péče bez nutnosti hospitalizace v nemocnici. Dalo by se říci humánnější ve srovnání s anonymitou lůžek v nemocničních zařízeních. Sice nedokáže zaručit jednoznačné uzdravení, ale také nikomu nebere naději. Nedokáže slíbit vyléčení, ale slibuje péči s léčbou přidružených symptomů onemocnění. Vždy jde však o to, respektovat priority pacienta. V jednoduchosti řečeno, pacient v hospici je ujistěn v tom že, že zde:

- nebude trpět nesnesitelnou bolestí,
- bude jednoznačně respektována jeho lidská důstojnost,
- nezůstane osamělý ve svých případných posledních chvílích života.

Z výše uvedeného je tudíž zřejmé, že hospic neusiluje o prodloužení života svých pacientů, ale především o jeho slušnou kvalitu až do samotného konce. (Adam, Vorlíček a Pospíšilová, 2004)

H. Haškovcová (2007), emeritní profesorka etiky UK a významná autorka knih zabývajících se m. j. tématem etiky a thanatologie nakonec zdůrazňuje, že by však bylo velkou chybou oddělovat hospicovou péči, sice specializovanou, avšak přece jenom institucionální péči, či taktéž paliativní péči uskutečňovanou ve stávajících nemocničních zařízeních a domácí péči o umírajícího. Nejenom, že by to bylo nesprávné, ale dokonce i nebezpečné, neboť hospic by se tímto způsobem stal skutečně výše zmiňovaným „domem smrti“, ze kterého již neexistuje návrat. Prakticky veškeré ušlechtilé hospicové myšlenky by tak byly zdiskreditovány, přičemž tabuizace smrti by pokračovala a pouze dále by se podporoval odsun umírajících lidí někam „jinam“.

2 SPECIFIKA PODNIKÁNÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ

Zdravotnická zařízení poskytují mnoho služeb, které se týkají prevence, diagnostiky, léčení i rehabilitace. Řadu z nich poskytují ambulantní formou, jiné jsou zase spojeny s potřebou hospitalizace. (Synek, 2006), zákon č. 372/2011 Sb.

V každém případě je možné konstatovat, že oblast zdravotnictví není nijak vyloučena ze systému podnikání. Potenciální podnikatel však má mít na paměti, že stěžejním pilířem zdravotnictví bude vždy etika a lidská solidarita. Každé soukromé zdravotnické zařízení by ke svému podnikatelskému záměru mělo mít také vypracovaný podnikatelský plán. Ten pak bude popisovat všechny důležité vnější a vnitřní faktory v kontextu s podnikáním ve sféře zdravotnictví. (Synek, 2006)

Dále je potřeba si uvědomit další specifické podmínky poskytování péče, které deformují přirozený tržní vztah zákazník, v našem případě uživatel služby ve vztahu k poskytovateli služeb. V této oblasti poskytování služeb převažuje poptávka nad nabídkou služeb garantovaných státem skrze systém veřej. ZP a placená pojišťovnami. Samotné provozování zdravotnických služeb má oproti většině běžných služeb pochopitelně svá specifika, která jsou pro sektor zdravotnictví zcela typická. Jedná se zejména o tato uvedená specifika: (Synek a Kislingerová, 2015)

- předmět činnosti – záměrem zdravotnických služeb je kromě prevence, tedy předcházení nemocem, udržení a obnova zdraví. Obecně je možné říci, že zabezpečení kvalitní péče má větší význam než jsou náklady, které se s ním spojují.
- vztah uživatele služeb k poskytovateli služeb – zájem pacienta o danou službu se bude obecně spojovat s tím, jak se bude zhoršovat jeho zdravotní stav. Zde, jak již bylo sděleno, se zákazníkem stává zdravotní pojišťovna a pacient, popřípadě jeho rodina jsou uživateli služeb.
- povinnost poskytovatele služby – poskytnutí služby není možné odepřít (pouze za určitých, přesně definovaných podmínek – např. z kapacitních důvodů) a to především, pokud se jedná o akutní problém.

- pozice pacienta – pacientovi jakožto uživateli služeb se velmi složitě prověřuje kvalita péče, která mu byla poskytnuta. Rovněž je třeba doplnit, že úhrada uskutečněného léčebného výkonu obvykle nebývá nijak konkrétně svázaná s kvalitou
- a následnou kontrolou poskytnuté služby, ta je v kompetenci plátce péče.

Zřejmě by bylo možné určit také celou řadu další specifik činností zdravotnických služeb, neboť jejich realizace nutně předpokládá zejména: (Synek a Kislingerová, 2015)

- doložení odborné způsobilosti poskytovatele,
- dodržování mnoha přísných hygienických norem,
- respektování přísnějších požadavků na ochranu osobních údajů zákazníkům tudíž pacientů,
- a další.

Celkové roční výdaje na zdravotnictví se odhadují asi na 430 miliard korun. Nutno říci, že výdaje České republiky v souvislosti k jejímu hrubému domácímu produktu patří v rámci Evropské unie dlouhodobě k těm nižším. Dlouhodobě je naše zdravotnictví financováno zejména z veřejných zdrojů, a to obzvláště za pomoci veřejného zdravotního pojištění. Nicméně v posledních letech stále značně narůstají soukromé zdroje (přímé platby, spoluúčast). (BusinessInfo, 2020)

Je pochopitelné, že podnikání ve zdravotnictví nebude opomíjet ani vylučovat celou řadu již tradičních a rutinních mimo oborových činností. Řeč je zejména o vedení účetní evidence, správě majetku a ostatních aktiv, kalkulace výkonů, atd. Nicméně ve srovnání s průmyslovou praxí je zpravidla na nižší úrovni stav normativní základny, především pak norem spotřeby (zdravotnického materiálu nebo léků), výkonových a kapacitních norem. Základem finančního řízení zdravotnického zařízení je pak podobně, jak je tomu i v případě dalších organizací, finanční plán. Ten by měl přitom obsahovat stranu potřeb, kde budou začleněny veškeré potřeby financované v konkrétním roce, jakož i strany zdrojů, ze kterých bude patrné, odkud budou potřeby financovány. Významným operativním nástrojem řízení peněžních toků rovněž pro zdravotnická zařízení je platební kalendář, obsahující rozpis plateb. Neoddělitelnou součástí finančního řízení je také snaha orientovaná jednak na hospodárnost, tzn. hledání možností, jak snižovat náklady a jednak i snaha hledání možností, jak zvyšovat výkonnost zdravotnického zařízení, a to především za pomoci

efektivnějšího využívání zdrojů, které má zdravotnické zařízení k dispozici. (Synek a Kislingerová, 2015)

Co se pak týče základních právních předpisů, které souvisí se zdravotnickým právem, patří sem právní předpisy a zákony (včetně zákonů ústavních, nařízení vlády i prováděcích předpisů, obzvláště pak Ministerstva zdravotnictví České republiky, které se týkají poskytování zdravotní péče, ochrany života a veřejného zdraví. (Šnedář, 2008).

2.1 Legislativní opora hospicové péče v ČR

První hospic byl v ČR otevřen v roce 1995. Stalo se tak v Červeném Kostelci. Ovšem ještě dalších deset let po jeho otevření, tzn. v době, během které bylo u nás postupně otevřeno deset zařízení hospicové péče, český právní řád vůbec neznal termín hospic. Bylo jednoznačně zapotřebí sjednotit prosadit novely zákonů, prostřednictvím kterých je umožněno poskytování a financování hospicové péče z veřejných zdrojů. Právě tato skutečnost byla zároveň hlavním důvodem pro vznik APHPP v roce 2005. Té se posléze povedlo prosadit legislativní základy pro lůžkovou a mobilní hospicovou péči, přičemž tento proces trval necelé tři roky. (Právní rámec pro hospice, 2017). Ukotvení této péče v legislativě proběhlo na základě pilotního programu VZP ČR, který probíhal tři roky. (MZ, 2020). (vyhláška č. 353/2017 Sb., „o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018“, vyhláška č. 354/2017 Sb., „kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů“).

Od roku 2018 tedy došlo ke změně v úhradách MSPP z veř. ZP, založením nové odbornosti 926 – domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stavu. APHPP, která sdružuje hospice v České republice, se už od počátku spolupodílela na veškerých legislativních iniciativách, které směřují k systémovému zakotvení hospicové paliativní péče do legislativy (ČR). Hospicové péče se tak v České republice dotýkají především právní úpravy ve sféře zdravotní a sociální. Jedná se o tyto právní předpisy: (Právní rámec pro hospice, 2017)

- **zákon č. 48/1997Sb., o veřejném zdravotním pojištění**, upravuje podmínky veřejného zdravotního pojištění, okruh osob, které jsou pojištěnci, plátcí pojistného, práva a povinnosti plynoucí z VZP, rozsah hrazené péče, k tomuto zákonu se vztahuje vyhláška s platností od 1. 1. 2021, která dovoluje pojišťovněm na základě smlouvy proplácet MSPP (odbornost 926 formou ošetřovacího dne).

- **zákon č. 108/2006Sb., o sociálních službách**, zákon obsahuje problematiku poskytování sociálních služeb v zařízeních hospicového typu. Novela zákona z roku 2017 doposud nebyla schválena.
- **zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách**, kde paliativní péče je představena jako jedna z mnoha zdravotních služeb zařazená do systému zdravotní péče. Avšak paliativní péče jako pojem je v zákoně velmi obsáhlá a soustředí se na účel jejího poskytování v §5, odst. 2 písm. h). Název hospic je zahrnut v novele zákona od 1. 1. 2018 v §44a.
- **zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách**,
- **zákon č. 95/2004 Sb. O podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře**,
- vyhláška č. 505/2006 Sb., k provedení zákona o sociálních službách,
- vyhláška č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami

Doposud se povedlo prosadit novelu zákona č. 48/1997 Sb., (§ 17 zákona č. 48/1997 která umožňuje úhradu lůžkové a mobilní hospicové péče ze zdravotního pojištění a rovněž se povedlo zakotvit úhradovou jednotku tzv. „ošetřovací den“ 00030, dále jen zkratka OD. (Právní rámec pro hospice, 2017). OD se vykazuje u pacientů, kteří jsou hospitalizováni v některém z lůžkových hospicových zařízení. Popis výkonu spolu s bodovou hodnotou je uveden v seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. (vyhláška MZ č.134/1998 Sb.)

Za jakýsi průlom, ke kterému došlo v roce 2018 je však možné považovat především legislativní zakotvení do českých právních norem. Vzhledem k tomu, že absence zakotvení hospiců do českých norem představovalo skutečně dlouhodobě jeden z největších problémů týkajících se této oblasti, což mělo zároveň negativní vliv i na samotnou dostupnost paliativní a hospicové péče pro tuzemské pacienty, jedná se skutečně o velký krok vpřed. Cílem tohoto kroku je jednoznačné zakotvení institutu hospice jakožto poskytovatele zdravotních služeb nevléčitelně nemocným klientům v terminálním stádiu nemoci a to v případě:

- speciálního lůžkového zdravotnického zařízení hospicového typu, vlastního sociálního prostředí klienta. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2017)

Smyslem úpravy zákona je deklarovat existenci těchto pro společnost mimořádně prospěšných zařízení a rovněž vyjádřit návaznost na nově zaváděnou sociální službu v zákoně o sociálních službách – sociální službu péče o osoby v terminálním stavu. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2017).

VZP, shrnuje a předkládá aktuální informace na téma Domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stavu, veřejně dostupné a volně k dispozici na webových stránkách VZP.

Způsoby úhrady jednotlivých typů paliativní péče

Tabulka 4: Úhrady jednotlivých typů PP

	Obecná PP	MSPP – domácí hospic	Nemocniční PP	Agentury domácí péče	Lůžkový hospic	Ambulance paliativní medicíny
Úhrada	veř. ZP	Zdravotní část – veř. ZP Nezdravotní část - ze zdrojů mimo veř. ZP, někdy spoluúčast pacienta	veř. ZP Nadstandardní služby – např. lůžko pro příbuzného – hradí pacient	veř. ZP	Pobyt hradí pacient Zdravotní část péče hradí veř. ZP	veř. ZP, někdy spoluúčast pacienta

Zdroj: (Fórum mobilních hospiců, 2022), vlastní zpracování

Úhrada z veřejného zdravotního pojištění vždy záleží na konkrétním smluvním vztahu poskytovatel služby/zdravotní pojišťovna.

Systém úhrad se liší v závislosti od konkrétního ZZ a také rozlišuje ambulanci, lůžkovou nebo ošetrovatelskou péči, jak sdělil ve svém e-mailu z 1. 6. 2022 vedoucí ekonomicko – technického oddělení v jednom ZZ, zabývající se agendou smluvních vztahů se ZP. Všeobecně však platí, že každý PZS musí nejprve projít výběrovým řízením pro danou odbornost na magistrátu města, kde hlasují také jednotlivé ZP a pokud je tímto výběrovým řízením také schválen, může žádat vybrané ZP o uzavření smlouvy o poskytování zdravotních služeb. Pokud ZP udělí souhlas s uzavřením smlouvy s daným ZZ, zavádí se navíc tzv. příloha č. 2, která obsahuje seznam zdravotních výkonů požadavky na personální obsazení, materiální a technické vybavení spolu s přidělením IČP pracoviště, pod kterým se výkony na ZP budou vykazovat. PZS poté formou dávek zasílá pojišťovně k proplacení jednotlivé doklady, přičemž na konci každého měsíce pojišťovna zašle

zúčtovací zprávu s přehledem vykázané péče za daný měsíc a potvrzení o její úhradě. Platby od pojišťoven docházejí každý měsíc, buďto paušálně nebo výkonově dle nastavení ZZ nebo ZP. Finální vyúčtování kompletně za celý rok posílá ZP a také se řeší případné nedoplatky (retrospektivní režim úhrady péče). Co se týká pacienta z hlediska úhrady, vždy musí splnit požadavky na indikační kritéria pro úhradu zdravotní části služby z veř. ZP. Jedná se o tzv. „PPS skóre“ – Palliative Performance Scale v kategorizaci zdravotního stavu pacienta v terminálním stadiu s hodnotou 40% a méně. O tomto kroku vždy rozhoduje ošetřující lékař/paliatr.

Specifika úhrady paliativní péče v rámci veřejného zdravotního pojištění

- ***Paliativní péče poskytovaná pod odborností 925***
- Zdravotní péče je poskytována na základě indikace lékařů ve vlastním sociálním prostředí pacienta
- ***Speciální typ péče odb. 925 je péče v režimu 06349 „Signální kód – ošetrovatelská péče o pacienta v terminálním stavu“ – poskytovatelem je agentura domácí péče***
- Indikuje lékař, význam má v možnostech rozšíření počtu návštěv s délkou jednotlivých ošetření u pacienta.
- ***Paliativní péče poskytovaná pod odborností 926 – poskytovatelem je hospic***
- Někdy uváděno také jako 720 +925
- Ambulantní a zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta
- Poskytuje lékař paliatr + všeobecná sestra

Tabulka 5: Možnosti úhrady PP se vztahem k nositeli odbornosti

Odbornost	garant odbornosti	Úhrada
925	všeobecná sestra – uvedená v oprávnění jako odborný zástupce obor všeobecná sestra	výkonová platba za ošetrovatelské návštěvy dle typu a indikované výkony, ZUM, možnost nasmlouvání platby za kilometr cesty
925 péče v režimu 06349	všeobecná sestra - uvedená v oprávnění jako odborný zástupce obor všeobecná sestra	výkonová platba za ošetrovatelské návštěvy dle typu a indikované výkony, ZUM, možnost nasmlouvání platby za kilometr cesty
926	lékař – uvedený v oprávnění jako odborný zástupce pro obor paliativní medicína	kompletní platba za ošetrovací den formou agregovaného výkonu, kdy zahrnuje veškeré náklady poskytovatele za každý den péče, není zde možné ZUM, platby za kilometry cesty

Zdroj: (Fórum mobilních hospiců, 2022,) vlastní zpracování

Komentář: ZUM – zvlášť účtovaný zdravotnický materiál, který je možné odděleně účtovat k výkonu, pokud byl upotřeben odůvodněně.

2.1.1 Ekonomický rozměr nákladů pro hospice obecně

Podobně jako je tomu i v případě celého zdravotnictví, také hospice se potýkají s nedostatkem financí. Veškerá zařízení hospicové péče v České republice jsou nestátní zdravotnická zařízení, nikoliv zařízení soukromá nebo sociální. Mezi jejich zřizovatele patří například občanská sdružení, Charita či Diakonie. (Francová a Šafránková, 2007)

Hospice v České republice obecně počítají s vícezdrojovým financováním svého provozu. Ačkoliv v dnešní době je už zdravotní složka paliativní péče systémově hrazena ze strany zdravotních pojišťoven, úhrada sociální složky této péče je možné považovat za stále nevyřešenou záležitost. Jak již uvádí zakladatelka mobilního hospice Nablízku B. Urbanová, ve své bakalářské práci na téma jeho založení, „*Financování sociálních služeb poskytovaných mobilním hospicem není ani po začátku této činnosti samozřejmé. Zařazení do Registru poskytovatelů sociálních služeb je sice nezbytnou podmínkou, ale nezajišťuje*

ještě právo na financování těchto služeb. Pouze poskytovatelé zařízení do sítě sociálních služeb mají nárok na financování těchto služeb“. (2017, s. 44) Financování se prozatím skládá z následujícího: (Právní rámec pro hospice, 2017)

- příspěvek klienta,
- dotace Ministerstva práce a sociálních věcí ČR,
- příspěvky krajů a obcí (pouze v některých případech),
- veřejné zdravotní pojištění,
- dary, které mohou pocházet:
 - od fyzických osob,
 - od nadací,
 - od sponzorů.

Ve většině evropských zemí je paliativní péče financována vícezdrojově. To znamená podílem financování z veřejného zdravotnictví a ostatními finančními příspěvky. Důvodem, proč se tomu tak děje, je právě daný celý komplex služeb, jež paliativní péče zahrnuje.

Je možné říci, že péče v rámci každého hospice u nás v ČR stojí na každý den přibližně 2 000 Kč. V praxi však pouze polovinu z této částky hradí zdravotní pojišťovny. Hospice jsou zpravidla nevládními neziskovými organizacemi a nemají zabezpečeného svého „zřizovatele“, jako je například kraj, z jehož rozpočtu by mohly být financovány.

O finanční prostředky tak zařízení hospicové péče žádají opakovaně:

(Právní rámec pro hospice, 2017)

- výše zmiňované kraje, - každý rok kraj vyhláší dotační program na podporu jednotlivých odvětví včetně požadavků a podmínek splnění dotační podpory obce,
- Ministerstvo zdravotnictví ČR (MZ),
- Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (MPSV).

Na žádnou z výše uvedených dotací však neexistuje jakýkoliv právní nárok. V běžné praxi tato situace vypadá bohužel tak, že například na konci roku ředitelé hospiců vůbec netuší, zda bude mít hospic na začátku příštího roku dostatek financí k pokrytí platů svých zaměstnanců, jakož i samotného provozu celého zařízení. Nicméně z výše uvedených zdrojů hospice získávají dalších přibližně dvacet procent rozpočtu. Z části se na financování mohou podílet i samotní pacienti včetně jejich rodin. Některé hospice vybírají od uživatelů služeb poplatky spojený s péčí, a to jak v situaci, kdy mají smlouvu se zdravotní pojišťovnou

klienta, tak i v situaci, kdy smlouvu ještě uzavřenou hospic nemá. Důvodem v obou případech je potřeba pokrýt náklady související s poskytováním a koordinací multiprofesionální péče, kterou hospic poskytuje. Příspěvek na nezdravotní část péče se orientačně pohybuje kolem 300 Kč a je zakotven v ceníku služeb daného mobilního hospice. (Právní rámec pro hospice, 2017)

Další chybějící finanční prostředky na provoz, bez kterých by jednoduše v současné době nebylo možné poskytovat péči všem pacientům bez rozdílu, se hospice snaží získat především z následujících zdrojů: (Právní rámec pro hospice, 2017)

- soukromí dárci,
- nadace,
- fondy,
- podniky,
- jednotlivci.

Snahou, přáním a cílem pro naše hospicová zařízení v Česku se tak do budoucna stane prosazení systémových změn, které by umožnily větší podporu lékařů a zdravotníků, co se týče jejich finančního ohodnocení, aby se věnovali paliativní péči a měli finanční jistotu existence a provoz mobilních hospicových zařízení by nebyli závislí na dobrovolných darech a dotacích tolik, jak je tomu doposud.

2.2 Právní formy mobilních hospiců

Jak už bylo vysvětleno výše, v tuzemském prostředí představuje hospic nestátní zařízení poskytovatele zdravotních služeb. V souvislosti se založením domácí hospicové péče je možné si vybrat hned z několika právních forem neziskových organizací.

V tomto okamžiku je vždy optimální vše pečlivě probrat s právníkem, jakož i s daňovým poradcem. Je totiž zapotřebí důkladně se věnovat plánované činnosti organizace a z toho vyplývajících možnostem, které jsou dané aktuálně platnou legislativou. (Šedivý a Medlíková, 2017)

Novotný (2014, s. 90) uvádí, že podle zákona č. 89/2012 Sb., nový občanský zákoník, je možné u nás zakládat následující formy neziskových organizací:

korporace:

- spolek,
- zájmové sdružení právnických osob,

- sociální družstvo,

fundace:

- nadace,
- nadační fondy,

ústavy:

- ústav,
- obecně prospěšná společnost.

Nicméně podle dnes už zrušeného zákona č. 248/1995 Sb., nadále existují a jsou také funkční obecně prospěšné společnosti. Od roku 2014 už ale není možné je dále zakládat. Do neziskového sektoru spadají také tzv. církevní právnické osoby. Ty se řídí zákonem č. 3/2002 Sb., o církvích a náboženských společnostech. Tento právní předpis byl ovšem v roce 2005 novelizován, a to zákonem č. 495/2005 Sb., přičemž slovo církevní bylo nahrazeno slovem evidované. V této práci bude z tohoto uvedeného důvodu dále využíváno už pouze tento aktuální výraz – evidovaná právnická osoba. (Šedivý a Medlíková, 2017)

Nejčastějšími právními formami, pod kterými u nás dochází ke zřízení mobilních hospiců, jsou zejména následující uvedené:

Zapsaný spolek – první zde popsanou běžně využívanou právní formou pro organizaci poskytující hospicovou péči, je zapsaný spolek. Jedná se o právnickou osobu, která je upravena v zákoně č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v platném znění. Spolek jakožto samosprávný a dobrovolný svazek členů mohou založit alespoň tři osoby, které vede společný zájem. Nikoho není možné nutit k účasti a rovněž nikomu nesmí být odepřen výstup ze spolku. Spolek zakládají zakládající členové poté, co dojde ke schválení stanov.

Jejich minimálním obsahem je přitom: (Krechovská a kol., 2018)

- název,
- sídlo,
- účel spolku,
- práva a povinnosti členů vůči němu,
- určení statutárního orgánu.

Jeho členy se mohou stát jednak fyzické a jednak i právnické osoby, a to v libovolné kombinaci. Ke vzniku dochází dnem zápisu do veřejného rejstříku. Jeho název musí dle zákona obsahovat slova „spolek“ či „zapsaný spolek“, či zkratku z. s“. (Krechovská a kol., 2018)

Důležité je však dodat, že hlavní činnost spolku může být pouze uspokojování a ochrana takových zájmů, k jejichž naplňování došlo k založení spolku. Naopak, podnikání či jakákoliv jiná výdělečná činnost nemůže představovat jeho hlavní činnost. Nicméně kromě hlavní činnosti může být vyvíjena taktéž vedlejší hospodářská činnost. Ta přitom tkví v podnikání či jiné výdělečné činnosti, jestliže její účel bude podporovat hlavní činnost či bude spočívat v hospodárném využití spolkového majetku. Samotný zisk ovšem není možné použít pro cokoliv jiného, nežli pro samotnou spolkovou činnost. (Beránková, 2018)

Zapsaný ústav – další možností je tzv. zapsaný ústav. Jedná se o právnickou osobu, která je ustavená za účelem provozování činnosti, jenž je užitečná společensky či hospodářsky, a to s využitím své osobní a majetkové složky. Výsledky činnosti jsou přitom každému rovnocenně dostupné, a to za podmínek, které jsou předem vytyčené, jak je také uvedeno v zákoně č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. Charakteristické pro ústav je, že provozuje činnost a podnikat může i v rámci hlavní činnosti, pochopitelně však s ohledem na svůj účel. Může provozovat obchodní závod či jinou vedlejší činnost, avšak tento provoz nemůže být na újmu jakosti, rozsahu, jakož i dostupnosti služeb, které jsou poskytované v rámci činnosti hlavní. Samotný zisk je pak možné použít pouze k podpoře činnosti, pro kterou došlo k založení ústavu a také k úhradě nákladů na správní správu. (Krechovská a kol., 2018)

Je nutné, aby zakladatelské právní jednání obsahovalo minimálně:

- název,
- sídlo,
- účel (s definováním předmětu činnosti),
- počet členů správní rady,
- specifika vnitřní organizace,
- v případě, že je zřízena dozorčí rada, pak je nutné zmínit počet členů,
- v případě, že bude zřízen revizor, pak je nutné uvést jeho jméno a bydliště.

(Pelikánová, 2018)

Nakonec je třeba dodat, že ke vzniku ústavu dochází v okamžiku zapsání do veřejného rejstříku. Je nutné, aby samotný název obsahoval slova „zapsaný ústav“, avšak dostatečná je i zkratka z. s “. (Pelikánová, 2018)

Evidovaná právnická osoba – církve či náboženské společnosti mají za podmínek, které udává zákon o církvích, možnost založit právnickou osobu. Tento typ právnických

osob se nazývá evidovaná právnická osoba. Návrh na vznik evidované právnické osoby přitom podává orgán církve či náboženská společnost Ministerstvu kultury. Ministerstvo kultury posléze zrealizuje zápis evidované právnické osoby, a to do příslušného rejstříku. (Dobrozemský a Stejskal, 2015)

Pokud nahlédneme do zákona o církvích a náboženských společnostech, a to konkrétně do §15a a § 16a, zde je uvedeno, že jednou z možných forem evidované právnické osoby je i takzvané účelové zařízení registrované církve a náboženské společnosti. Účelové zařízení je zakládáno za účelem poskytování sociálních nebo zdravotnických služeb. (zákon č. 3/2002 Sb., o církvích a náboženských společnostech)

2.3 Náležitosti potřebné ke vzniku mobilního hospice

Poté, co je vybrána adekvátní právní forma instituce/poskytovatele zdravotních služeb, je nutno zrealizovat veškeré potřebné právní kroky k tomu, aby mohl vzniknout mobilní hospic a aby mohla být zahájena jeho činnost. V předcházející části byly popsány celkem tři typy nejčastějších právních forem, pod kterými v České republice dochází ke zřizování mobilních hospiců. Podle názoru Huneše (2015) se jako nejvhodnější pro poskytovatele veřejně právních služeb jeví zapsaný ústav. Tato forma bude také blíže popsána.

2.3.1 Založení ústavu

Založení ústavu bylo z části popsáno už v předcházející podkapitole. Nicméně je vhodné připomenout, že ústav je možné založit dle zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, a to konkrétně zakladatelským jednáním. Tím je: (Pelikánová, 2018)

- zakládací listina,
- pořízení pro případ smrti.

Je nutné, aby zakladatelská listina byla předložena v písemné podobě. Přitom je zbavena povinnosti veřejné listiny (notářského zápisu) jako v případě nadací. Konkrétní podmínky pro zakladatele ústavu ze zákona stanoveny nejsou, tudíž mohou se jimi stát: (Eliáš, 2012)

- fyzické osoby,
- právnické osoby,
- stát.

Jak už bylo vysvětleno v předcházející kapitole, také ústav může provozovat podnikatelskou činnost, nicméně ze zákona je stanoveno, že zisk lze použít pouze pro podporu činnosti, pro kterou byl tento ústav založen. Rovněž může být použit pro úhradu nákladů na vlastní správu. Co se týče některých důležitých povinností ústavu, je třeba dodat, že v případě, že výše čistého obrátu za předcházející uzavřené účetní období překročí deset milionů korun, pak vzniká povinnost auditu. Jestliže nestanovuje zakladatelská listina jinak, pak je potřeba, aby ústav zhotovil výroční zprávu. Tu zveřejní maximálně do šesti měsíců poté, co skončí účetní období, a to ve sbírce listin příslušného rejstříku. (Pelikánová, 2018)

Důležité je dodat, že pokud ústav dlouhodobě nebude naplňovat svůj účel, pak jej soud na návrh krajského úřadu může zrušit. V případě porovnání právní formy ústavu se stávajícími právními formami je možné najít podobné znaky s obecně prospěšnými společnostmi, avšak úprava je poněkud volnější. Především není nutné, aby měl ústav povinně dozorčí radu, a také se může účastnit na podnikání třetích osob (kupříkladu může založit s. r. o.). (Pelikánová, 2018)

2.3.2 Registrační povinnost daňového subjektu

Tak jako i jiné právnické osoby, samozřejmě i nezisková organizace má povinnost se řádně registrovat k dani z příjmů. Tuto povinnost upravuje zákon č. 280/2009 Sb., daňový řád. Konkrétně v §125 je uvedeno následující: „Registrační povinnost vzniká daňovému subjektu, kterému vznikne povinnost podat přihlášku k registraci k jednotlivé dani.“ (zákon č. 280/2009 Sb., daňový řád)

Zmiňovanou registraci je zapotřebí provést do patnácti dní od okamžiku, kdy došlo k založení organizace, a to u správce daně na místně příslušném finančním úřadě. Správce daně posléze daňovému subjektu přiřadí daňové identifikační číslo (DIČ). To obsahuje kód „CZ“ a kmenovou část, která je tvořena obecným identifikátorem. (vyhláška č. 125/1993 Sb.)

V. Dobrozemský s J. Stejskalem (2015, s. 336), jako autoři publikací s daňovou a účetní tematikou, jako i problematikou práva, hospodaření, poskytování dotací a fundraisingu uvádějí, že daň z příjmu upravuje zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmu.

Za předmět daně jsou přitom považovány příjmy z veškeré činnosti a z nakládání s veřejným majetkem.

Je ovšem důležité dodat, že toto se nevztahuje na mobilní hospice. Ty jsou totiž dle zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů takzvaným veřejně prospěšným poplatníkem. Konkrétně v §18 tohoto právního předpisu je uvedeno, že u veřejně prospěšného poplatníka, jenž je poskytovatelem zdravotních služeb, a který k tomuto má podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách také oprávnění, jsou předmětem daně veškeré příjmy s výjimkou příjmů z investičních dotací. Přihlášku k registraci k dani z příjmů právnických osob je pak podle §39a potřeba podat u příslušného správce daně do patnácti dní od okamžiku vzniku organizace. (zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů)

Protože je poměrně běžné, že mobilní hospic má ve vlastnictví obvykle i automobily, je samozřejmě zapotřebí provést rovněž registraci k silniční dani. Tu upravuje zákon č. 16/1993 Sb., o dani silniční. Podle §2 tohoto právního předpisu jsou předmětem daně silniční motorová vozidla a jejich přípojné vozidla, která jsou registrovaná a provozovaná v České republice, a která jsou používána poplatníkem daně z příjmů právnických osob, jestliže ovšem příjmy z této činnosti nejsou předmětem daně z příjmů. (vyhláška č. 125/1993 Sb.)

2.3.3 Povinnosti zaměstnavatele

Každý zaměstnavatel má povinnosti, které jsou vytyčené v zákoně č. 262/2006 Sb., zákoník práce. Tento právní předpis upravuje pracovněprávní vztahy mezi zaměstnavatelem a zaměstnanci, ale rovněž i jejich práva a povinnosti. Mezi základní povinnosti zaměstnavatele, které vyplývají z tohoto právního předpisu, patří: (Neščáková a Jakubka, 2014)

- oznamovací povinnost vůči Okresní správě sociálního zabezpečení, a zdravotní pojišťovně,
- registrace k zákonnému pojištění odpovědnosti.

J. Doušová, účetní a daňová poradkyně (2016) uvádí, že oznamovací povinnost vůči Okresní správě sociálního zabezpečení vyplývá ze zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění. Každý zaměstnavatel, jehož zaměstnanci jsou v pracovněprávním vztahu, se musí účastnit na jejich nemocenském pojištění. Přihlášku k účasti je pak zaměstnavatel povinen na Okresní správu sociálního zabezpečení podat do osmi kalendářních dní, a to ok okamžiku

nástupu zaměstnance do zaměstnání. Je také třeba dodat, že tato lhůta bude platit kupříkladu i pro změnu údajů anebo odhlášení zaměstnance.

Povinnost účastnit se na sociálním pojištění svých zaměstnanců vytyčuje zákon č. 589/1992 Sb., o sociálním pojištění. Zde konkrétně v §7 je zmíněno, že sazba pojistného bude u zaměstnavatele činit 24,8 % z vyměřovacího základu. Z toho 2,1 % na nemocenské pojištění, dále 21,5 % na důchodové pojištění a 1,2 % na státní politiku zaměstnanosti. (zákon č. 589/1992 Sb., o sociálním pojištění)

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění pak upravuje oznamovací povinnost zaměstnavatele vůči zdravotní pojišťovně. Z tohoto právního předpisu vyplývá, že zaměstnavatel musí platit část zdravotního pojištění za své zaměstnance, a to ode dne nástupu, až do ukončení pracovněprávního vztahu. Zaměstnavatel je také povinen přijetí zaměstnance nahlásit maximálně do osmi kalendářních dní, a to na příslušné zdravotní pojišťovně. Sazba pojistného, které hradí zaměstnavatel, je stanovena na 9 % z vyměřovacího základu. (Doušová, 2016)

Registrace k zákonnému pojištění odpovědnosti je pak dána na základě vyhlášky Ministerstva financí č. 125/1993 Sb., kterou se stanoví podmínky a sazby zákonného pojištění odpovědnosti organizace za škodu při pracovněprávním úrazu, anebo nemoci z povolání. Konkrétně od roku 1993 se firmy k zákonnému pojištění musí přihlašovat u pojišťovny Kooperativa, a. s. Do tohoto roku to byla Česká pojišťovna, a. s. (Veber a Srpová, 2008)

Výpočet pojistného je uveden v §12 zmiňované vyhlášky. Zde je uvedeno, že základem pro výpočet pojistného souhrn vyměřovacích základů za uplynulé kalendářní čtvrtletí. (vyhláška č. 125/1993 Sb.)

2.3.4 Registrace poskytovatele zdravotní péče

Velmi významným a samozřejmě zároveň i rozhodujícím dokumentem pro každou organizaci, která chce poskytovat zdravotní služby, je oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Právě na jeho základě totiž organizace může zahájit poskytování svých služeb. Tak je tomu i v případě hospicové péče, v případě které jsou právě zdravotní služby zcela prioritní činností.

Oprávnění k poskytování zdravotních služeb stanovuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Ten již v této práci byl několikrát uváděn. Činnost mobilního hospice je přitom dle tohoto právního předpisu formou zdravotní péče, která je poskytovaná

ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Podmínky udělení oprávnění k poskytování zdravotní péče jsou konkrétně uvedeny v §16 až 18. řadí se zde například: (zákon č. 372/2011 Sb.)

- doložení potvrzení o způsobilosti k samostatnému výkonu zdravotnického povolání,
- potvrzení o bezúhonnosti,
- seznam zdravotnických či jiných odborných pracovníků,
- provozní řád, který je schválen orgánem ochrany veřejného zdraví.

Jestliže jsou veškeré požadavky splněny, pak může být organizace zařazena do Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb. (zákon č. 372/2011 Sb.)

2.3.5 Registrace poskytovatele sociálních služeb

Nakonec je ještě nutno se zmínit také o registraci poskytovatele sociálních služeb. V tomto kontextu je třeba uvést zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zde jsou vymezeny požadavky pro získání oprávnění k poskytování sociálních služeb. Ty se přitom výrazně shodují s výše popisovanými požadavky pro poskytovatele zdravotních služeb.

Paliativní péče v tomto právním předpise nicméně není konkrétně vymezena. Odborné poradenství, které mobilní hospic běžně poskytuje, je ovšem možné považovat za typ sociální služby, která je poskytována terénní formou. V případě, že daná organizace splní veškeré podmínky, pak ji lze zařadit do Registru poskytovatelů sociálních služeb, který je spravován Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR. (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

3 PROJEKTOVÉ ŘEŠENÍ ZALOŽENÍ MOBILNÍHO HOSPICE

Podnikatelským záměrem je tvorba nového produktu jako služby a jeho vytvoření slouží jako základní stavební kámen pro strategii organizace. Cílem je pečovat o umírající nemocné v konečných fázích života, a to jak v dospělém, tak v dětském věku života. Prioritou není vytvářet zisk skrze poskytovanou službu, ale umožnit většímu počtu pacientů využívat služeb hospicové péče, dále zvýšit povědomí o paliativní hospicové péči, a zlepšit kvalitu služeb dobrým výběrem hospicového týmu.

3.1 Postup založení a účel mobilního hospice

Za velice vhodnou formu pro poskytování zdravotnických a sociálních služeb právnickou osobou lze považovat zapsaný ústav, který byl charakterizován v předcházející části této práce. Zakládá se na dobu neurčitou a k jeho vzniku dochází dnem zápisu do veřejného rejstříku u příslušného soudu.

Zakladatel při zakládání ústavu vloží peněžitý vklad ve výši 100 tis. Kč, na účet u ČSOB, jehož vlastníkem bude ústav. Prostředky k zabezpečení fungování a realizaci svého účelu je možné získat z následujících zdrojů:

- úhrada poskytované péče od plátce zdravotní péče (pojišťoven),
- platby pocházející od klientů v souladu s aktuální legislativou,
- dotace, příspěvky a dary fyzických osob a právnických osob,
- veřejné sbírky, charitativní projekty,
- výnosy z podnikání ústavu.

Statutárním orgánem ústavu je ředitel, hlavním/nejvyšším orgánem pak správní rada. Ředitel je statutárním orgánem, který řídí provoz, jedná jeho jménem a rozhoduje ve veškerých záležitostech, jež nespádají do kompetencí správní rady. Povinností ředitele je zabezpečit řádné fungování ústavu, vedení jeho účetnictví a plnění všech zákonných povinností. Ředitelem ústavu se může stát jenom bezúhonná osoba, která do čela instituce může být zvolena opakovaně.

Správní rada je tříčlenným orgánem, který zejména sleduje, zda organizace dodržuje účel, pro který došlo k jejímu založení a řádné hospodaření s majetkem ústavu. Správní rada:

- schvaluje rozpočet ústavu,
- schvaluje řádnou i mimořádnou účetní uzávěrku,
- schvaluje výroční zprávu,
- rozhoduje o zrušení ústavu,
- rozhoduje o změnách ústavu,
- rozhoduje o volbě a odvolání ředitele.

Zakladatelem v případě nového mobilního hospice v Praze, řešeného prostřednictvím této DP tedy bude fyzická osoba, pro účely této práce není její konkrétní určení.

Předmět činnosti: odborná lékařská a ošetrovatelská péče o nemocné v terminální fázi života, podpora a pomoc sociálního pracovníka v otázkách péče o umírajícího, doprovázení a pomoc pro pozůstalé. Cílovou skupinou mobilního hospice budou pacienti z regionu Praha a okolí do 30 km dojezdové vzdálenosti a rodiny pacientů.

Vzhledem k poslání této služby a již poskytované mobilní paliativní péči v hlavním městě ČR, reagujeme na potřebnost zvýšit dostupnost této služby v Praze i okolí regionu v dosahu 30 km od Prahy. Unikum nabídky je v již samotné lokaci služby v centru metropole, tedy v dostupnosti služby. Náš hospic bude podporovat lidskou sounáležitost a naší podstatou bude doprovázení umírajícího člověka a pečující rodiny i pozůstalých prostřednictvím profesionálního motivovaného týmu, vytvořeného na míru potřebám uživatelů této služby.

Motto naší služby bude: „ *Ex toto corde*“ – *celým srdcem*.

Ostatní činnosti: zapůjčení zdravotních a kompenzačních pomůcek

Účelem založení tohoto hospice je:

- MSPP, poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí klienta,
- podpora a pomoc sociálního pracovníka v otázkách s péčí o umírajícího, doprovázení, péče o pozůstalé v době truchlení,
- zapůjčení zdravotních a kompenzačních pomůcek.

3.2 Hygienické požadavky

Nutnou součástí provozu hospice je taktéž splnění veškerých hygienických požadavků pro provozování zdravotnických zařízení. Tato kritéria jsou konkrétně upravena ve vyhlášce č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění

a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. (vyhláška č. 306/2012 Sb.)

Tato vyhláška upravuje kompletní program, který zahrnuje jednak problematiku péče o klienta a jednak i oblast, která se vztahuje k personálu a upravuje požadavky na hygienický provoz prostorů zdravotnického zařízení, sloužící pacientům, personálu a návštěvám. "

Je nutné, aby zařízení mělo zajištěnou vysokou hygienickou úroveň svého vybavení.

3.3 Technické vybavení

Dále je také potřeba, aby zdravotnické zařízení z hlediska stavebně technických požadavků prostor a funkčního dispozičního uspořádání zajišťovalo efektivní a bezpečný provoz. Požadavky na technické a věcné vybavení jsou stanovené ve vyhlášce č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. (vyhláška č. 92/2012 Sb.)

Na základě této vyhlášky je nutné, aby zdravotnické zařízení splňovalo obecné požadavky, mezi které patří: (vyhláška č. 92/2012 Sb.)

- provozně uzavřený a funkčně provázaný celek,
- umístění v nebytových prostorech, které splňují požadavky na výstavbu,
- zabezpečení dodávky pitné a teplé vody,
- zabezpečení odvodu odpadních vod,
- vybavení systémem přirozeného či nuceného větrání a systémem vytápění,
- zabezpečení připojení na přívod elektrické energie,
- zabezpečení připojení k veřejné telefonní síti,
- zabezpečení počítače s připojením k internetu.

3.4 Management team a personální zabezpečení

Každá organizace vyžaduje efektivní vedení, aby tak mohla v konečném důsledku poskytovat vysoce profesionální odbornou péči. Vedoucí pracovníci mají důvěru

a zodpovědnost a stávají se tak efektivním a vyhledávaným poskytovatelem zdravotní péče. Vedení, které účinně vykonává řízení, kontroly poskytovaných služeb, hodnotí a informuje své podřízené a kolegy o svých záměrech, přispívá ke zvyšování kvality

poskytovaných služeb a také vytváří příznivé podmínky celému multidisciplinárnímu týmu v organizaci. (Plevová, 2012).

Jak dále uvádí Plevová, zabývající se ve své publikaci tématem managementu ve zdravotnictví „Nároky kladené na manažery jsou vždy vysoké a ve zdravotnictví zvlášť. Manažer by měl být autonomní osobností se silným morálním sebevědomím a se schopností korigovat své vlastní chování. Jen tak může beze zbytku naplnit všechny své manažerské funkce. Mimo to ve zdravotnictví převažuje týmový práce, a proto by měli být vybíráni manažeři s vlastnostmi vhodnými pro týmovou práci, jako je důvěryhodnost, motivační dovednost, konstruktivní kritičnost, spolehlivost, přizpůsobivost a pružnost.“(Plevová, s. 32, 2012). Za stěžejní oblasti manažerské dovednosti a odpovědnosti, jsou považovány:

- vedení
- plánování
- organizování
- rozhodování
- kontrola

„Stěžejní myšlenka je to, že komunikace a time – management (řízení času a nakládání s ním) prostupují všemi oblastmi manažerské činnosti a výrazně je všechny ovlivňují.“ (Hekelová, s. 17, 2012)

Další součástí organizační struktury mobilního hospice je opakovaně zmiňovaný multidisciplinární hospicový tým. Jak řekl na jedné ze svých přednášek (17. 3. 2022 IPVZ) vedoucí Kliniky paliativní péče ve VFN Praha a předseda České společnosti paliativní medicíny (ČSPM) MUDr. Kopecký o důležitosti kvalitního paliativního týmu, spousta odborníků, zakládajících své organizace, může potvrdit důležitost kvalitního a zkušeného lidského potenciálu. To znamená, že nejdůležitějším nástrojem v pomáhajících profesích, se stává sama osobnost pomáhajícího, což zmiňuje ve svých přednáškách také přední vyučující a významná osobnost, stojící u zrodu katedry řízení a supervize v sociálních

a zdravotnických organizacích na FHS UK, Zuzana Havrdová. V České republice je obtížnost získávání lékařů a sester pro tento obor jednou z bariér v možnosti vzniku nových paliativních oddělení, hospiců.

Lékař O. Kopecký dále zmínil počet paliatrů v ČR přibližně 160, přičemž přesný přehled atestovaných lékařů v oboru Paliativní medicína počínaje rokem 2001 doposud

je veřejně dostupný na stejnojmenných internetových stránkách: (<https://vzdelavani.paliativnimediceina.cz/atestujici-lekari/>). [cit. 2022-05-04]

Péči pro klienty tohoto mobilního hospice bude poskytovat multidisciplinární tým. Vzhledem k tomu, že jde o mobilní specializovanou péči, bude v tomto případě nutné, aby byla zdravotní péče dostupná celých čtyřadvacet hodin denně, sedm dní v týdnu, tzv. režim 24/7.

Mobilní hospic je povinen se při zabezpečování lidských zdrojů řídit vyhláškou č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Pokud nahlédneme do této vyhlášky, zjistíme, že konkrétně domácí péče je pak upravena v příloze č. 8. (vyhláška č. 99/2012 Sb.) V souladu se stanoviskem Fóra mobilních hospiců (dále jen zkratka FMH) a České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP a vzájemnou dohodou VZP ČR a svazem zdravotních pojišťoven (dále jen SZP), bude personální zabezpečení od 1. ledna 2021 následující: (zápis z jednání ve věci paliativní péče, 2020).

Varianta I:

Tabulka 6: Varianty personálního zabezpečení mobilních hospiců

Lékař se zvláštní odbornou způsobilostí nebo specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína (nositel L3) v úvazku minimálně 0,5 – tento úvazek může být zajištěn pouze 1 lékařem, který současně plní funkci vedoucího pracoviště;
Lékař se specializovanou působností v oborech, které jsou základními obory pro nastavbový obor paliativní medicína (nositel L3) v úvazku 0,7 – tento úvazek může být složen maximálně ze 4 lékařů.
Všeobecné sestry způsobilé k výkonu povolání bez odborného dohledu v úvazku 5,0 s tím, že úvazky mohou být složeny maximálně z 10 sester nebo minimálně 3 sester – každá v úvazku 1,0 (40 hod/týden) a zbývající úvazek 2,0 může být složen z nižších úvazků (minimální výše úvazku není stanovena).

Zdroj: (<https://www.paliativnimediceina.cz>, 2021), vlastní zpracování

Varianta II:

Tabulka 7: Varianty personálního zabezpečení mobilních hospiců

Lékař se zvláštní odbornou způsobilostí nebo specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína (nositel L3) v úvazku minimálně 0,2 – tento úvazek může být zajištěn pouze 1 lékařem, který současně plní funkci vedoucího pracoviště;
Lékař se specializovanou způsobilostí v oborech, které jsou základními obory pro nástavbový obor paliativní medicína (nositel L3) v přípravě na atestaci z oboru paliativní medicína v úvazku minimálně 0,2 – tento úvazek může být zajištěn 1 lékařem, který současně plní funkci vedoucího pracoviště;
Lékař se specializovanou působností v oborech, které jsou základními obory pro nástavbový obor paliativní medicína (nositel L3) v úvazku 0,7 – tento úvazek může být složen maximálně z 3 lékařů.
Všeobecné sestry způsobilé k výkonu povolání bez odborného dohledu v úvazku 5,0 s tím, že úvazky mohou být složeny maximálně z 10 sester nebo minimálně 3 sestry – každá v úvazku 1,0 (40 hod/týden) a zbývající úvazek 2,0 může být složen z nižších úvazků (minimální výše úvazku není stanovena).

Zdroj: (<https://www.paliativnimedicina.cz>, 2021), vlastní zpracování

Závěrem z jednání odborníků a zástupců FMH, VZP ČR a SZP ČR (Fórum mobilních hospiců, Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky a Svaz zdravotních pojišťoven České republiky) je fakt, že zdravotní pojišťovny jsou připraveny v budoucnu ve věci personálního zabezpečení odb. 926 a smluvní politiky ve vztahu k odb. 720 nadále jednat.

3.4.1 Specifika role sestry v paliativním týmu

Jedním z podstatných aspektů pomáhající profese je vlastní osobnost pomáhajícího. Management se zajímá o odbornou zdatnost, znalosti, kvalifikace, a dle již zmíněné odborné emeritní garantky studijního programu řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, a autorky publikací, zabývající se hodnotami v prostředí sociálních a zdravotních služeb, Z. Havrdové, musí mít člověk v pomáhající profesi schopnost adekvátně reflektovat kontext a citlivě aplikovat hodnoty profese.

Je tedy nezbytné kontinuální vzdělávání sester, i když ne každé vzdělání a zvýšení kvalifikace vede ke změně v pojetí, chápání hodnot a větší citlivosti k pacientově duši.

V paliativní péči obzvlášť platí, že je nutné hledat odpověď na to „kde je moje místo“, v příběhu péče konkrétního nemocného, jak sdělil vedoucí ošetrovatelského týmu jednoho pražského hospice.

Je tedy vhodné tvrzení, že bakalářské studium ošetrovatelství by mělo být v budoucnu pro všechny sestry standardním vzdělávacím stupněm, který je zapotřebí pro práci

v komplexním týmu zdravotní péče a pro její co nejkvalitnější poskytování. Jistěže jsou velmi cenné letité zkušenosti profesně starších sester, avšak neustále se vyvíjející systém ošetrovatelské péče je zapotřebí doplnit také prostřednictvím kvalitního následného vzdělání. Vzdělání je základním elementem, na kterém by měly být zkušenosti stavěny (Long, Bernier, Aikenm, 2004).

Jestliže bude kultivováno vzdělání na vyšších úrovních, sestry budou schopné samostatně obstat v náročné komplexní péči nejen o pacienta, ale být také dobrým rádcem a edukujícím pro pečující rodiny. Vzdělaná a erudovaná sestra se pro pacienta i pečující rodinu stává pomyslnou jistotou a bezpečím, neboť vstupuje k nemocnému často sama bez lékaře. (Florence, 2017, s 28-29)

Stěžejní nutnou dovedností sestry se stává komunikace, která musí probíhat dvojitě, k pacientovi a rodině v jednom čase. Vidíme ve své profesi často velmi obdobné typy onemocnění pacientů, ale vždy odlišné příběhy nejen jich samotných, ale celých rodin. A naší úlohou je přinášet do rodin naší přítomností klid.

Mnoho publikací, zabývajících se hodnotami v managementu nás vybízí k nutné resocializaci pracovníků, kteří mají takzvaně fixované formy chování. Vedení organizací a sám management se podílí na formulaci této vize a mise, jako i s podporou celkové filosofie a předávání příkladu svému týmu spolupracovníků. Je důležité znát hodnoty organizace a položit si vnitřní dotaz, zda jsem součástí společenství a mám společné hodnoty, zaměřené na službu, nebo zda se realizuji sám pro sebe.

Je žádoucí, aby speciálně sestra v paliativním týmu měla kladný vztah k lidem, očekává se také soucitný solidární přístup. Od žádné sebevíc odbornostně vzdělané sestry nelze očekávat, že se osvědčí v profesi, ke které nemá vnitřní vztah. Neboť tvrzení, že dovednosti a znalosti lze získat relativně snadno, ale osobnost snadno změnit nelze, jsou faktem. Odbornosti v paliativní péči, týkající se kliniky odlišností onkologických onemocnění jsou podstatné aspekty, díky kterým vzdělaná, zkušená sestra zdatně vstupuje do rodiny klienta a ví, jakého pacienta má před svými zraky.

Zde je také důležité uvědomění, že paliativní tým dochází do rodiny, to on navštěvuje pacienta, ne opačně, pacient nás.

Ze všech rozhodnutí, které vedoucí sestra, manažer provede, nejsou žádná tolik důležitá, jako ta o lidech, neboť právě ta určují výkonnostní schopnost organizace a je v zodpovědnosti manažera, aby jeho tým podával odpovídající výkony.

Efektivní pracovník se ve svém pracovním výkonu nezaměřuje pouze na splnění svých úkolů, ale zamýšlí se, jaký přínos jeho práce vůbec má, přemýšlí nad dlouhodobějšími cíli, které prozatím přesahují jeho nasazení.

Finanční motivace pro práci v paliativním týmu mobilního hospice

Odměňování pracovníků je obecně ovlivněno právní formou poskytovatele zdravotních služeb (dále jen PZS). PZS, kteří jsou příspěvkovými organizacemi, se řídí nařízením vlády, obsaženém v zákonu č. 263/2018 Sb., v oblasti odměňování zaměstnanců ve veřejných službách a správě a státních zaměstnanců v platném znění, který definuje společné jednotné principy odměňování. Úprava platových poměrů má přísně regulační charakter.

Oproti tomu PZS, kteří mají jinou právní formu než je příspěvková organizace, jsou řazeni mezi nestátní ZZ. (zdravotnická zařízení – resp. poskytovatelé zdravotních služeb), dále jen ZZ a odměňování zaměstnanců těchto ZZ není regulováno.

Není možné, aby jediným motivačním faktorem bylo finanční ohodnocení naší práce. Významnějším motivujícím faktorem, než finanční ohodnocení, se již v moderních organizacích stává také příznivé klima a prostředí uvnitř organizace, v týmu – tedy to, co nazýváme firemní kulturou.

Dle poskytnutých dat ÚZIS jsou v přílohové části DP uvedeny průměrné hrubé mzdy pro výkon práce/pozici všeobecné sestry (Příloha č. 3).

3.5 Marketingový plán

Důležitou součástí realizace hospicového zařízení je samozřejmě taktéž marketingový plán. Jeho správné zacílení totiž dokáže značně ovlivnit provoz celého zařízení. Nejprve je potřeba týmově formulovat a vytyčit poslání, vize a cíle organizace. Po tomto kroku je možné přistoupit k definování cílové skupiny uživatelů služeb a posléze navázat zpracovaným marketingovým mixem 4P.

Také M. Blažková (2007), autorka zaměřující se ve svých publikacích na strategický marketing uvádí, že součástí strategického řízení organizace je stanovení jejího poslání, vize a cíle. Zatímco první zmiňovaný krok, a tudíž poslání bude popisovat základní funkci dané organizace ve společnosti v současnosti, pak vize představuje obraz budoucnosti a popisuje, čeho chce firma dosáhnout. Aby mohla být činnost úspěšná, je zapotřebí stanovit jak poslání, tak i vizi. Jedno bez druhého totiž nemůže fungovat.

Poslání:

Posláním je umožnit pacientům v konečné fázi života a jejich rodinám prožít poslední čas v domácím prostředí a spolu, a poskytnout jim potřebnou podporu.

Vize:

Stát se vyhledávaným a konkurenceschopným zařízením v dané metropoli s maximálně profesionálním přístupem ke svým klientům a zaměstnancům.

Cíle:

Cílem je pečovat o umírající nemocné v dospělém věku života v konečných fázích života.

3.5.1 Cílová skupina uživatelů služeb

Hlavní cílovou skupinu uživatelů služeb budou tvořit nemocní pacienti, u kterých již došlo k ukončení kauzální kurativní léčby (kupříkladu léčba onkologická) a u kterých byla tato léčba nahrazena léčbou symptomatickou a nelze zabezpečit jiným způsobem adekvátní léčbu, nastupuje tedy léčba paliativní – tato léčba bude poskytována všem bez rozdílu pohlaví, věku nebo náboženskému vyznání, kdo se na mobilní hospic obrátí.

Členům rodiny bude dále poskytováno taktéž odborné poradenství a podpora v truchlení, jestliže o tyto služby budou mít zájem.

3.5.2 Marketingový mix 4P

Takzvaný marketingový mix (4P) lze vymezit jako souhrn vnitřních činitelů organizace neboli soubor nástrojů, prostřednictvím kterých lze ovlivňovat chování spotřebitele. Tyto nástroje marketingu je nutno mezi sebou kombinovat a harmonizovat takovým způsobem, aby pokud možno co nejlépe odpovídaly vnějším podmínkám, tzn. trhu. Teprve až potom mohou skutečně efektivně plnit svou funkci a přinášet synergický efekt. (Zamazalová, 2010)

R. Johnová (2008) lektorka kurzů marketingu dodává, že se jedná o tyto uvedené složky, které marketingový mix obsahuje:

- *P - (product) produkt,*
- *P - (place) distribuce,*

- *P - (price) cena,*
- *P - (promotion) komunikační mix.*

Tato jednotlivá 4 P označení jsou zkratkami anglických slov, jež vyjadřují daný marketingový nástroj. (Zlámal, 39)

Produktem mobilního hospice je nabízená služba hospicové péče v regionu Praha. Primární služba, kvůli které je tento mobilní hospic také zřízen, je určená pro nemocné, kteří jsou v preterminálním a terminálním stádiu nemoci, u kterých kurativní terapie není možná či již došlo k jejímu ukončení.

Péči bude klientům poskytovat profesionální multidisciplinární tým, který je speciálně vyškolený v paliativní péči. Tento mobilní hospic může garantovat (na základě smluvních vztahů) dostupnost služeb čtyřadvacet hodin denně, a to sedm dní v týdnu.

Péče bude klientům poskytována na základě písemného kontraktu a také informovaného souhlasu. Od kontraktu může klient kdykoliv bez udání důvodů odstoupit. Kromě toho bude tento mobilní hospic taktéž poskytovat odborné sociální poradenství, půjčovnu zdravotnických pomůcek a podporu pozůstalým rodinám.

Mobilní hospic si klade za cíl také předávat své zkušenosti, posouvat téma paliativní péče do popředí zájmu laické veřejnosti a v neposlední řadě usilovat v budoucnu o větší spolupráci zdravotní a sociální péče. Pro tento účel budou prostory hospice možným místem setkání odborníků, laické veřejnosti při společných debatách.

3.5.3 Umístění (distribuce)

Sídlo budoucího mobilního hospice se nachází v centru Prahy 1. Toto místo je současně sídlem Rytířského řádu Křižovníků s červenou hvězdou. Sídlo hospice bude v budově č. 4 na Platněřské ulici.

Před budovou se nachází několik parkovacích míst, která budou sloužit jednak pro podniková vozidla, osobní automobily zaměstnanců tohoto hospice a jednak pro eventuální návštěvy.

3.5.4 Cena služby

Předpokládá se, že mobilní hospic bude využívat vícezdrojového financování služeb. V případě uzavření smluvního vztahu o úhradě MSPP se zdravotními pojišťovnami bude

dále po klientech požadována finanční spoluúčast (příspěvek za péči), a to v celkové výši 350 Kč za jeden den péče. Dle získaných informací 4. května 2022 [online] s projektovou manažerkou FMH plyne zpráva, že některá z hospicových zařízení vybírají tyto poplatky spojené s péčí od pacientů jak v situaci, kdy je uzavřena smlouva se zdravotní pojiťovnou pacienta, tak v situaci, kdy smlouvu uzavřenou nemají. Tento poplatek ale není možné vybírat za poskytnuté zdravotní služby, ale je možné a v praxi ho některé hospice aplikují, vybírat poplatek, související s poskytováním a koordinací poskytované multiprofesionální péče. Tyto služby, zahrnující i dobrovolnickou výpomoc, zajištění návštěvy psychosociálního pracovníka, zajištění kompenzačních pomůcek a další, směřují k tomu, aby o umírajícího a jeho rodinu bylo postaráno po všech stránkách. (zdravotní, psychosociální, spirituální). Smyslem finanční spoluúčasti klientů je zabezpečení pokrytí nákladů na poskytovanou multiprofesní péči, které jsou spojené s provozem mobilního hospice. Tento model se tedy v praxi běžně vyskytuje a je používán.

Také v případě, že má hospicové zařízení v péči pacienta, s jehož zdravotní pojišťovnou nemá uzavřenou smlouvu nebo pokud tento klient není zařazen do úhrady zdravotní pojišťovny, kupříkladu z důvodu nesplnění indikačních kritérií, může tak hospic vybírat nějaký poplatek za péči.

V případě, že dojde ke generování zisku, ten bude znovu reinvestován do dalšího rozvoje služeb tohoto mobilního hospice.

Pokud jde o výše zmiňované odborné sociální poradenství a podporu pozůstalým rodinám, tyto služby budou poskytovány bezplatně.

3.5.5 Komunikační mix

S propagací nově založeného mobilního hospice je nutno započít minimálně tři měsíce před plánovaným otevřením. Propagace a s ní spojená marketingová komunikace tohoto mobilního hospice je nutná pro informování veřejnosti o existenci tohoto typu služby v regionu Praha.

Další spolupráce bude navázána s regionálními obcemi, které budou opět informovány o nově založeném mobilním hospici. Obce mají možnost informace předat občanům za pomoci informační desky, internetových stránek či v rámci lokálního zpravodaje. K oslovení regionálně přilehlých obcí dojde buď osobně či za pomoci e-mailu, který bude adresován starostovi dané obce. Ten pak může informace předávat dál občanům, například

uveřejněním na obecní tabuli, či na internetových stránkách obce, anebo i za pomoci místního rozhlasu.

Plánována bude také účast na jedné z akcí konajících se v celé České republice u příležitosti Světového dne hospicové péče, dne 9. října a také Národní hospicové pouti, abychom tak veřejnost i ostatní hospicové zařízení informovali o vzniku naší služby v regionu Praha.

Dalšími nástroji komunikačního mixu, které budou k propagaci tohoto mobilního hospice využity, jsou následující:

- internetové stránky mobilního hospice,
- sociální sítě,
- informační letáky a vizitky,
- regionální tisk,
- regionální televize.

Jak je patrné z údajů uvedených výše, pro účely propagace a informování případných klientů má hospic v plánu vytvořit vlastní internetové stránky. Prioritou je, aby byly maximálně přehledné a aby obsahovaly souhrnné informace o poskytovaných službách, a to včetně ceníku. Jejich tvorbu bude mít na starosti webdesigner.

Kromě internetových stránek bude mobilní hospic také využívat účty na sociálních sítích, a to konkrétně na Facebooku. Zde by měly být zejména zveřejňovány aktuální informace týkající se činnosti hospice, ale také například informace o plánovaných dobročinných akcích a setkáních. Veřejnost bude moci využít soukromé zprávy jako jeden z možných přímých prostředků komunikace s mobilním hospicem.

Mobilní hospic ovšem chce využít také regionálního tisku, kam by rád umístil informace ohledně svého vzniku a poskytovaných služeb. Využít chce taktéž TV Noe, která se podílí na množství pořadů s tematikou umírání a paliativní péče a propagovat se bude i za pomoci informačních letáků či vizitek v okolních farnostech v centru Prahy.

3.6 Provozní plán

Hospic bude provozován v prostorách vlastněných řádem Křižovníků s červenou hvězdou. Prostory se nachází v přízemí budovy, jedná se celkem o tři místnosti o celkové rozloze 75 m² spolu se sociálním zařízením a místností pro sklad kompenzačních pomůcek. Technické vybavení hospice je dáno vyhláškou č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální

technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. Ke klíčovému kroku, kdy je získána zdravotní registrace je zapotřebí zajistit provozní řád, který schválí krajská hygienická stanice. V provozním řádu jsou detailně popsány hygienické požadavky na provoz zdravotnického zařízení, s ohledem na zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Pokud vybrané prostory sloužily doposud k jiným účelům, je zapotřebí provést změnu příslušných prostor na místním stavebním úřadě, tento proces je zakotven v zákoně č. 283/2021 Sb., (změna v užívání stavby - § 126 a 127) (Úprava stavby, 2022).

Stavební úřad bude požadovat závazné stanovisko hygienické správy k provoznímu plánu, stanovisko hasičů, revize elektroinstalace, revize hromosvodů, eventuálně jiné, dle individuálních podmínek. Poté bude vypracován vrchní sestrou Provozní plán, následně schválen ředitelem, a poté schválen správním odborem příslušné hygienické stanice. Následující kroky povedou k jednání na krajském úřadě, který vydá souhlas k provozování zdravotních služeb - v našem případě MSPP ve vlastním sociálním prostředí pacienta.

Organizační řád hospice je dokument, který bude definovat organizační strukturu, vymezí činnosti jednotlivých pracovníků, zásady vedení a řízení.

Struktura organizace mobilního hospice

- zakladatel
- ředitel hospice
- správní rada – předseda a další dva členové správní rady

3.7 Finanční plán

„Finanční plán transformuje předchozí části podnikatelského plánu do číselné podoby. Prokazuje reálnos podnikatelského záměru z ekonomického hlediska. Výstupy finančního plánu tvoří zejména plán nákladů, plán výnosů, plán peněžních toků, plánovaný výkaz zisku a ztráty, plánovaná rozvaha, finanční analýza, výpočet bodu zvratu a plán financování“. (Srpová a kol. 2020, s. 28)

Pochopitelně velmi důležitou složkou podnikatelského plánu je i samotný finanční plán. Ten by měl představovat základ finančního řízení každého zdravotnického zařízení. Finanční plán vychází u celkové strategie podniku. Jeho hlavním cílem je určení finančních cílů firmy. Je potřeba, aby splňoval svůj účel, především, jak se jednotlivé aktivity promítají

do finančních kategorií a souběžně s tím i zabezpečit finanční rovnováhu. Při sestavování je nutno zohlednit objektivní poznání vnitřních podmínek organizace, ale rovněž i celkovou situaci na trhu. (Janišová a Křivánek, 2013) Další důležitou součástí finančního plánu je členění nákladů na variabilní a fixní. Variabilní jsou takové náklady, které se s objemem poskytovaných služeb budou měnit. Na základě této skutečnosti je také velmi náročné je odhadovat předem. Dalo by se říct, že manažer musí být zároveň matematik/dobrý počtář, aby nebyla organizace neustále prodělečná.

Tabulka 8: Příjmy, náklady

Pronájem přístroje a vybavení	Kus	Cena/den	Měsíc	Rok
Lineární dávkovač	4	83	9 960	119 520 Kč
Infúzní pumpa	4	83	9 960	119 520 Kč
Pulsní oxymetr	5	5	750	9 000 Kč
Antidekubitární matrace	10	17	5 100	61 200 Kč
Odsávačka	6	5	900	10 800 Kč
WC židle	10	14	4 200	50 400 Kč
Polohovací lůžko	6	33	5 940	71 280 Kč
Kyslíkový koncentrátor	1	50	1 500	18 000 Kč
Dýchací přístroj přenosný	5	50	7 500	90 000 Kč
Příspěvek na péči od zdravotní pojišťovny	Počet	Cena/den	Měsíc	Rok
Pacienti	5	1 257	188 550	2 262 600 Kč
Dotace od kraje	Počet	Cena/den	Měsíc	Rok
Pacienti	5	500	75 000	900 000 Kč
Dary	Počet	Cena/den	Měsíc	Rok
Pacienti	5		120 000	1 440 000 Kč
Veřejná sbírka	Počet	Cena/den	Měsíc	Rok
Pacienti	5		40 000	480 000 Kč
Příspěvek od pacienta	Počet	Cena/den	Měsíc	Rok
Pacienti	5	350	52 500	630 000 Kč
Celkové příjmy				6 742 320 Kč

Zdroj: vlastní výpočty, 2022

Tabulka 9: Variabilní náklady

Osobní náklady/ mzda	úvazky	Mzda	Mzda (s odvody)	Měsíčně (u mezd včetně odvodů)	Roční náklad (u mezd včetně odvodů)
Všeobecná sestra (35000 Kč. zakl. mzda + 5000 Kč. příplatky)	5	30 000	43 800	219 000	2 628 000 Kč
Příplatek za vedení vrchní sestra	1	1 250	1 825	1 825	21 900 Kč
Lékař atestovaný v PM	1	45 000	65 700	65 700	788 400 Kč
DPP lékař pohotovost	1	30 000	43 800	43 800	525 600 Kč
Sociální,administrativní pracovník	0,5	25 000	36 500	18 250	219 000 Kč
Vedoucí společnosti	0,5	35 000	51 100	25 550	306 600 Kč
Opravy a energie	m 2	Kč/m 2		Měsíc	Rok
Energie a služby	66	121		7 986	95 832 Kč
Opravy a údržba prostor	66	20		1 320	15 840 Kč
Amortizace vybavení prostor				416,6	4 999 Kč
Vybavení prostor k činnosti	66	750			49 500 Kč
Služby	počet	příspěvek (Kč/ den)		Měsíc	Rok
OOPP pro zaměstnance	8			250	3 000 Kč
Stravné	8	80		12 800	153 600 Kč
Pohonné hmoty	2			4 500	54 000 Kč
Telefony paušál, internet	7	600		4 200	50 400 Kč
Mobilní telefon	7	8 500			59 500 Kč
Počítač + tiskárna	4	25 000			100 000 Kč
Roční revize zdravotnických přístrojů	1	8 000			8 000 Kč
Likvidace infekčního odpadu	1			300	3 600 Kč
Účetnictví a mzdy	1	9 500		9 500	114 000 Kč
Spotřební materiál	počet	jedn. Cena		Měsíc	Rok
Spotřební materiál	1	6 000		6 000	72 000 Kč
zdravotnický materiál	1	10 000		10 000	120 000 Kč
Náklady na pacienta	počet	jedn. Cena		Měsíc	Rok
léky	5	300		30 000	360 000 Kč
Pleny+ podložky+obvazy	5	125		12 500	150 000 Kč
Cestovné – 20 km/pacient/den	5	120		12 000	144 000 Kč
Souhrn					6 047 771 Kč

Zdroj: vlastní výpočty, 2022

Tabulka 10: Fixní náklady

Nájemné	m ²	Kč/m ²		Měsíc	Rok
Kancelářská/pobytová místnost pro sestry	25	304		7 600	91 200 Kč
Kancelář vedení a administrativy	18	304		5 472	65 664 Kč
Sklad kompenzačních pomůcek	23	304		6 992	83 904 Kč
Doprava	počet	jedn. Cena		Měsíc	Rok
Leasing automobilu včetně pojištění	2	6 500		13 000	228 000 Kč

Zdroj: vlastní výpočty, 2022

Tabulka 11: Náklady na pořízené vybavení

Přítroje a vybavení	kusů	Cena pořízení			Rok
Lineární dávkovač	4	30 000			120 000 Kč
Infúzní pumpa	4	30 000			120 000 Kč
Pulsní oxymetr	5	1 500			7 500 Kč
Brašna zdravotnická pro sestry a lékaře	3	6 500			19 500 Kč
Antidekubitární matrace	10	3 000			30 000 Kč
Odsávačka	6	4 500			27 000 Kč
WC židle	10	2 000			20 000 Kč
Polohovací lůžko	6	12 000			72 000 Kč
Kyslíkový koncentrátor	1	30 000			30 000 Kč
Dýchací přístroj přenosný	5	6 000			30 000 Kč
Souhrn					944 768 Kč

Zdroj: vlastní výpočty, 2022

Tabulka 12: Celkové náklady

Variabilní náklad	6 047 771 Kč/rok
Fixní náklad	468 768 Kč/rok.
Celkové náklady	6 516 539 Kč/rok

Zdroj: vlastní výpočty, 2022

3.7.1 Analýza bodu zvratu

Analýza bodu zvratu bude dobrý pomocník, i v případě že nastíní pouze odhad o tom, jak citlivé jsou zdroje financí na změnu v příslušné organizaci.(Finch,101). Výpočet údajů, snížení tržeb, většinou uvedený procentuálně, poskytne informaci, v kterém bodě bude organizace při kalkulovaných nákladech ve stavu nulového zisku. Vhodným je tedy výpočet bodu zvratu, tedy „zjištění množství produkce, které nám zajistí, že nebudeme ve ztrátě.“(Srpová, 30) Aby bylo možné dosáhnout výpočtu bodu zvratu, je zapotřebí znalost a rozdělení nákladů, v našem případě mobilního hospice, do kategorií: -

- *náklady fixní celkové*
- *náklady fixní provozní*
- *náklady variabilní*

Fixní náklady celkové jsou svojí povahou neměnné, není možné, alespoň v krátkém časovém období je měnit, do této kategorie patří kupříkladu zakoupené zdravotnické přístroje. Mezi fixní náklady provozní řadíme mzdy multiprofesního týmu, nájem prostor, servisní prohlídky přístroje, služby, energie a další.

K výpočtu bude použit následující vzorec:

$$Q = \frac{F}{P - VC}$$

Q – bod zvratu
F – fixní náklady
P – cena za jednotku
VC – variabilní náklad

Q – bod zvratu

F – 944 768 Kč/rok.

P – 6 120 445 Kč/rok. (3 353 Kč/osoba /den)

VC – 6 047 771 Kč/rok.

$$Q = \frac{F}{P - VC}$$

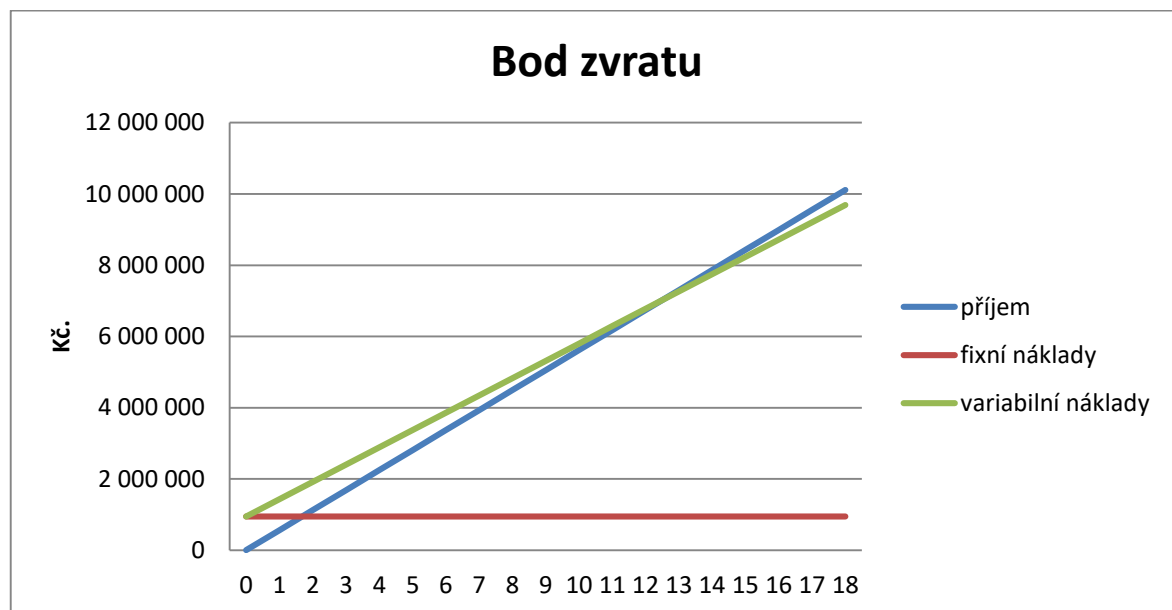
$$Q = \frac{944\,768}{6\,120\,445 - 6\,047\,771}$$

$$Q = \frac{944\,768}{72\,674}$$

Q = 13 měsíců

(<https://www.petrjiranek.cz/pojmy/bod-zvratu/>, [cit. 2022-03-16]).

Tabulka 13: Bod zvratu



Zdroj: vlastní výpočet, 2022

Při výpočtu bodu zvratu byly využity předpokládané variabilní a fixní náklady, dále bylo zohledněno první nutné vybavení pro podnikatelskou činnost.

Náklady a výnosy se po výpočtu zvratu vyrovnají za 13 měsíců od zahájení podnikatelské činnosti. Při předpokládaných plánovaných výkonech dojde k vyrovnání za 13 měsíců.

Zahajovací kapitál v počátku vzniku hospice bude činit 100 000 Kč., další nutné finanční prostředky budou řešeny podnikatelským provozním úvěrem.

Z vlastních zdrojů podnikatele bude poskytnuto 100 000 Kč.

Finanční prostředky na vlastní činnost budou získávány prostřednictvím úhrady od veř. ZP za zdravotní složku služby, z příspěvku na péči od pacientů za nezdravotní část poskytované služby. Rozdíly financí budou hrazeny z darů od firem a individuálních sbírek a grantů.

Cash flow

“Pojem cash flow znamená tok hotovosti peněz a je pro podnikání nezbytný k přehledu o peněžních tocích. Představuje rozdíl mezi příjmy a výdaji peněžních prostředků a pro podnikatele je důležité mít přehled o jejich stavu. Právě pomocí cash flow získá podnikatel informaci o tom, kolik peněz bylo skutečně „vyprodukováno“ a jakým způsobem byly využity. Získané poznatky z výkazu cash flow jsou důležité nejen pro vlastníka firmy, ale i pro případné investory nebo věřitele.” (<<https://www.iucto.cz>>, [cit. 2022-04-20]).

- Pořízení vybavení 476 000 Kč.
- Příjmy 561 860 Kč/ měsíc.
- Výdaje 518 962 Kč/měsíc

Měsíční sestava nákladů a výnosů

- Výnos 561 860 Kč
- Varibilní náklad 485 898 Kč
- Fixní náklad 33 064 Kč.
- Celkové náklady 518 962 Kč.
- Rozdíl 561 860 – 518 962 = 42 898 Kč.
- zisk = 0 Kč. Organizace je koncipována jako nezisková organizace s plánovaným ziskem 0 Kč. Případný zisk bude použit na rozvoj činnosti nebo vybavení organizace.

III. PRAKTICKÁ ČÁST

Mezi hlavní přednosti kvalitativního výzkumu patří podle J. Hendla (2005), odborníka v oblasti výzkumu v sociálních a biomedicínských vědách, podrobný popis určitého fenoménu, specifické skupiny, která je zkoumána ve svém přirozeném prostředí a tím umožňuje sledovat procesy a zkoumat příčinné souvislosti. Přestože se jednotlivé metody a strategie výzkumu mohou od sebe lišit, v závislosti a vztahu k tématu, mnoho základních kroků a postupů zůstává v procesu výzkumu stejných.

Pro účely praktické části a dosažení cíle DP byly použity metody kombinovaného výzkumu. Dle výkladu Strausse, Corbinové (1999), je možné tyto dva typy přístupů využívat. Kvalitativní část zkoumá život čtyř zvolených organizací MSPP způsobem polostrukturovaných rozhovorů a usiluje o nové, detailní poznatky z praxe. Naproti tomu kvantitativní část je tvořena z dotazníkového šetření, přičemž ověřuje a doplňuje závěry polostrukturovaných rozhovorů. Kombinace zvolených metod společně ovlivňuje naplnění cíle práce.

Poté, co bylo identifikováno téma a určena oblast zkoumání a jeho smysl, věnovala jsem se postupně dalším krokům v procesu výzkumu, jako jsou: příprava, plán výzkumu, provedení studie, zpráva o výsledcích studie.

Aby výzkum splnil má očekávání a stal se zdrojem nových poznání a doplnil danou problematiku o hodnotné přínosy, bylo třeba zorientovat se cestou teoretického poznání v dané problematice, ale také osobně vnést do procesu tvorby kreativitu a originalitu vlastních myšlenek.

4 CÍL PRÁCE

Vytvoření Podnikatelského záměru pro zřízení nového mobilního hospice.

Faktory, které se vztahují a ovlivňují naplnění cíle práce:

- Definice a popis oblastí, které při zakládání mobilního hospice bránily procesu založení nebo tuto dobu zkrátily.
- Identifikace způsobů a výběru personálního obsazení pracovníků potřebných kvalifikací.

4.1 Metodologie

K naplnění cíle diplomové práce byly v praktické části práce využity poznatky empirických podkladů, které jsou složeny z identifikace dobré praxe ve zvolených

4 organizacích MSPP. Jak popisuje odborník na kvalitativní výzkum Švaříček, *„nástrojem kvantitativního výzkumu je dotazník, zatímco kvalitativní výzkumníci používají rozhovor. Takovéto pojetí vede ke značnému zjednodušení odlišností obou metodologických přístupů. Cílem hloubkového a polostrukturovaného rozhovoru je získat detailní a komplexní informace o studovaném jevu (kvalitativní přístup), zatímco účelem standardizovaného strukturovaného rozhovoru je položit všem respondentům několik identických otázek ve stejném pořadí (kvantitativní přístup)“*. (2007, s. 13) Prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů byly postupně získána a analyzována data o historii vzniku, fungování a současné praxi hospiců spolu s bariérami a rizikovými oblastmi. Kontaktovány byly 4 mobilní hospice v ČR, z nichž dva se nacházejí v Královéhradeckém kraji, další v Praze a poslední z nich ve Středočeském kraji. Struktura rozhovorů je znázorněna v Příloze č. 2. Prostřednictvím daných rozhovorů byly zaznamenány výpovědi z praxe fungujících zařízení a staly se inspirací pro tvorbu konkrétního podnikatelského plánu, který je předmětem DP.

Dalším objektem stanoveného zkoumání, na který je kladen v teoretické části práce také důraz, viz kapitola 3.4.1, je identifikace pozic pracovníků, konkrétně sester MSPP, z hlediska jejich kvalifikací a nutných předpokladů pro výkon povolání. K tomuto účelu byl vytvořen pro sestry dotazník a zaslán do kontaktovaných mobilních hospiců v domluveném čase.

Po získání a zpracování dat z jednotlivých hospicových zařízení, byla provedena komparace výpovědí ve vzájemných odlišnostech. Srovnáváním byly identifikovány

odlišnosti spjaté s rozdílným prostředím. Na základě provedené analýzy dotazníkového šetření a kódovaných rozhovorů byl vytvořen závěr. K dotvoření podnikatelského záměru byla vytvořena SWOT analýza připravovaného modelu mobilního hospice. Po této části následuje souhrnná část, která je hodnocením získaných dat spolu s interpretací.

4.1.1 Metody a techniky a sběru dat

Charakteristika zkoumaného souboru respondentů

Na počátku bylo osloveno 6 organizací MSPP, postupně 4 z nich potvrdili spolupráci a svolili participovat na praktické části mé DP. Soubor respondentů pro výzkumné rozhovory se skládal ze čtyř osob, působících ve vedení mobilních hospiců. Pro dotazníkové šetření byly osloveny všechny sestry, působící ve zmíněných čtyřech organizacích. Jednotlivé organizace byly osloveny prostřednictvím emailu se žádostí o spolupráci a vybrány ty, které s podmínkami účasti souhlasily. Na základě již předem promyšleného plánu získávání dat od respondentů byl vytvořen informovaný souhlas, který byl zaslán organizacím se žádostí o vyjádření souhlasu a zasláním zpět, viz Příloha č. 4.

4.1.2 Průběh výzkumu a analýza získaných dat

- oslovení vybrané skupiny respondentů zkoumaného vzorku
- distribuce dotazníků pro sestry mobilního hospice H1, H2, H3, H4
- rozhovory s managementem mobilních hospiců s označení H1, H2, H3, H4
- uložení zvukových souborů z nahraných rozhovorů
- sběr vyplněných dotazníků, třídění vzorků, analýza dotazníků
- osobní návštěva mobilního hospice H1, H2, H4
- zápisy do terénního deníku
- přepisy rozhovorů,
- kódování kvalitativních dat ze záznamu rozhovorů,
- vyhodnocení dat, závěry

4.1.3 Dotazníkové šetření

Do analýzy dotazníkového šetření byly zahrnuty mobilní hospice s označením H1, H2, H3, H4, pro zachování jejich anonymity. Stejně označení se bude vyskytovat ve výsledcích

kódovaných hloubkových polostrukturovaných rozhovorů, které byly uskutečněny s managementem těchto čtyř hospicových zařízení. Na adresy hospicových zařízení byly poštou odeslány tištěné dotazníky v papírové formě s prosbou o jejich distribuci mezi sestry, které mají ve svých týmech. Spolu s dotazníky pro vyplnění byly zaslány označené obálky s poštovní známkou pro zpětné zaslání vyplněných dotazníků mé osobě. Na adresy hospicových zařízení byly poštou odeslány tištěné dotazníky v papírové formě s prosbou o jejich distribuci mezi sestry, které mají ve svých týmech. Spolu s dotazníky pro vyplnění byly zaslány označené obálky s poštovní známkou pro zpětné zaslání vyplněných dotazníků mé osobě.

- Komu je dotazník určený: sestrám v paliativním týmu zvoleného mobilního hospice
- Délka předpokládané administrace dotazníků: 20 minut
- Časové období pro distribuci dotazníků: 2/2022 – 4/2022
- Anonymita dotazníkového šetření: všechny otázky jsou zcela anonymní, jednotlivé organizace jsou pro přehled označeny jako H1, H2, H3, H4.

4.1.4 Rozhovory s managementem mobilních hospicových zařízení

Příklady dobré praxe a zkušenosti z již fungujících hospicových zařízení byly zpracovány k využití a implementaci do praxe pro vznik nového MSPP v Praze. Prováděla jsem je, abych využila příležitosti, učit se od již zavedených organizací a s využitím jejich postřehů se vyvarovala chyb ve své budoucí praxi všeobecné sestry-manažerky. Otázky ve polostrukturovaném rozhovoru byly promyšleny a tvořeny tak, aby naplnily cíl mé práce a poskytly hodnotný výpovědní materiál k sestavení podnikatelského plánu. Rozhovory s představiteli managementu jsem měla dopředu naplánované. S dostatečným předstihem 3 týdnů byly organizacím zaslány konkrétní otázky a informace o rozhovoru, časovém horizontu konání a jeho nahrávání. Již předem jsem byla upozorněna na omezené časové možnosti managementu, přesto jsem se setkala s velkou ochotou a spoluprací dle stanoveného zadání. Ve dvou případech byl rozhovor proveden pouze na základě telefonického spojení, v jednom případě se změnila osoba, s níž byl rozhovor původně domluven. Bylo zapotřebí déle čekat na novou osobu a vyhovující termín organizace.

Ve třech případech doplnily rozhovory moje osobní návštěvy v hospici a předem domluvená setkání s celým multidisciplinárním týmem. Tyto osobní návštěvy doplnily můj

terénní deník o cenné osobní poznámky, kde jsou zaznamenány důležité momenty a postřehy, ukázka viz Příloha č. 5.

Rozhovory probíhaly v domluveném čase, přizpůsobeném možnostem provozu hospice, tak, abych dala najevo úctu, zájem a respekt dotazovanému. K připraveným otázkám vedla cesta přes několik neformálních uvítacích vět. Respondenti byli na začátku telefonického rozhovoru uvědoměni o nahrávání našeho záznamu a nikdo ze 4 dotazovaných neprojevil nevoli. Pokud během rozhovoru došlo k odklonu od tématu otázky, vyvarovala jsem se násilné změně zpět k otázce a nechala respondenta vypovídat. Rozhovory byly nahrávány pomocí aplikace v mobilním telefonu a uloženy se zálohováním pro pozdější možnost zpracování. Po provedení přepisu rozhovorů, byly tyto smazány. Struktura rozhovoru s managementem H1, H2, H3, H4 je dostupná v Příloze č. 2.

Z uložených, zálohovaných rozhovorů probíhal jejich doslovný přepis metodou „tužka a papír“, text byl redukován od mimoslovních sdělení a postupně zvýrazňován s barevným odlišením ve významných výrocích. Následovalo otevřené kódování, jehož cílem bylo pojmenovat a kategorizovat vlastnosti jevů a odhalit co nejvíce údajů se zkoumanými jevy. Otevřené kódování dle Strausse a Corbinové (1999) spočívá v porovnávání a kladení si otázek o údajích. Vznikají poté kategorie a subkategorie, jež jsou následně připojeny k původnímu seznamu otázek. 5 okruhů dotazů v uskutečněných rozhovorech s respondenty posloužilo pro tvorbu kategorií, z nichž jsem poté tvořila sukategorie a k nim postupně přiřazovala jednotlivé kódy. Celek doslovných přepisů rozhovorů nejsou součástí praktické části a splňují tak etické zásady výzkumu, zachovávají anonymitu dat a ochranu osobních údajů. Tyto informace byly respondentům poskytnuty formou informovaného souhlasu (IS), viz Příloha č. 4, na začátku výzkumného šetření. Pouze některé zajímavé fragmenty pasáží a úryvků, byly pro svou originalitu citovány.

4.2 Výsledky dotazníkového šetření

Mobilní hospice s označením H2, H3, H4 odeslaly všechny vyplněné dotazníky. H1 neodevzdal vyplněné dotazníky a zapříčinil podstatnou absenci vzorku respondentů, neboť tento tým je zastoupen největším počtem sester. Důvodem byl pokyn, jenž vydala v období žádosti o vyplnění dotazníků vedoucí sestra týmu, „*nezatěžovat sestry s ničím, co nesouvisí s přímou péčí*“, neboť jsou sestry přetížené a je dlouhodobě podstav pracovníků.

Dotazník mapuje zastoupení sester z pohledu pohlaví a věku, vzdělání a předchozích pracovních pozic, otázky jsou zaměřeny na duchovní založení, tedy víru, nespecifikovanou na konkrétní konfesi a dále sleduje motivaci sester, předchozí pracovní zkušenosti a ochotu setrvat v paliativní hospicové péči. Z výsledku analýzy dat získaných z dotazníků plyne, že nejvíce je zastoupení sester ženského pohlaví. Polovina respondentů dosahuje 50 let věku i více a je možné konstatovat, že do oboru paliativní péče míří sestry až po předchozích dlouhodobých zkušenostech ve státním resortu zdravotnictví péče. 6 dotazovaných zmínilo oddělení akutní péče (ARO) jako předchozí pracoviště, ostatní uváděly také interní oddělení a léčebny dlouhodobě nemocných (LDN). Přestože z odpovědí sester vyplývá, že nemají vždy vzdělání a certifikované kurzy v paliativní péči, ukazuje se motivace, jako velice důležitá veličina a kurzy v paliativní péči si sestry doplňují většinou během průběhu adaptace v novém zaměstnání. Nejvíce respondentů považuje za prioritní osobní motivace ve své profesi, přičemž výše platového ohodnocení není pro sestry jako motivační faktor důležitá. Polovina respondentů dokonce uvedla spokojenost výší svého platu, další 3 respondenti jsou *spíše spokojeni* a 4 sestry z 14 odpověděly, že se touto otázkou nezabývají. Za rozhodnutím stát se hospicovou sestrou, stojí v 9 případech smysluplnost služby v paliativním týmu. Ochota zůstat ve zmíněném oboru je ve většině případů v převažující.

Již v teoretické části práce se zabývám v kapitole 3.4 personálním zabezpečením mobilního hospice a specifikací role sestry v paliativní péči, proto jsem v praktické části jako jeden z faktorů, vztahující se a ovlivňující naplnění cíle, zvolila identifikaci způsobů a výběru personálního obsazení pracovníků potřebných kvalifikací. Poslední z dotazů zkoumá požadavky, které byly ze strany zaměstnavatele na sestry kladeny při přijímacích pohovorech. Z výsledků vyplývá, že mezi důležité předpoklady pro práci hospicové sestry je pro zaměstnavatele lidská a duchovní zralost, porozumění umírajícím, empatie a ochota ke službě. Neméně důležité a všemi zmiňované je nutnost vlastnit řidičský průkaz, což odpovídá potřebě být flexibilní a samostatný ve službě pacientům mobilního hospice v dosahu 30 km. Sestry z hospice H4 na otázku přijímacího pohovoru do týmu odpověděly pouze částečně, neboť většina multiprofesního týmu zakládala hospic společně a tak přijímací pohovory nebyly uskutečňovány.

Tabulka 14: Dotazník pro sestry mobilních hospiců H1, H2, H3, H4

Označení hospice	H1	H2	H3	H4
počet vybraných dotazníků	0	5	4	5
Jaké je vaše pohlaví	0	Žena – 4	Žena – 4	Žena – 5
		Muž - 1	Muž – 0	Muž – 0
Kolik je vám let?	0	54, 45, 53, 49, 47	50, 44, 43, 45	53, 48, 39, 61, 51
Jste věřící?	0	Ano-5	Ano – 4	Ano-4
		Ne -0	Ne - 0	Ne – 1
Vaše nejvyšší dosažené vzdělání	0	SZŠ - 5	SZŠ – 1	SZŠ -3
		VOŠZ - 0	VOŠZ - 0	VOŠZ – 1
		VŠ – Bc. – 1	VŠ – Bc. – 1	VŠ – Bc. – 1
		VŠ – Mgr. - 0	VŠ – Mgr. -1	VŠ – Mgr. -0
		Sestra specialistka – 0	Sestra specialistka – 1	Sestra specialistka -1
Vaše předchozí pracoviště	0	Oddělení akutní medicíny -3	Oddělení akutní medicíny – 1	Oddělení akutní medicíny – 2
		LDN – 1	LDN – 0	LDN – 1
		Jiné – 1	Interní standardní oddělení – 1	Diagnostické ambulance – 1
			Domácí péče – 1	Dětské oddělení – 1
			Dům Sue Ryder	
Uved'te, jak dlouho pracujete jako hospicová sestra (roky)	0	10, 3, 10, 2, 6	6, 6, 5, 1	9, 6, 7, 4, 7, 4 měsíce
Vyberte druh pracovního úvazku	0	HPP – 5	HPP – 3	HPP – 4
		HPP ^{-3/4} úvazek - 0	HPP ^{-3/4} úvazek - 1	HPP ^{-3/4} úvazek - 0
		DPČ - 0	DPČ - 0	DPČ – 1
Označení hospice	H1	H2	H3	H4
Vzdělání ve vztahu k hospicové péči	0	ELNEC – 4	ELNEC – 4	
		Kurz v hospicové péči – 2	Kurz močové katetrizace u mužů -1	Praxe v domácím hospici - 1
		Kurs paliativní péče pro charitní sestry – 1	Kurz ošetřování portu pro enterální výživu – 1	Dokončený vzdělávací kurz – 2
				Neuvedena odpověď – 2
Co vás vedlo k rozhodnutí	0	Smysluplnost této služby – 5	Smysluplnost této služby – 3	Smysluplnost této služby – 1

poskytovat hospicovou paliativní péči?		zkušenosti z praxe – 1	zkušenosti z praxe – 0	zkušenosti z praxe – 1
		Nabídka – 0	Nabídka – 0	Nabídka – 1
		Ztráta zaměstnání - 0	Ztráta zaměstnání - 0	Ztráta zaměstnání – 1
		Odpověď neuvedena – 0	Odpověď neuvedena – 0	Odpověď neuvedena – 1
Jste rozhodnutý/á, ochotný/ v oboru zůstat?	0	Ano – 5	Ano – 4	Ano – 2
		Ne – 0	Ne – 0	Ne – 0
		Nevim – 0	Nevim – 0	Nevim – 2
		Odchod do důchodu - 0	Odchod do důchodu - 0	Odchod do důchodu - 1
Důležitost kompetencí pro poskytování služeb nemocným	0	Stejná úroveň doprovázení umírajícího pacienta a psychosociální podpora rodině a pozůstalým s odbornou ošetrovatelskou péčí – 4 Odborná ošetrovatelská péče – 1	Stejná úroveň doprovázení umírajícího pacienta a psychosociální podpora rodině a pozůstalým s odbornou ošetrovatelskou péčí – 3 Doprovázení umírajícího pacienta a psychosociální podpora - 1 Řešení symptomatické léčby – 1	Stejná úroveň doprovázení umírajícího pacienta a psychosociální podpora rodině a pozůstalým s odbornou ošetrovatelskou péčí – 5
Jak jste spokojený se svým finančním ohodnocením?	0	Ano - 3 Spíše ano – 2 Touto otázkou se nezabývám - 0	Ano – 2 Touto otázkou se nezabývám - 2	Ano – 2 Spíše ano - 1 Touto otázkou se nezabývám - 2
Uveďte požadavky, které na vás byly kladeny ze strany zaměstnavatele při přijímacím pohovoru	0	Zdravotnické vzdělání, kladný přístup k lidem, požadavky žádné, spíše mi bylo doporučeno, jaký kurz absolvovat a kde čerpat, celý tým mi byl velkou oporou, abych zjistila, zda je hospic má cesta a dostala jsem pro to naprosto prostor, lidská a duchovní	Flexibilita práce, vysoká motivace práce, odbornost, empatie, vzdělání, motivace, řídičský průkaz sk. B, zkušenost z praxe,	Přijímací pohovor nebyl, zakládali jsme hospic, důležité bylo rozhodnutí, Oprávnění k výkonu, řídičský průkaz sk. B Práce v 3 směnném provozu, Zkušenosti, praxe, Oprávnění k výkonu, řídičský průkaz sk B, ochota pracovat v 3 směnném provozu

		zralost, vztah k lidem, týmový duch, porozumění pro umírající, kladný přístup ke službě. Řidičský průkaz sk. B		
--	--	---	--	--

Zdroj: vlastní výzkum, 2022

4.2.1 Výsledky kódovaných rozhovorů

Na základě otevřeného kódování přepsaných rozhovorů jsem utvořila čtyři obecné *kategorie* a k těmto kategoriím byly postupně přiřazeny příslušné *subkategorie*.

K výše uvedeným subkategoriím byly postupně přiřazeny následující *kódy*.

Tabulka 15: Kódování polostrukturovaných rozhovorů

	Kategorie	Subkategorie	Kódy
1.	Počátky	Poskytované služby, Klíčové osoby, Provoz	Základní nabídka služeb, vznik bez zkušeností, důležitost osvěty, růst, překonání bariér, malá skupinka, ohrožení, hledání informací
2.	Současný život	Udržitelnost provozu, Lidské a materiální zdroje	průkopníci, důležitost osvěty, vznik bez zkušeností, růst, základní nabídka služeb, snaha pomoci, zůstat doma, rozmanitá nabídka služeb, síla modlitby, čas pro tým, vlastními silami, první informace, rozdělení rolí, kolegiální přístup k podobným organizacím, podpora a rady, žádosti, smysl hospicové myšlenky, rozpory v týmu, zapojení dobrovolníků, krizové plány
3.	Bariéry	Nižší míra zájmu veřejnosti, Zábrany, Finanční zdroje	nedostatek zkušeností, absence osvěty, přirozené odcházení, neinformovanost, odmítavý postoj, bariéry v rozvoji, absence úhrad, závislost, malá ochota, ohrožený provoz, nedostatek spolupráce, nedostatečná kapacita, oddělené resorty, vlastní úsek, odlišnosti krajů, vlivy zvenčí, krize doby
4.	Požadavky	Předepsaná norma + specifika	pěstovat, dlouhé čekání, souznění s týmem, praktická zdatnost, absence receptu na výběr, společná filozofie, klid v sobě, udržet smysl hospicové myšlenky.

Zdroj: vlastní výzkum, 2022

4.2.2 Závěry rozhovorů

Cílem otevřeného kódování provedených rozhovorů bylo postupně odhalit a rozklíčovat významná data z výpovědí respondentů, tak, aby demonstrovala důležité pojmy ve vztahu k tématu a zadání cíle. Jednotlivé kategorie korespondují s okruhy pokládaných otázek managementu mobilního hospice H1, H2, H3, H4. Vytvořením subkategorií a následných kódů došlo k identifikaci dobré praxe spolu s bariérami provozu mobilního hospice.

H1 – Hospic byl založen v roce 2001, osobou, která profesně působila v jiném oboru, nežli je zdravotnictví. Spolu s dalšími osobami je spojovala společná myšlenka. Doslova průkopníci hospicové péče v ČR se neměli od koho učit a získávat první zkušenosti. Chyběly finanční zdroje, neboť v době založení nebyla žádná úhrada za MSPP z veř. ZP. Ze začátku bylo zaměstnáno jen několik sester. V současné době se hospic rozrostl o desítky svých zaměstnanců a mezi hlavní dva pilíře činností patří přímá péče o pacienty a druhým je osvětová činnost. V dnešní době má hospic smlouvy se všemi ZP. Jako největší bariéry hospic popsal nedostatečnou informovanost veřejnosti o PP a doposud ji shledává jako nedostatečnou, ochotu lékařů ke spolupráci, ochotu a umění vést rozhovor s pacientem na závažné téma smrti. Neblahým důsledkem je pozdní podání žádosti a přijetí pacienta do hospice. H1 dále shledává problematickou oblastí, kapacitní možnosti svého hospice a nezáměr městského úřadu tento problém řešit. Další úskalí H1 spatřuje ve skutečnosti, že je hospicová péče na pomezí sociálního a zdravotního resortu, a každý z těchto resortů řeší svoji problematiku ze svého úhlu. Respondent přirovnal tuto situaci k přístupu lékařů v jednotlivých oborech medicíny, kdy většina z nich také neléčí pouze jednu komplikaci zdravotního stavu, ale přistupuje k pacientovi komplexně. Další překážkou v provozu je obtížný nábor kvalitních sester do hospicové péče. Slovy managementu *„sehnat dobré zaměstnance je taky riziko, sestry se neshánějí jednoduše, to nám trvá vždycky dlouho, když jedna sestra odejde, tak za ni sehnat náhradu, oproti jiným profesím to trvá poměrně dlouho“*. Občas se se zájmem přihlásí i zdravotnický záchranář nebo praktická sestra, bohužel takový zdravotnický pracovník nemůže podle legislativy a požadavku pojišťoven pracovat sám v terénu a je tedy pro domácí hospic jeho přijetí nevhodné.

H2: Hospic byl založen v roce 2013, osobou nezdravotnického vzdělání, která na základě rodinných zkušeností toužila profesně pomáhat umírajícím. Postupně se vytvořila skupinka stejně smýšlejících osob, jež se doposud navzájem neznaly, ale spojovala je víra v Boha. Scházeli se ke společné modlitbě s prosbami, aby mohli

vzniknout, přestože nevěděli vůbec, jak se taková organizace zakládá. Zkoušeli se zastřešit některými z neziskových organizací, ale jak sdělila zakladatelka, „*bohužel to nikde nevyšlo, nikdo nás nechtěl, tak jsme začali sami docházet do rodin známých i našich vlastních umírajících a rozhodli se, že jestli chceme fungovat, tak to musíme zkusit sami*“. Založili tedy jednu z právních forem nestátní neziskové organizace a začali shánět dokumenty a vybavení. Zakládající tým postupně opouštěl svá dosavadní zaměstnání a rozdělili si funkce v začínajícím hospici. Začátky provozu jsou popisovány jako „*krušné*“, zejména shánění finančních zdrojů a informací ohledně provozování služby. „*Díky úspěchu ve výběrovém řízení jsme se zapojili do projektu jedné nadace a ta nás významně finančně podpořila a naučila praktiky fundraisingu*“. Postupně si tak hospic mohl dovolit zaměstnat další sestru i sociální pracovníci a tým se začal rozrůstat. Sociální pracovníce studovala během zaměstnání, do té doby měla externího garanta. Také hospic zažádal o vstup do sociálních služeb podporovaných Královéhradeckým krajem, což se podařilo a umožnilo žádat o dotaci na MPSV a kraji. Rovněž samotný kraj vytvořil síť hospiců, které splňují určité podmínky a ty poté mají podporu kraje. V té době vzniku, byl hospic téměř neznámý pojem a tým zakladatelů nevěděl, čím se při jeho zakládání inspirovat. Proto zažádali „*o něco, jako domácí zdravotnická péče s tím, že jsme tam uvedli, že se chceme věnovat jenom terminálně nemocným, takže to byla ta domácí péče, zaměřená na tu hospicovou*“. Celou dobu trvání je problematické v hospici založit paliativní ambulanci, neboť spolupracující lékaři nemají potřebnou kvalifikaci. Dříve lékaři pracovali na dobrovolné bázi. I když hospic začínal, celkově bylo velmi malé množství paliatrů v ČR. Nyní je počet specialistů vyšší, přesto ve zmíněném hospici chybí, „*kdepak by se tady u nás na Rychnovsku vzal paliatr*“. Lékaři, specializacemi anesteziolog, internista, chirurg mají tedy smlouvu o spolupráci, jezdí běžně do terénu k pacientům, avšak je potřeba jednotlivé výjezdy plánovat. Pozitivní je dobrá spolupráce s PL i nemocnicemi v okolí, jak říká zakladatelka, „*oni už pochopili, co je to za službu*“. Další bariéra provozu je na straně VZP, která odmítla podporovat hospic z důvodu, „*že domácí zdravotní péče je v našem regionu už dost. Přitom hospic je tu jediný*“. Co se týká týmu hospice, je zde zaměstnána lékařka, jako konzultantka sester, která v režimu dobrovolníka spolupracuje s týmem. Pojišťovnou požadované úvazky sester jsou složeny s plných úvazků i sester na DPP. V současnosti řeší personální obtíže v souvislosti s odchodem dvou sester do důchodu a jedné na mateřskou dovolenou. Poptávka je také po novém lékaři, jeden se přestěhoval, druhý odchází do důchodu a nyní, „*jsou teď velký problémy s tou válkou, hodě těch ukrajinských lidí potřebuje pomoc a ti lékaři jsou zavaleni*“. Navíc se objevuje problém v konkurenci

zaměstnavatelů zdravotníků: které nastupujícím sestřám nabízí vysoké motivační bonusy, které hospic nabídnout není schopen. Co se týče specifika hospicové sestry, zakladatelka se vyjádřila, že taková sestra musí mít klid v srdci, aby tuto práci ustála a přenášela jej do pečujících rodin. Jako další předpoklady zmínila komunikativní dovednosti a důležitost být držitelem řidičského průkazu.

H3 – Hospic byl zprovozněn v roce 2015 a poskytuje MSPP, přičemž tato péče není hrazena z veř. ZP. Jak sdělila zakladatelka hospice, *začínali jsme úplně od nuly, my jsme neměli žádné finance, sehnali jsme si prostor, od města za korunu a založili neziskovku, jako zapsaný ústav, a začali jsme shánět peníze*“. Zakládající tým byl tvořen čtyřmi ženami, které se navzájem znaly, dvě z nich byly sestry, další sociální pracovnice a poslední projektová manažerka. Právě takto složený tým byl jistou výhodou personálního pokrytí a splnění legislativních požadavků. Největší obtíže byly ve finanční oblasti, *„tu cestu jsme si prošlapávali úplně od začátku, půjčený auto, půjčená postel, taková ta linetačka, která nejde rozmontovat, tak jsem zapojila i svého manžela, zkrátka než to všechno vydupete, ty papíry, je něco hrozného*“. Postupně si hospic sehnal potřebné finance alespoň na základní vybavení zdravotních pomůcek, neboť všechny náležitosti včetně prostorů pro hospic, úvazků sester, musely být dokladovány na Krajském úřadě. Teprve poté získal hospic registraci. Celé dva roky poskytovaly sestry služby bez svých lékařů, ve spolupráci s PL. V současnosti se jejich prostory rozšířily, také o velkou půjčovnu pomůcek, sociální poradnu, je zde i prostor pro setkání s pozůstalými, *„takový koutek s knihou živých, když je měsíc výročí od úmrtí, tak se rodině volá, kdy vzpomínáme, my máme pozůstalostní podporu pro klienty rok*“. *Takže konkrétně na ten den, si vždycky vzpomeneme. Jako my všichni věříme, většina personálu, že to smrtí nekončí, takže sem chodí rodiny a tak společně vzpomínáme*“. Tento hospic je pro zhruba pět pacientů, ošetřovaných v jednom čase, a jak sdělila zakladatelka, tato kapacita je pro tým vyhovující, a přestože jsou malé zařízení, jsou schopni regovat velmi pružně a jsou flexibilní. Hovořila také o faktu, že pacienti nečekají na přijetí, jako je tomu například v Praze, kde by byl další hospic tolik potřebný, *teda centrum je vybydlený, tam je to pro turisty, ale další městské části, tak to určitě potřeba je*“. Pokud nemají zrovna možnost pacienta přijmout, nasadí domácí péči a nastoupí ihned po uvolnění kapacity hospice.

Překážky v provozu posledních dvou let označila zakladatelka v souvislosti s pandemií Covid-19, kdy bylo nutné nastavení krizových plánů péče. Potíže se dostavily také s nedostatkem ochranných pomůcek. V reakci na tohle období hospic začal provozovat novou službu *„pomoc a podpora v pandemii*“.

Co se týká celého týmu pracovníků, bylo sděleno, že byla zavedena pravidelná supervize, která se koná každé dva měsíce. Je to setkání, *kdy je čas pro ten tým*“. Otevírají se zde nejen pacientská témata, ale probíhají rozhovory mezi samotnými pracovníky na osobnostní rovině, a řeší se zde také nejrůznější vlivy a tendence zvenčí, konkurence.

Zajímavostí je, že tým je složen v podstatě z různých náboženských církví, je zde zastoupení katolické církve, církve bratrské, jeden z lékařů je muslim. Společně se schází a modlí se, sjednocuje je společná myšlenka, jak pečovat o umírající.

H4 - Hospic byl založen v roce 2009, jako hospicové občanské sdružení a v ten samý rok bylo registrováno na ministerstvu vnitra ČR jako nestátní zdravotnické zařízení. V dnešní době je hospic po změně právní formy o.p.s. Zakladatelka byla sestra, která celý život pracovala na odděleních akutní medicíny. Po dlouhých letech praxe se rozhodla odejít z nemocnice a založit domácí hospic. Dělo se tak právě na základě praktických neblahých zkušeností s péčí o umírajícího v nemocnici, neutěšené podmínky, chování vyhořelých zdravotnických pracovníků, „*studená profesionalita*“. Počátky vzniku byly pro zakladatelku obtížné z mnoha důvodů, mnoho přátel a blízkých spolupracovníků nedůvěřovalo i projektu založení mobilního hospice, bez finančních zdrojů bylo těžké kohokoliv zaměstnat. Spousta lidí také nevěřila, že bez podpory zdravotních pojišťoven, je možné provoz ustát. Nejprve pracovala zakladatelka sama, doprovázela nemocné. Poté záhy podala první žádost o grant z EU. Nebylo snadné obklopit se vhodnými spolupracovníky. Po půl roce přišla z Krajského úřadu odpověď, že se projekt MH zamítá. Zakladatelka silně vnímala také nejednotu mezi poskytovateli zdravotní a sociální péče, častou rivalitu mezi organizacemi a nespolupráci. Nyní provozuje hospic svoji činnost v pronajatých prostorech areálu městské nemocnice. Byl to nefunkční, schátralý domek, nevyužitý, který bylo potřeba zrekonstruovat. Postupně byl utvořen tým tří sester, ze začátku jezdily i k pacientům svými auty a zdravotnický materiál si půjčovali z jiného hospice. V počátcích se objevovaly také negativní zkušenosti ve spolupráci s PL, hospicová péče byla v začátcích a k nabízením službám se nemocnice a PL stavěly spíše nedůvěřivě.

V současné době je aktuálním problémem zdražování, „*kvůli cenám benzínu budeme muset ceny trochu zvednout, to jsou právě ty položky. A rostou náklady o sto procent, takže uvidíme, samozřejmě se snažíme cenu zachovat. Jinak si teda ale myslím, že peníze nesmí být nikdy překážkou. Když třeba byla rodina ve špatné situaci, se nám stalo, tak jsme tu péči poskytovali úplně zdarma. Prostě lidi ten čas na ně hrozně ocení, a když pak třeba dostanou fakturu za péči na dva tisíce korun, tak říkají, to je směšný, kolik vy jste nám dali času, všeho, to je směšná částka*“.

Tento hospic tedy poskytuje své služby bez smluv s pojišťovnami. Zakladatelka se vyjádřila, že si je vědoma, že velkokapacitní hospice mají ty finance hrazeny z veř. ZP, ale je přesvědčena, že nemají dostatek času na pacienty, neboť právě kvůli těmto skutečnostem jsou „opravdu tlačeny i na ten výkon“. Proto přiznává, že jejich hospic malých kapacit, je dostačující.

Ohledně týmu spolupracovníků dále naznačila, že pokud je dobrá atmosféra v týmu, projevuje se to také na péči o pacienty, kteří všechno vnímají mnohem více. Někdy se i v týmu vyskytnou náročné chvíle, ale protože jsou všichni, kromě jedné sestry věřící v Boha, jsou si vědomi, že je spojil dohromady Bůh. Zakladatelka zmínila zajímavost, že paradoxně, když procházejí nějakými krizemi v týmu, „chodí nejvíce darů“. Svěřila se také se zkušeností v týmu, „měli jsme ze začátku silné rozpory, nakonec ta první zakládající sestra musela odejít. Minulý rok onemocněla rakovinou a doprovázeli jsme ji několik měsíců, až do její smrti a během té doby jsme si vše vyříkali a odpustili“.

Co se týká požadavků na sestry, vždycky novou kolegyni po pohovoru přivedou do týmu, zakladatelku zajímá názor všech zúčastněných, jestli se jim sestra zamlouvá. Co se týče praktických dovedností, hospic je ochotný pomoci nové sestře se adaptovat a zaškolit. Zatím se zde sestry naučily mnohé, jak popsala zakladatelka takto, „třeba jedna naše sestra dvacetpět let neřídila auto a začínala úplně znovu, jsem jí napřed dělala řidiče, a druhá sestra uměla při nástupu jen zapnout a vypnout počítač, další sestra se učila psát ve Wordu, a já jsem zase poprvé v životě kupovala auta, počítače, dataprojektory“. Na konci rozhovoru však zakladatelka potvrdila, že veškeré těžkosti jsou vykoupeny jasně zářícím pohledem umírajícího člověka, krásnými okamžiky při doprovázení a obětavostí pečujících rodin.

4.3 Analýza konkurence MSPP v Praze

Znalost konkurenčního prostředí patří v procesu tvorby podnikatelského plánu k důležité analýze. Jestliže přítomnost velkého množství konkurentů je v námi zaměřené oblasti rozsáhlá, je nelehké všechny organizace detailně prozkoumat. (Srpová, 2020)

Zaměříme se proto na hlavní konkurenční organizace, tedy ty, které poskytují MSPP v hlavním městě ČR a určíme jejich konkurenční výhody na trhu s jejich přednostmi.

Jak již bylo uvedeno v Teoretické části práce, viz Tab. č. 1, hlavní město disponuje dvěma zařízeními MSPP. Konkrétně Domácí hospic Cesta domů a domácí zdravotní péče včetně hospicové – organizace Most k domovu. Dle slov managementu hospice Cesta domů,

je počet zařízení v Praze nedostatečný a skutečnou poptávku po péči nejsou schopna pokrýt. Čekací lhůty se pohybují v řádu dní až týdnů, kdy nemocný, umírající čeká na přijetí, což není příznivá bilance.

4.4 SWOT analýza

Nedílnou součástí podnikatelského plánu je identifikace silných a slabých stránek projektu, který bude realizován, stejně jako příležitostí a hrozeb, které je třeba předpokládat a připravit se tak na možnosti budoucího posouzení.

- S – strength / silné stránky
- W – weaknesses / slabé stránky
- O – opportunities / příležitosti
- T – threats / hrozby

Vytvořením SWOT analýzy jsou mapovány *silné stránky* budoucího mobilního hospice, ty které znamenají pozitivní vlastnosti a jsou ovlivnitelné. *Slabé stránky*, které jsou svojí povahou negativní, avšak také ovlivnitelné. Analýzu dále tvoří *příležitosti*, pozitivní aspekty, neovlivnitelné, jako i neovlivnitelné *hrozby*. Následující tabulka č. 8 znázorňuje SWOT analýzu na základě teoretických poznatků a výsledků z praktické části výzkumu z již existujících vybraných hospiců, přestože zatím vnitřní prostředí plánovaného mobilního hospice není známo.

Tabulka 16: SWOT analýza projektovaného budoucího mobilního hospice v Praze

Silné stránky	Slabé stránky	Příležitosti	Hrozby
Jedinečnost zařízení v centru Prahy	Nedostatek parkovacích míst v centru Prahy	Řešení situace pacientů a rodin s potřebou paliativní péče (nízká nabídka MSPP v Praze) Týmová spolupráce	Neochota dárců, firem, ekonomická krize
Zřizovatel a správní rada je složen z důvěryhodných lidí Vysoce kvalifikovaný personál Ochota ke službě	Nedostatečné vícezdrojové financování Nedostatek sester na HPP	Budoucí orientace také na zahraniční pacienty s přístupem k Veř. ZP a samoplátce Dotační programy ČR, EU	Nestabilita nepředvídatelnost změn v českém zdravotnictví, postupů v úhradě léčiv – finanční nejistoty
Dostatečné prostory	Zdroje a zvyklosti pro platové ohodnocení multidisciplinárního týmu	Obnovující se debaty o potřebě hospicové péče, podpora médií	Rivalita konkurenčního prostředí
Dobré dopravní spojení v centru metropole	Snížená informovanost o paliativní péči mezi laiky i odborníky	Podpora mezi osobnostmi českého hospicového hnutí, farnostmi	Neochota spolupráce lékařů mimo hospic ke spolupráci

Zdroj: vlastní výzkum, 2022

4.5 Modelový plán mobilního hospice Praha

Základní shrnutí informací o připravovaném mobilním hospici:

Název organizace:

Mobilní hospic sv. Anežky, zapsaný ústav

Motto:

„Ex toto corde – celým srdcem“

Poskytované služby:

MSPP poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta

Orientace na pacienty, kritéria pro přijetí: Pacienti z regionu Praha a okolí do 30 km, na vlastní žádost, z indikace lékaře specialisty. Péče bude poskytována na základě písemného kontraktu a informovaného souhlasu.

Vize:

Stát se vyhledávaným a konkurenceschopným zařízením v metropoli Praha s maximálně profesionálním přístupem ke svým pacientům a zaměstnancům.

Cíle:

Pečovat o umírající nemocné, doprovázet a pečovat o pozůstalé rodiny.

Provozní doba:

Dostupnost služeb nepřetržitě, 24/7.

Úhrada za služby:

Veř. ZP + pacient hradí poplatek za nezdravotní část služby – 350 Kč/den, zapůjčení a prodej kompenzačních pomůcek bude hrazeno dle nabízeného seznamu na internetových stránkách hospice.

Zaměstnanci:

Vedení organizace, multidisciplinární tým – vedoucí lékař – paliatr, lékař pohotovost, všeobecná sestra – 5x, sociální pracovník, administrativní pracovník.

Zajištění kvality služeb:

Odborná lékařská a ošetrovatelská činnost nemocným v terminální fázi života, podpora a pomoc sociálního pracovníka, doprovázení, pomoc pro pozůstalé, půjčovna kompenzačních pomůcek.

Strategie marketingových aktivit:

Propagace prostřednictvím regionálního tisku, TV Noe, sociálních sítí, informačních letáků, internetové stránky mobilního hospice, účast na akcích na podporu hospicové péče, informační vizitky pro praktické lékaře a nemocnice v Praze.

Konkurenční prostředí v Praze:

Podle výzkumného šetření DP a SWOT analýzy byla zjištěna mezera na trhu.

Finanční zdroje, plán:

Vícezdrojové financování, Veř. ZP, finanční spoluúčast pacienta za nezdravotní složku péče.

Rizika plánovaného projektu:

Provozní problémy, smluvní vztahy s pojišťovnou, vysoké náklady na provoz, personální obsazení, snížená podpora magistrátu hlavního města Prahy, nespolupráce s PL a nemocnicemi.

5 DISKUZE

V rámci DP se mi podařilo vyjasnit základní podmínky pro vznik a udržení provozu mobilního hospicového zařízení. Téma považuji za aktuální a zajímavé, navíc do budoucna nabízí prostor k dalším úvahám a bádáním, jež by přinesli další fakta a výsledky aplikovatelné přímo do praxe. Klíčovými podmínkami pro úspěch v tomto typu podnikání se jeví (jako ostatně u všech startupových projektů) nejen pečlivé zpracování fáze přípravy, zahájení a realizace, ale i výběr správných pracovníků do týmu a jejich finanční ohodnocení a ostatní podpora osobního rozvoje a toho, co by se dalo zahrnout pod souhrnný pojem: péče o pečující. Praxe ukazuje na to, že i na tyto skutečnosti se podnikatelům, kteří chtějí svůj podnik a zaměstnance v něm udržet, vyplatí myslet. Inspirací a vodítkem se také stávají „příklady dobré praxe“ organizací, které již svoji činnost provozují. Protože významnější rozvoj paliativní péče v Čechách spadá do období 90. let, a jednotlivá hospicová zařízení se vyvíjely často bez možnosti „učit se“ od kolegů z praxe, právě dnešní možnosti předávání dosažených výzkumných výsledků, se podílí na formování dalšího vývoje tohoto odvětví medicíny.

Na základě výzkumného šetření v praktické části práce jsem zjistila, že velké množství hospicových zařízení funguje na principu financování z jiných zdrojů a doposud nemají smlouvy se zdravotními pojišťovny. Také ve srovnání se zahraničními systémy poskytování PP je nutno konstatovat, že prostor ke zdokonalení a rozvoji, je v ČR stále značný. Podrobněji se analýzou současného stavu problematiky zabývala také L. Roškotová, ve své diplomové práci na téma Ekonomická bilance MSPP, kde také popisovala poměrně zdařilé řešení financování této oblasti v zemích Německo, Francie, Rakousko a Švédsko. (2020) Kupříkladu ve Francii pojišťovny ročně poskytují příspěvek sítím paliativní péče a jednotlivým týmům organizace. I v odlišných podmínkách různých zemí Evropy tak můžeme hledat inspirativní podněty k využití pro náš model péče.

Zcela zásadním zlomem v oblasti financování MSPP u nás byl rok 2018, kdy legislativní změna zákona umožnila úhradu této poskytované péče ze zdrojů veř. ZP. Na neštěstí sociální část této péče, jež tvoří podstatnou součást služeb mobilního hospice, je doposud nevyjasněna. Poslední úsilí o zakotvení sociální péče o terminálně nemocné, proběhlo v roce 2017. Tento zatím bezúspěšný stav oddělenosti zdravotního a sociálního resortu, zmínila přímo jedna z respondentek ve výzkumné části, s uvědoměním potřeby propojit systém zdravotní a sociální péče ve spolupráci, společně.

Pokud by u nás bylo lépe zajištěno financování z veřejných zdrojů, dokázali by se alespoň částečně eliminovat bariéry provozu ve smyslu nedostatku kvalifikovaných sester a lékařů.

Narážím zde na fakt, že tuto oblast je zapotřebí podporovat tak, aby se paliativní hospicová péče stávala atraktivním oborem pro sestry a lékaře, s rovnocenným společenským i finančním oceněním a podnítila příliv nových kvalifikovaných sil do oboru.

Tato překážka v období zakládání nového hospice i v průběhu provozu, se vyskytovala u všech zkoumaných hospicových zařízení mého výzkumu a poukázala na další zábrany, ovlivňující provoz organizace.

Jak však vyplynulo z dotazníkového šetření, sestrám se navzdory překážkám v hospici líbí a po letech strávených v jiných oblastech medicíny, nalézají právě zde smysluplnost své profese. Kladu si otázku, zdali náš zdravotnický systém poněkud nespolehá na to, že tato oblast péče může být vždy zastoupena zdravotníky „srdcaři“, kteří svou profesi vykonávají se zápallem a nadšením z podstaty své víry nebo osobního nastavení, a není tak potřeba posilovat finančně tento prostor.

Co se týká významu vzniku nového mobilního hospice v Praze, není pochyb, že tento projekt je užitečný a potřebný. Již mnoho výzkumných projektů se zabývalo podobným tématem a nutno říci, že žádný z nich nevyvrátil potřebu budovat širší síť mobilních hospiců v naší zemi. Kupříkladu diplomantka Čaňová, ve své praktické části práce, analyzuje zájem dětské paliativní péče ve Zlínském kraji na základě dotazníkového šetření, směřovaného početnému vzorku respondentů Zlínska (2021). Pokud bych tvořila svoji praktickou část v tomto čase znovu, ráda bych zapojila do dotazníkového šetření právě veřejnost, pro zjištění zájmu a celkové informovanosti Pražanů, o tento druh poskytované péče. Domnívám se, že právě hlas široké veřejnosti by významně posunul a podpořil podobné projekty a uspěl v argumentacích při jednání o schválení vzniku nového zařízení v metropoli Praha.

IV. ZÁVĚR

Téma diplomové práce, zaměřené na oblast paliativní medicíny a hospicové péče, rezonuje stále více spolu s tématem stárnutí populace dnešní společnosti. I proto silně vnímám potřebu šířit informovanost a povědomí o této oblasti péče v ČR. Tato práce mi umožnila nejen propojení teoretických znalostí z oblasti studia managementu, řízení lidských zdrojů, ekonomie a výzkumu, ale zvolené téma rozšířilo mé dosavadní vědomosti v problematice mobilní hospicové péče. Během tvorby podnikatelského plánu se začaly otevírat další cesty souvisejících témat a utvářely tak konečnou podobu podnikatelského plánu této služby.

Tato diplomová práce se vyvíjela dynamicky, a tak v průběhu tvorby pružně zareagovala na dění kolem celosvětové pandemie Covid – 19. Tento fakt rovněž zasáhl do realizace praktické části, a sice omezenými možnostmi a pracovní vytížeností pracovníků vybraných organizací. Avšak i tato skutečnost patří k jevům ve výzkumu a konečný sběr dat s výsledky negativně neovlivnila.

Hlavním cílem diplomové práce bylo vytvoření podnikatelského záměru pro zřízení nového mobilního hospice v hlavním městě ČR a tento cíl byl naplněn. Mezi faktory, které se vztahovaly a ovlivňovaly naplnění cíle práce, byly m. j. identifikovány oblasti možných překážek v procesu jednotlivých fází založení organizace a také specifika výběru personálního obsazení mobilního hospice.

Příklady dobré praxe a dosavadní zkušenosti profesionálních i laických pečujících ukazují na to, že péče o pacienty v závěru jejich života, poskytovaná formou mobilního, tedy domácího hospice je velmi vítaná a oceňovaná pacienty i jejich blízkými.

Hospic je zdravotně sociální zařízení, které je schopné nabízet svým klientům nejen multidisciplinární zdravotnickou péči, ale také pečující dobro ve smyslu lidského, empatického přístupu, se zaměřením na individualitu člověka.

Toto odvětví medicíny a filosofie péče o člověka v závěru života nás přivádí k vnímání vlastní podstaty života a uvědomování si hodnot ve společnosti. Dalo by se říci, že hospicovní pacienti se stávají pro nás, pečující, obohacením. Učí nás žít. Je zřejmé, že právě to pozitivně proměňuje celé rodiny pečujících a předává hodnotný odkaz celé společnosti.

Za cenný, pro vlastní zainteresovanost v projektu, považuji shromážděný materiál a výsledek z kombinovaného výzkumu v praktické části práce. Výsledný modelový plán pro nový mobilní hospic pokládám za velmi potřebný počín, navíc téměř okamžitě

realizovatelný (jak jsem již výše uvedla, splňuje kritéria SMART). Pro tak zásadní počín, jako je založení jakéhokoliv nového mobilního hospice pokládám za absolutně nezbytné zvolit správnou koordinaci významných bodů, které jsou podrobně popsány v teoretické části práce. Mimo to je také zásadní uvědomění si vlastní role v realizaci záměru a rozdělení rolí ostatních členů týmu.

Zkušenosti a výsledky praktické části práce odhalily zdroje problematických situací v tomto oboru. Určitě není možné tvrdit, že tento podnikatelský záměr je bez rizik. Ostatně jako u snad každého podnikatelského počínu, a to i mimo zmiňovaný obor. Je nutné počítat s obtížemi na cestě a držet se stanovených cílů projektu, které nám pomohou realizovat naše vize.

Skutečné výsledky snahy připravit dobrý podnikatelský plán budeme jako tým znát až v čase spuštění provozu hospice, který jsme projektovali, budeme se zajímat o reakce uživatelů služeb, nemocných i jejich rodin, ale také podle zpětné vazby našich zaměstnanců hospice. Odezvy z řad členů farnosti, médií, magistrátu jsou neméně cenné.

Příslibem do budoucna nám snad může být stále větší integrace společenské odpovědnosti firem (CSR – Corporate Social Responsibility) do tohoto odvětví, jako je tomu více v zahraničí, kde již běžně firmy investují do sociálně zdravotních programů péče.

Vedlejšími závěry z dotazníkového šetření, kterým se bohužel nebylo možné v této práci věnovat, bylo například finanční podhodnocení práce sester v tomto sektoru, ačkoliv výsledky dotazníkového šetření poukazují na spokojenost a ochotu setrvat v pozici hospicové sestry.

Inspirována slovy J. Sieberové (zakladatelka Domácího hospice Duha), souhlasím, že *„Chodit po cestách tak velkých bolestí je dobré se stejně smýšlejícími lidmi, protože člověk sám dlouhodobě neobstojí“*. V mém kombinovaném výzkumu bylo jednoznačně zřetelné, jaký vliv mají efektivně spolupracující zdravotnické týmy na výkonnost a provoz, přestože podmínky v podnikání nemají snadné.

Pokud bychom chtěli již jen v závěru práce uvést možnosti, jak zlepšit MSPP, domnívám se, že je zapotřebí ustálit a podpořit zejména organizace, které již dobře fungují. Avšak s ohledem na turbulentní dobu změn, která aktuálně přivádí do ČR stovky válečných migrantů a s vědomím, že vytváříme podnikatelský plán na zdravotně sociální organizaci v metropoli, by bylo možné uvažovat o poskytování MSPP také uživatelům služeb jiné národnosti, než české. V místě jejich trvalého nebo přechodného pobytu, budou jistě i oni potřebovat zdravotní či sociální služby, které s sebou přináší také paliativní péči. S tím jde ruku v ruce i poskytnutí poradenství a nasměrování k vhodnému typu péče.

Předpokladem k tomu, poskytovat tyto služby, by byl samozřejmě nutný jazykově vybavený personál MSPP a také smlouva se zdravotní pojišťovnou uživatelů služeb. Podobně jako v ostatních oborech je třeba uvažovat o ekonomických dopadech poskytování péče v rámci Veř. ZP.

Dá se také předpokládat, že doba po – pandemická, a na to navazující existence války na Ukrajině, přinesou významné změny v ekonomice a budou mít dopad i na nově vznikající nebo již fungující hospicová zařízení. Efektivitu hospiců omezuje nejen nedostatek zdrojů ale i limity zkušeností, všude tam, kde teprve rozvoj paliativní péče začíná.

Ať se tedy odváží zakladatelé stávající inspirací a směrem na cestě, zaměřené na cíl, nikoliv překážky a necht' svými zkušenostmi šíří informovanost o paliativní hospicové péči, v duchu *„partnerství profesionálně a neformálně pečujících“*.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJE

Literatura:

- ADAM, Zdeněk, VORLÍČEK, Jiří a Yvona POSPÍŠILOVÁ, ed. *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 2004. ISBN 8024702797.
- ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5148-1.
- BIBLE. *Písmo svaté Starého a Nového zákona*. Praha: Fortuna Libri, 2011. ISBN 078-80-7321-571-2.
- BLAŽKOVÁ, Martina. *Marketingové řízení a plánování pro malé a střední firmy*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1535-3.
- DOBROZEMSKÝ, Václav a Jan STEJSKAL. *Nevydělečné organizace v teorii*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. ISBN 978-80-7552-104-0.
- ELIÁŠ, Karel. *Nový občanský zákoník s aktualizovanou důvodovou zprávou a rejstříkem*. Ostrava: Sagit, 2012. ISBN 978-80-7208-922-2.
- FINCH, BRIAN. *Jak napsat dobrý podnikatelský záměr*. Praha: Lingea, 2001. ISBN 978-80-7508-623-5
- FRANCOVÁ, Naďa, ŠAFRÁNKOVÁ, Jana, ed. *Sociálně ekonomické aspekty typologie hospicových domů*. Praha: ČVUT v Praze, Fakulta stavební, 2007. ISBN 978-80-01-.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2007. ISBN 9788072624713.
- HAVRDOVÁ, a kol. 2010. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. Praha: FHS UK. ISBN 978-80-87398-06-7
- HEKELOVÁ, Zuzana. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4032-4
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2
- JANIŠOVÁ, Dana a Mirko KŘIVÁNEK. *Velká kniha o řízení firmy: [praktické postupy pro úspěšný rozvoj]*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4337-0.

- JOHNOVÁ, Radka. *Marketing kulturního dědictví a umění: [art marketing v praxi]*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2724-0.
- KRECHOVSKÁ, Michaela, Pavlína HEJDUKOVÁ a Dita HOMMEROVÁ. *Řízení neziskových organizací: [klíčové oblasti pro jejich udržitelnost]*. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-247-3075-2.
- KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4650-0.
- MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
- MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1025-0.
- NEŠČÁKOVÁ, Libuše a Jaroslav JAKUBKA. *Zákoník práce 2014 v praxi: [komplexní průvodce s řešením problémů]*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5124-5.
- NOVOTNÝ, Petr. *Nový občanský zákoník*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5163-4.
- PELIKÁNOVÁ, Anna. *Účetnictví, daně a financování pro nestátní neziskovky*. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-2117-5.
- PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3871-0
- SIEBEROVÁ, Jana. *Hospic: [Příběh naplněné naděje]*. Praha: Triton, 2016. ISBN 978-80-7553-038-7
- SRPOVÁ, JITKA, Svobodová Ivana, Pavel Skopal, Tomáš Orlický. *Podnikatelský plán a strategie*. Praha: Grada. 2020. ISBN 978-80-247-4103-1.
- STRAUSS, J. Corbinová. *Základy kvalitativního výzkumu*. Nakladatelství Boskovic: 1999. Albert. . ISBN 80-85834-60-60-X.
- SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.
- SVOBODA, Pavel, Herle Petr. *Paliativní medicína pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe, 2019. s. 18. ISBN 978-80-7496-448-0.
- SYNEK, Miloslav a Eva KISLINGEROVÁ. *Podniková ekonomika*. Praha: C. H. Beck, 2015. ISBN 978-80-7400-274-8.

- SYNEK, Miloslav, 2006. *Podniková ekonomika*. Praha: C. H. Beck. ISBN 80-717-9892-4.
- ŠEDIVÝ, Marek a Olga MEDLÍKOVÁ. *Úspěšná nezisková organizace*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0249-5.
- ŠEĎOVÁ, Klára a Roman ŠVARŤÍČEK. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Brno: Portál, 2007, s. 13. ISBN 978-80-7367-3130.
- ŠPINKOVÁ, Martina, Mlynáriková Eliška. *Křížovatky*. Praha: Cesta Domů, 2020. ISBN: 978-80-88126-78-2
- TOMEŠ, Igor, Eva DRAGOMIRECKÁ, Katarina SEDLÁROVÁ a Daniela VODÁČKOVÁ. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2941-4.
- VEBER, Jaromír a Jitka SRPOVÁ. *Podnikání malé a střední firmy*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2409-6.
- ZLÁMAL, Jaroslav, *Marketing ve zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009, ISBN 978-80-7013-503-7.
- ZAMAZALOVÁ, Marcela. *Marketing obchodní firmy*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2049-4.

Webové dokumenty:

- BERÁNKOVÁ, Eva. Založení spolku [online]. Praha: Poradna ČRDM, 2018 [cit. 2021-09-24]. Dostupné z: <<http://poradna.crdm.cz/zalozeni-spolku/zalozeni-spolku-1282>>.
- ČAŇOVÁ, Klára. 2021. *Projekt založení dětského mobilního hospice na Rožnovsku*. [online]. Zlín [cit. 2022-06-14]. Diplomová práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta management a ekonomiky. Dostupné z:<<https://digilib.k.utb.cz/handle/10563/46653>>
- DOUŠOVÁ, Jana. *Ohlašovací povinnost na OSSZ a zdravotní pojišťovnu* [online]. Praha: Portál Pohoda, 2016 [cit. 2021-10-26]. Dostupné z: <<https://portal.pohoda.cz/dane-ucetnictvi-mzdy/mzdy-a-prace/ohlasovaci-povinnost-vuci-ossz-a-zdravotni-pojisto/>>.
- HUNEŠ, Robert. 2015. *Postavení hospiců ve zdravotně sociálním systému ČR* [online]. Praha: Podpora procesů v sociálních službách [cit. 2021-09-25]. Dostupné z: <<http://podporaprocesu.cz/wp-content/uploads/2015/03/Postaven%C3%AD-hospic%C5%AF...2015.pdf>>.

MZ ČR, Informace pro praxi 2020, [online]. Praha: [cit. 2022-09-25]. Dostupné z: <<https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/poradna/domaci-paliativni-pece-o-pacienta-v-terminalnim-stavu/>>.

ROŠKOTOVÁ, Linda. 2020. *Ekonomická bilance mobilní hospicové péče* [online]. Praha [cit. 2022-06-17]. Diplomová práce. Praha: Fakulta biomedicínského inženýrství ČVUT. Dostupné z: <<http://hdl.handle.net/10467/91633>>.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Postřehy ze školy, kde vyučují umírající* [online]. Praha: Hospice.cz, 2019 [cit. 2021-08-23]. Dostupné z: <<http://www.hospice.cz/wp-content/uploads/oldhosp/postrehy.htm>>.

Právní rámec pro hospice [online]. Praha: APHPP - Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče, 2017 [cit. 2021-10-26]. Dostupné z:<<http://asociacehospicu.cz/pravni-ramec-pro-hospice>>.

Průvodce (nejen) pro nové vznikající mobilní hospice [online]. Praha [cit. 2022-10-02]. Dostupné z: <<https://www.paliativnimedicina.cz/pruvodce-nejen-pro-nove-vznikajici-mobilni-hospice/>>.

URBANOVÁ, Bohumila. 2017. *Mobilní hospic a management jeho vzniku* [online]. Praha [cit. 2022-10-02]. Nepublikovaná bakalářská práce. Praha: Evangelická teologická fakulta. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/91932/BPTX_2016_2_11270_0_442162_0_192176.pdf?sequence=1>.

Zdravotnictví – *statistický přehled* [online]. Praha: BusinessInfo, 2020 [cit. 2021-09-11]. Dostupné z:< <https://www.businessinfo.cz/clanky/zdravotnictvi-statisticky-prehled/>>.

Webové stránky:

APHPP. 2022. *Členské hospice APHPP v ČR*. [online]. Praha: [cit. 6. prosince 2021]. Dostupné z: <<https://asociacehospicu.cz/clenske-hospice-aphpp-v-cr>>.

Cesta Domů. 2022. *Domácí hospic*. [online]. Praha: [cit. 10. dubna 2022]. Dostupné z:<<https://cestadomu.cz/domaci-hospic>>.

ČSFD. 2022. *Jednotka intenzivního života*. [online]. Praha: [cit. 2. dubna 2022]. Dostupné z: <<https://www.csfd.cz/film/1049097-jednotka-intenzivniho-zivota/prehled/>>.

- ČSPM. 2022. Atestování lékařů [online]. Praha: [cit. 5. března 2022]. Dostupné z: <<https://vzdelavani.paliativnimedicina.cz/atestujici-lekari/>>.
- Fred Kofman. 2010. Databáze knih. *Vědomý business*. [online]. Portál: [cit. 19. ledna 2022]. Dostupné z: <<https://www.databazeknih.cz/knihy/vedomy-business-177016>>.
- Fórum mobilních hospiců. 2018. *Úhrada domácí paliativní péče a pilotní program* [online]. Praha: [cit. 5. března 2022]. Dostupné z: <<https://www.mobilnihospice.cz/uhrady/>>.
- Jiránek, Petr. 2021. Bod zvrátu. [online]. [cit. 3. dubna 2022]. Dostupné z: <<https://www.petrjiraneck.cz/pojmy/bod-zvratu/>, Petr Jiránek, Marketing>.
- Moravskoslezský kraj. 2022. *Dotační program* [online]. Ostrava: [cit. 5. března 2022]. Dostupné z: <<https://www.msk.cz/temata/zdravotnictvi/index.html>>.
- MZ ČR. 2022. *Podpora hospicové paliativní péče*. [online]. Praha: [cit. 5. března 2022]. Dostupné z: <<https://www.mzcr.cz/135-100-podpora-hospicove-paliativni-pece-v-cr/>>.
- Online účetnictví a daňová evidence. 2022. [online]. [cit. 25. března 2022]. Dostupné z: <<https://www.iucto.cz>>.
- Portál v oblasti stavebnictví, 2022. [online]. [cit. 3. května 2022]. Dostupné z: <<https://www.estav.cz/cz/7585.zmena-stavby-neni-jen-tak-kdy-je-nutne-zmenu-nahlasit-a-kdy-je-nutne-povoleni>>.
- Právní rámec pro hospice. 2017. [online]. Praha: APHPP, 2017 [cit. 2021-10-26]. Dostupné z: <<http://asociacehospicu.cz/pravni-ramec-pro-hospice>>.
- ÚZIS. 2020. *Personální kapacity a odměňování*. [online]. Praha: [cit. 10. listopadu 2021]. Dostupné z: <<https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=8372>>.
- VZP ČR. 2020. *Domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stavu*. [online]. Praha: [cit. 12. února 2021]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/poradna/domaci-paliativni-pece-o-pacienta-v-terminalnim-stavu>>.
- Zákony pro lidi. 2018. *Platové poměry zaměstnanců* [online]. Zlín: [cit. 10. listopadu 2021]. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2018-263>>.
- Zákony pro lidi. 2018. *Odměňování zaměstnanců ve veřejných službách a správě* [online]. Zlín: [cit. 10. listopadu 2021]. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2018-263>>.

VZP ČR. *Zápis z jednání ve věci paliativní péče*. [online]. Praha: [cit. 10. listopadu 2021].
Dostupné z: <https://www.mobilnihospice.cz/wp-content/uploads/2020/10/Zapis_VZP_Paliativni-pece-29092020.pdf>

Zdravotnictví. 2020. *Statistický přehled* [online]. Praha: [cit. 2021-09-11]. Dostupné z: <<https://www.businessinfo.cz/clanky/zdravotnictvi-statisticky-prehled/>>.

Odborný časopis:

Florence, (*odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*). 3/17. Praha: 2017. [s. 28-29].

Přednášky na konferenci:

KOPECKÝ, Ondřej, MUDr. "*Jednotka intenzivního života*" – promítání filmu s následnou besedou. Vzdělávací akce IPVZ. 17. Března 2022. Praha: Hotel ILF.

Specifika ošetrovatelství v paliativní péči. Vzdělávací akce. 11. Listopadu 2021. Praha: Cesta Domů.

E-mailová korespondence:

Anonymní respondent. Projektový manažer. Fórum mobilních hospiců. *Podmínky pro splnění podmínek pro získání smluv s pojišťovny* [elektronická pošta]. Message to: dolezmarta@seznam.cz. 4. Května 2022 17:19 [cit. 2022-07-05]. Osobní komunikace.

Anonymní respondent. Oddělení právních služeb VZP. *Žádost o informace k paliativní péči* [elektronická pošta]. Message to: dolezmarta@seznam.cz. 8. Března 2022 13:00 [cit. 2022-04-05]. Osobní komunikace.

Anonymní respondent. Oddělení smluvní vztahy, úhrady a analýzy. *Úhrady a platby pojišťoven* [elektronická pošta]. Message to: dolezelova@revma.cz. 1. Června 2022 07:40 [cit. 2022-02-06]. Osobní komunikace.

Zákony, vyhlášky:

Zákon č. 3/2002 Sb., o církvích a náboženských společnostech

Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník

Zákon č. 95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

Zákon č. 117/1995 Sb. o státní sociální podpoře

Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

Zákon č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách

Zákon č. 495/2005 Sb. o svobodě náboženského vyznání a postavení církví a náboženských společností a o změně některých zákonů (zákon o církvích a náboženských společnostech)

Zákon č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně

Zákon č. 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

Vyhláška č. 125/1993 Sb., kterou se stanoví podmínky a sazby zákonného pojištění odpovědnosti organizace za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání.

Vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.

Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče.

Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.

Vyhláška č. 353/2017 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018.

Vyhláška č. 354/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška Ministerstva financí č. 125/1993 Sb., kterou se stanoví podmínky a sazby zákonného pojištění odpovědnosti organizace za škodu při pracovněprávním úrazu, anebo nemoci z povolání.

SEZNAM ZKRATEK

APHP	Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
ČSPM	Česká společnost paliativní medicíny
ČR	Česká republika
DP	Diplomová práce
ELNEC	Intenzivní vzdělávací kurz s mezinárodní licencí pro všeobecné sestry pracující s pacienty v konečné fázi života.(End Of Life Nursing Education Consortium)
EU	Evropská unie
FHS	Fakulta humanitních studií
FMH	Fórum mobilních hospiců
FP	Finanční plán
HPP	Hlavní pracovní poměr
IČP	Identifikační číslo pracoviště
IPVZ	Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
IS	Informovaný souhlas
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
m. j.	Mimo jiné
MSPP	Mobilní specializovaná paliativní péče
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví ČR
NAPŘ	Například
OD	Ošetrovací den
ODB.	Odbornost
OOPP	Osobní ochranné pracovní pomůcky
PL	Praktický lékař
PP	Paliativní péče
PPS	Palliative Performance Scale, skóre pro úhradu
PZS	Poskytovatel zdravotních služeb
RZP	Rychlá záchranná pomoc
SMART	Specific, Measurable, Achievable, Realistic, Time - bound, konkrétní, měřitelný, dosažitelný, realistický, ohraničený v čase

SZP	Svaz zdravotních pojišťoven České republiky
T/PT	Terminální/preterminální
UK	Univerzita Karlova
US	Uživatel služeb
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
Veř. ZP	Veřejné zdravotní pojištění
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
ZUM	Zvlášť účtovaný materiál
ZP	Zdravotní pojišťovna
ZZ	Zdravotnické zařízení

SEZNAM TABULEK S GRAFY

Tabulka 1: Počty zařízení obecné i specializované PP péče v ČR a v Praze.....	15
Tabulka 2: Vybrané formy PP a její specifika	16
Tabulka 3: Paliativní a hospicová péče v tabulce 7 K	17
Tabulka 4: Úhrady jednotlivých typů PP	31
Tabulka 5: Možnosti úhrady PP se vztahem k nositeli odbornosti.....	33
Tabulka 6: Varianty personálního zabezpečení mobilních hospiců	47
Tabulka 7: Varianty personálního zabezpečení mobilních hospiců	48
Tabulka 8: Příjmy, náklady.....	56
Tabulka 9: Variabilní náklady	57
Tabulka 10: Fixní náklady	58
Tabulka 11: Náklady na pořízené vybavení	58
Tabulka 12: Celkové náklady	58
Tabulka 13: Bod zvratu.....	59
Tabulka 14: Dotazník pro sestry mobilních hospiců H1, H2, H3, H4.....	68
Tabulka 15: Kódování polostrukturovaných rozhovorů.....	71
Tabulka 16: SWOT analýza projektovaného budoucího mobilního hospice v Praze	78