

Projekt diplomové práce

Jméno a příjmení studenta: Eva Stejskalová

Osobní číslo: 89551647

Imatrikulační ročník: 2009

Vedoucí diplomové práce

Ing. Milan Trpišovský, MBA

Předběžný název diplomové práce

Business plán soukromého rehabilitačního zařízení poskytující ergoterapii a fyzioterapii

1.1 Formulace a vstupní diskuse problému

V České republice dochází k vysokému počtu úrazů, onemocnění, děti se rodí předčasně, nebo nastanou komplikace během porodu. Díky současnému zdravotnictví se zachraňuje více lidských životů než v minulosti, bohužel obvykle s následným tělesným, mentálním nebo kombinovaným poškozením. Tito lidé jsou často odkázáni na pomoc druhé osoby. Pro člověka s poškozením, ale i pro člověka pečujícího se stává život komplikovanějším. V této situaci je důležité život nevzdávat, ale bojovat s tím co nám přinesl. Jedna z důležitých věcí, která může těmto lidem pomoci je rehabilitace. Součástí rehabilitace je i fyzioterapie a ergoterapie.

„Fyzioterapie je obor zdravotnické činnosti zaměřený na diagnostiku a terapii funkčních poruch pohybového systému. Prostřednictvím pohybu a dalších fyzioterapeutických postupů cíleně ovlivňuje funkce ostatních systémů včetně funkcí psychických.“ (www.unify-cr.cz/koncepce/) [on-line 6. 1. 2011]

Ergoterapie je „profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním).“ (www.ergoterapie.org/uvod) [on-line 6. 1. 2011]

V České republice je ergoterapie poměrně nový obor (od roku 1993) a není zde zatím rozšířen tolik, jak by bylo potřebné. Analýzou prostředí v Pardubickém kraji bylo zjištěno, že zde chybí organizace, která by poskytovala individuální ergoterapii a fyzioterapii pro děti s postižením, ve věku od tří do sedmi let. V diplomové práci se bude jednat o

zpracování business plánu společnosti, která bude založena v Pardubicích a bude poskytovat ergoterapii a fyzioterapii dětem s postižením ve věku 3 – 7 let číslíci.

Cíl práce:

Cílem teoretické části bude popsání podílů ergoterapie a fyzioterapie v současné rehabilitaci, dále vymezení teoretických východisek (např. analýza vnitřních zdrojů a schopností, analýza konkurence), ze kterých budu vycházet při zpracování business plánu a popis zkušeností společnosti podobného zaměření v zahraničí.

Cílem praktické části bude vypracování business plánu společnosti s ručením omezeným, která bude poskytovat individuální ergoterapii a fyzioterapii dětem s postižením ve věku 3 – 7 let v Pardubickém kraji.

Pracovní postupy

V první části zmíním podíl ergoterapie a fyzioterapie v současné rehabilitaci. V další části vymezím teoretická východiska, ze kterých budu vycházet při zpracování business plánu, a nastíním zkušenosti podobné společnosti ze zahraničí. Provedu analýzu okolního prostředí, analýzu vnitřních zdrojů a schopností a analýzu konkurence. Informace budu čerpat z tuzemské i zahraniční knižní literatury a internetových zdrojů.

V třetí části uvedu konkrétní návrh business plánu k vytvoření společnosti s ručením omezeným. V business plánu zpracuji operační plán, finanční plán včetně nastínění nákladů (jak měsíčních, tak počátečních), výnosů a konkrétní analýzy bodu zvratu.

Předběžná struktura práce

Diplomová práce bude rozdělena na dvě části, na část teoretickou a praktickou.

V teoretické části bude popsán podíl ergoterapie a fyzioterapie v současné rehabilitaci, dále vymezení teoretických východisek pro zpracování business plánu a nastínění zkušeností podobné společnosti v zahraničí.

V praktické části bude uveden konkrétní návrh business plánu společnosti s ručením omezeným, která bude založena v Pardubicích a bude poskytovat ergoterapii a fyzioterapii dětem ve věku 3 – 7 let.

Předběžná bibliografie:

DALE, E.: Management: theory and practise. Quezon city, Rex printing company, 1998 ISBN 971-23-1328-X

DRUCKER, P. F.: The Practice of management. Printed in the United States of America

ISBN 978-0-7506-8504-7

HANNAGAN, T. J.: Marketing pro neziskový sektor. Praha, Management Press, 1996.

ISBN 80-85943-07-7.

CHARVÁT, J.: Firemní strategie pro praxi. Praha: Grada, 2006, ISBN 80-247-1389-6.

JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L.: Ergoterapie. Praha: Portál 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.

KEŘKOVSKÝ, M., Moderní přístupy k řízení výroby. Praha: C. H. Beck, 2001. ISBN 80-7179-471-8

KOTLER, P.: Marketing management – analýza, plánování, využití, kontrola. Děčín: Victoria publishing, 1992. ISBN 80-85605-08-2.

SYNEK, M. Manažerská ekonomika. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1992-4.

SYNEK, M. a kol.: Podniková ekonomika. 3. Dopl. Vyd. Praha: C. H. Beck, 2002. ISBN 80-7179-736-7.

PETŘÍK, T.: Ekonomické a finanční řízení firmy. Praha: Grada 2009. ISBN 978-80247-3024-0.

www.ergoterapie.org [on-line 6. 1. 2011]

www.unify-cr.cz [on-line 6. 1. 2011]

Dotazník

- **Máte v péči dítě s postižením?**

- Ano, typ postižení: Tělesné Mentální Kombinované
- Ne

- **Váš vztah k dítěti je:**

- Rodič
- Prarodič
- Sourozenec
- Pěstoun
- Jiný

- **Kolik hodin denně strávíte péčí o dítě s postižením?**

- 0 – 4 hodiny
- 5 – 9 hodin
- 10 – 14 hodin
- 15 – 19 hodin
- 20 – 24 hodin

- **Máte možnost se v péči o dítě během dne s někým vystřídat (další zaučená osoba)?**

- Ano, o jakou osobu se jedná.....
- Ne

- **Pečujete pouze o více, jak jedno dítě v rodině?**

- Ano
- Ne

- **Kde bydlíte?**

- Přímo v Pardubicích
- Do 10 km od Pardubic
- Do 20 km od Pardubic
- Více jak 20 km od Pardubic

- **Co si představují pod pojmem rehabilitace?**

-

- **Kde jste se o rehabilitaci dozvěděli?**

-

- **Jak si představujete rehabilitaci pro svoje dítě?**

-

- **Máte již nějaké zkušenosti s rehabilitací vašeho dítěte?**

- Ano, jaké.....
- Ne

- **Docházíte na rehabilitaci v této době?**

- Ano (vyplňte otázku č. 9 – č. 13)
- Ne, z jakého důvodu.....

9. Docházíte na rehabilitaci pravidelně alespoň jednou týdně?

- Ano
- Ne

10. Jak dlouho na rehabilitaci docházíte?

- 0 - 11 měsíců
- 1 – 3 roky
- 4 – 7 let
- Více než 8 let

11. Kam docházíte?

-

12. S rehabilitací jsem

- Jsem spokojen/a
 Nejsem spokojen/a

13. Je ve vaší blízkosti možnost, kam na rehabilitaci docházet?

- Ano
 Ne

14. Myslíte se, že je rehabilitace pro vaše dítě důležitá?

- Ano
 Ne

15. .Uvítali byste rehabilitaci ve vašem okolí?

- Ano
 Ne

16. Vaše pohlaví

- Muž
 Žena

17. Věk dítěte

- 0 - 2 roky
 3 - 7 let
 8 - 13 let
 14 – 18 let

Ž Á D O S T

o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb

dle ust. § 18 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
(zákon o zdravotních službách)

1.2 PRÁVNICKÁ OSOBA

2. Údaje o žadateli:

Obchodní firma (název):

Adresa sídla:

ulice..... č.p./č.o...../.....

obec..... okres: kraj:

PSČ..... stát

IČ (bylo-li přiděleno):

Tel.: E-mail:

Místo usazení podniku nebo organizační složky podniku právnické osoby v ČR (vyplní pouze žadatelé se sídlem mimo území ČR):

ulice..... č.p./č.o...../.....

obec..... okres: kraj:

PSČ.....

Údaje o zřizovateli: *)

Název:

Adresa sídla:

ulice..... č.p./č.o...../.....

obec..... okres: kraj:

PSČ.....

IČ:

Tel.: E-mail:

Údaje o statutárním orgánu žadatele:

(je nezbytně nutné uvést všechny členy statutárního orgánu; v případě, že je zřizovatelem organizační složka státu nebo organizační složka územního samosprávného celku, uvedou se údaje o vedoucím organizační složky)

1. Jméno, příjmení, titul:

Rodné příjmení:

Datum a místo narození:

Státní občanství:

Adresa místa trvalého pobytu:

ulice..... č.p./č.o...../.....

obec..... okres: kraj:

PSČ..... stát.....

Tel.: E-mail:

(Osoby bez trvalého pobytu na území ČR uvedou adresu bydliště mimo území ČR včetně uvedení státu a příp. adresu místa hlášeného pobytu na území ČR)

2. Jméno, příjmení, titul:

Rodné příjmení:

Datum a místo narození:

Státní občanství:

Adresa místa trvalého pobytu:

ulice..... č.p./č.o...../.....

obec..... okres: kraj:

PSČ..... stát.....

Tel.: E-mail:

(Osoby bez trvalého pobytu na území ČR uvedou adresu bydliště mimo území ČR včetně uvedení státu a příp. adresu místa hlášeného pobytu na území ČR)

Odborný zástupce (je-li více odborných zástupců, uveďte všechny včetně oborů):

1. Jméno, příjmení, titul:

Rodné příjmení:

Datum a místo narození:

Státní občanství:

Adresa místa trvalého pobytu:

ulice..... č.p./č.o...../.....

obec..... okres: kraj:

PSČ..... stát.....

Tel.: E-mail:

(Osoby bez trvalého pobytu na území ČR uvedou adresu bydliště mimo území ČR včetně uvedení státu a příp. adresu místa hlášeného pobytu na území ČR)

2. Jméno, příjmení, titul:

Rodné příjmení:

Datum a místo narození:

Státní občanství:

Adresa místa trvalého pobytu:

ulice..... č.p./č.o...../.....

obec..... okres: kraj:

PSČ..... stát.....

Tel.: E-mail:

(Osoby bez trvalého pobytu na území ČR uvedou adresu bydliště mimo území ČR včetně uvedení státu a příp. adresu místa hlášeného pobytu na území ČR)

Adresa místa/míst poskytování zdravotních služeb (v případě zdravotnické záchranné služby, zdravotnické dopravní služby nebo přepravy pacientů neodkladné péče uveďte místa jednotlivých pracovišť; v případě poskytování domácí péče uveďte místa kontaktních pracovišť):

ulice..... č.p./č.o...../.....

obec..... část obce: kraj:

PSČ.....

Tel.: E-mail:

Pro každé jednotlivé místo poskytování zdravotních služeb uveďte:

Formu zdravotní péče: *(zatrhnutím zvolte)*

- ambulantní péče
 - primární ambulantní péče (registrující poskytovatel)
 - specializovaná ambulantní péče
 - stacionární péče
- jednodenní péče
- lůžková péče
 - akutní lůžková péče intenzivní
 - akutní lůžková péče standardní
 - následná lůžková péče
 - dlouhodobá lůžková péče
- zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta:
 - návštěvní služba
 - domácí péče
 - ošetrovatelská
 - léčebně rehabilitační
 - paliativní
 - umělá plicní ventilace
 - dialýza

Obory zdravotní péče:

.....
.....
.....

(dle zákona č. 95/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, vyhlášky č. 185/2009 Sb., ve znění pozdějších předpisů, zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů a vyhlášky č. 55/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

Druh zdravotní péče nebo název zdravotní služby: *(zatrhnutím zvolte)*

- léčebně rehabilitační péče
- ošetrovatelská péče
- paliativní péče
- lékárenská péče
- zdravotnická záchranná služba
- zdravotnická dopravní služba
- přeprava pacientů neodkladné péče

Datum, k němuž žadatel hodlá zahájit poskytování zdravotních služeb:

- dnem nabytí právní moci rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb
- dnem zápisu právnické osoby do rejstříku
- jiné

Doba, po kterou žadatel hodlá poskytovat zdravotní služby (vyplní pouze žadatelé, kteří žádají o udělení oprávnění na dobu určitou) :

KONTAKTY:

Adresa pro doručování:

ulice..... č.p./č.o...../.....

obec..... okres: kraj:

PSČ.....

ID datové schránky

Mobilní telefon: E-mail:

.....

Místně příslušný finanční úřad (adresa):

.....

Místně příslušná správa sociálního zabezpečení (adresa):

.....

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé, úplné a nic není zamlčeno. Jsem si vědom/vědoma právních následků vyplývajících z uvedení nesprávných nebo neúplných údajů nebo jejich zatajení v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích.

*Vydání rozhodnutí o oprávnění k poskytování zdravotních služeb podléhá dle zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů, správnímu poplatku ve výši **Kč 1.000,-**. Správní poplatek lze uhradit na číslo účtu: 30015-5157998/6000, v.s. 4004005714, s.s.= číslo jednací podané žádosti, nebo v hotovosti v pokladně Magistrátu hl. m. Prahy.*

V Praze dne:

.....
podpis osoby oprávněné jednat za žadatele

**Seznam dokladů žádosti poskytovatele zdravotních služeb
- právnická osoba**

1. **Žádost** o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb.

2. **Doklad o zřízení nebo založení právnické osoby**, pokud se nezapisuje do obchodního nebo obdobného rejstříku nebo pokud zápis ještě nebyl proveden.

- PO se sídlem mimo území ČR – dokládá výpis vedený ve státě sídla a doklad o zápisu PO, podniku nebo organizační složky podniku na území ČR do obchodního či obdobného rejstříku, pokud již byl zápis proveden,

(doklad o zápisu do obchodního či obdobného rejstříku nesmí být starší 3 měsíců, doklad nepřikládají osoby zřízené na území ČR zákonem nebo bude-li poskytování zdravotních služeb zajišťováno organizační složkou státu nebo územního samosprávného celku).

3. **Zdravotnická záchranná služba** – doklad o tom, že žadatel byl zřízen krajem jako příspěvková organizace a doklad – oprávnění využívat linku národního čísla tísňového volání 155.

4. **Doklad o bezúhonnosti osob**, které jsou **statutárním orgánem žadatele nebo jeho členy** (výpis z evidence Rejstříku trestů ne starší 90 dnů v době podání žádosti nebo podání žádosti o vydání výpisu z evidence Rejstříku trestů – výpis zajistí správní orgán).

5. **Doklad o bezúhonnosti vedoucího organizační složky** státu nebo organizační složky územního samosprávného celku, bude-li poskytování zdravotních služeb zajišťováno touto organizační složkou (výpis z evidence rejstříku trestů ne starší 90 dnů v době podání žádosti nebo podání žádosti o vydání výpisu z evidence Rejstříku trestů – výpis zajistí správní orgán).

Doklady od odborného zástupce:

6. **Doklad o způsobilosti k samostatnému výkonu zdravotnického povolání (včetně zdravotní způsobilosti k výkonu povolání)** odborného zástupce:

6.1. Doklady o vzdělání:

- všeobecní praktičtí lékaři – doklad o specializaci I. stupně v oboru všeobecné lékařství dle dřívějších právních předpisů nebo doklad MZ

- ostatní lékaři – doklad o specializované způsobilosti v oboru (specializace II. stupně dle dřívějších právních předpisů nebo doklad MZ o specializované způsobilosti – u rozhodnutí pravomocný)

- zubní lékaři – diplom VŠ v oboru stomatologie (bylo-li studium zahájeno v akad. roce 2003/2004) nebo diplom v oboru zubní lékařství

- zubní lékaři se specializací – doklad o specializaci v příslušném oboru

- farmaceuti (vedoucí lékárníci) doklad o specializaci v některém ze specializačních oborů

- nelékařská povolání – osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu

6.2. **Doklad o zdravotní způsobilosti k výkonu povolání** (vydává registrující praktický lékař)-formulář dle vyhlášky č. 271/2012 Sb., o zdravotní způsobilosti zdrav. prac. a jiného odb. prac.

6.3. **Doklad o bezúhonnosti** (za předpokladu, že bude uvedeno rodné číslo, výpis z evidence Rejstříku trestů zajistí správní orgán. V opačném případě je nutno doložit výpis z evidence Rejstříku trestů ne starší 90 dnů v době podání žádosti).

6.4. **Členství v komoře** u lékařů, zubních lékařů a farmaceutů:

6.5. **Prohlášení odborného zástupce**, že **souhlasí** s ustanovením do funkce OZ a že **netrvá žádný z důvodů** uvedených v ust. § 14 odst. 1 a 3, **pro který by nemohl funkci OZ vykonávat:**

- nelze vykonávat funkci OZ pro více než 2 poskytovatele

6.6. **Doklad o pracovněprávním nebo obdobném vztahu k poskytovateli** (neplatí pro OZ manžela/manželku a registrovaného partnera/partnerku – i v tomto případě musí být smlouva)

6.7. **Doklad prokazující povolení k pobytu na území ČR**, pokud má odborný zástupce povinnost takové povolení mít.

7. **Prohlášení, že u žadatele netrvá žádná z překážek pro udělení oprávnění** uvedených v ust. § 17 písm. b) až e) ¹

8. **Doklad**, z něhož vyplývá **oprávnění žadatele užívat prostory** k poskytování zdravotních služeb.

9. **Prohlášení**, že zdravotnické zařízení je pro poskytování zdravotních služeb **technicky a věcně vybaveno**.

10. **Provozní řád a rozhodnutí o schválení PŘ** (pravomocné) vydané orgánem ochrany veřejného zdraví.

11. **Souhlasné závazné stanovisko SÚKL** k technickému a věcnému vybavení zdr. zařízení, jde-li o poskytování **lékárenské péče**.

12. **Souhlas ministerstva s poskytováním lázeňské léčebně rehabilitační péče**.

13. **Seznam zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků**, kteří budou vykonávat zdravotnické povolání v pracovněprávním nebo obdobném vztahu k žadateli, a to v rozsahu požadavků na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb (tabulka k vyplnění v příloze).

14. **Do 15 dnů ode dne zahájení poskytování zdravotních služeb** zaslat příslušnému správnímu orgánu kopii **pojistné smlouvy odpovědnosti za škodu způsobenou v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb** (ustanovení § 45 odst. 2 písm. n) zákona č. 372/2012 Sb.)

15. Pokud bude právnické osobě, která vzniká dnem zápisu do obchodního nebo jiného zákonem určeného rejstříku, vydáno rozhodnutí o **udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb před zápisem do rejstříku, vznikne této právnické osobě právo poskytovat zdravotní služby dnem zápisu do rejstříku.** Pokud bude právnické osobě se sídlem mimo území České republiky, která se zapisuje do obchodního rejstříku, vydáno rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb před zápisem do obchodního rejstříku, vznikne této právnické osobě právo poskytovat zdravotní služby dnem zápisu do obchodního rejstříku.

Nepodá-li právnická osoba uvedená ve větě první nebo druhé návrh na zápis do rejstříku ve lhůtě 90 dnů ode dne nabytí právní moci rozhodnutí o udělení oprávnění nebo nebyl-li zápis proveden do 90 dnů ode dne podání návrhu na zápis, oprávnění zaniká uplynutím této lhůty. **Právnická osoba je povinna zaslat příslušnému správnímu orgánu doklad prokazující podání návrhu na zápis do rejstříku do 15 dnů ode dne podání návrhu a dále doklad o tom, že právnická osoba byla zapsána do rejstříku, a to do 15 dnů ode dne provedení zápisu.** (§19 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb.)

HLAVNÍ MĚSTO PRAHA

Magistrát hlavního města Prahy

Odbor správních činností ve zdravotnictví a sociální péči

Mariánské náměstí 2, 110 01 Praha 1, pracoviště Charvátova 145/9, Praha 1

2.1

2.2 ŽÁDOST

2.2.1 O VYDÁNÍ VÝPISU Z EVIDENCE REJSTŘÍKU TRESTŮ

2.2.2 ZA ÚČELEM DOLOŽENÍ BEZÚHONNOSTI

2.2.3 DLE § 13 Odst. 3 ZÁKONA Č. 372/2011 SB., O ZDRAVOTNÍCH SLUŽBÁCH

Jméno:

.....

Rodné

příjmení:

.....

Nynější

příjmení:

.....

Rodné číslo:

Muž / Žena

Státní

občanství:

.....

Narození

Stát:

.....

Okres:

.....

Obec:

.....

Datum:

.....

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé, úplné a nic není zamlčeno. Jsem si vědom/vědoma právních následků vyplývajících z uvedení nesprávných nebo neúplných údajů nebo jejich zatajení v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích.

Žádost se nepřekládá, pokud bude předložen výpis z evidence rejstříku trestů ne starší 90 dnů v době podání žádosti.

V Praze dne

.....
podpis

Vyplní správní orgán:

Městská část:	
Spis č.:	
Poskytovatel zdravotních služeb:	
Fyzická osoba / Právnícká osoba	Statutární zástupce / Odborný zástupce
Číslo evidenční:	