

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta humanitních studií

Katedra řízení a supervise v sociálních a zdravotních organizacích

Bc. Jitka Kosíková

**Business plán – rozšíření činnosti specializované mobilní dětské paliativní
péče ve Středočeském kraji pro stávající organizaci Cesta domů**

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Petr Vrzáček

Praha 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval/a samostatně a použil/a 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 2.ledna 2019

Jitka Kosíková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala svému vedoucímu diplomové práce Mgr. Petru Vrzáčkovi, za jeho trpělivé a odborné vedení a přínosné připomínky. Děkuji své domovské organizaci Cesta domů za podporu během tvorby diplomové práce.

OBSAH

ABSTRAKT.....	6
ABSTRACT.....	7
I. ÚVOD.....	8
II. TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1. STRATEGICKÉ ŘÍZENÍ.....	11
1.1 STRATEGICKÝ PLÁN.....	11
1.2 POSLÁNÍ A VIZE.....	12
1.3 PLÁNOVÁNÍ.....	13
1.4 PODNIKATELSKÝ PLÁN.....	14
1.4.1 Účel podnikatelského plánu.....	15
1.4.2 Struktura podnikatelského plánu.....	15
1.4.3 Resumé a úvodní informace.....	16
1.4.4 Analýza vnitřního a vnějšího prostředí.....	16
1.4.5 Plán prodeje a marketingu.....	18
1.4.6 Provozní plány.....	21
1.4.7 Plán lidských zdrojů.....	21
1.4.8 Finanční plán.....	22
1.4.9 Plán řízení rizik.....	25
1.4.10 Organizační plán a časový harmonogram.....	26
1.4.11 Legislativa.....	28
2. PALIATIVNÍ PÉČE.....	29
2.1 DĚTSKÁ PALIATIVNÍ PÉČE.....	30
2.2 ROZDÍLY V PŘÍSTUPU PALIATIVNÍ PÉČE PRO DOSPĚLÉ, DĚTSKÉ A DOSPÍVAJÍCÍ PACIENTY.....	32
2.3 DĚLENÍ DĚTSKÉ PALIATIVNÍ PÉČE DLE DIAGNÓZ.....	35
2.4 EPIDEMIOLOGICKÁ DATA DĚTSKÉ ÚMRTNOSTI CELOSVĚTOVÁ.....	37
2.5 EPIDEMIOLOGICKÁ DATA DĚTSKÉ ÚMRTNOSTI V ČESKÉ REPUBLICE.....	39
2.6 SOUČASNÝ STAV DĚTSKÉ PALIATIVNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE.....	43

2.7	DOPORUČENÝ STAV DĚTSKÉ PALIATIVNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE DLE SEKCE DĚTSKÉ PALIATIVNÍ PÉČE ČSPM ČLS JEP	47
2.8	SPOLUPRÁCE S DALŠÍMI SLUŽBAMI V TERÉNU.....	47
2.9	ÚHRADOVÉ MECHANISMY MSPP	48
2.10	SOUČASNÝ STAV DĚTSKÉ PALIATIVNÍ PÉČE VE STŘEDOČESKÉM KRAJI	
	50	
2.10.1	Ambulantní péče	50
2.10.2	Respitní / odlehčovací péče.....	51
2.10.3	Lůžková paliativní péče	53
2.10.4	Domácí/mobilní paliativní péče	53
III.	EMPIRICKÁ ČÁST.....	52
3	BUSSINES PLÁN	55
3.1	POPIS ORGANIZACE	55
3.1.1	Strategický plán, poslání a dlouhodobé cíle organizace	57
3.1.2	Poskytování paliativní péče dětem v organizaci	58
3.1.3	Situace ve Středočeském kraji	62
3.1.4	SWOT analýza	65
3.2	PROJEKT ZAVÁDĚNÍ SPECIALIZOVANÉ MOBILNÍ PALIATIVNÍ PÉČE PRO DĚTI VE STŘEDOČESKÉM KRAJI	66
3.2.1	Zapojení PLDD	68
3.2.2	Zapojení koronerů a Zdravotnické záchranné služby	69
3.2.3	Zajištění služby MSPP pro děti 24/7.....	70
3.3	MANAGEMENT TÝM	70
3.4	OPERAČNÍ PLÁN	73
3.5	FINANČNÍ PLÁN	75
3.5.1	Náklady	78
3.5.2	Výnosy	80
3.5.3	Analýza krytí vlastních nákladů.....	82
3.5.4	Cash Flow	85
3.5.5	Rozvaha.....	87
3.6	LEGISLATIVNÍ PLÁN	88
IV.	ZÁVĚR.....	87

BIBLIOGRAFIE.....	88
PŘÍLOHY.....	94

ABSTRAKT

V diplomové práci je zpracován business plán pro stávající organizaci Cesta domů. Cesta domů je organizací poskytující mobilní specializovanou paliativní péči zejména pro dospělé pacienty, v posledních čtyřech letech do péče přijímá i pacienty dětské. Ambicí plánu na rozšíření služby pro dětské pacienty nejen kapacitou, ale i územím, na kterém bude poskytována, je zmapovat náročnost takového kroku a to jak z finančního, tak personálního a organizačního hlediska.

V teoretické části práce jsou představeny jednotlivé stupně řízení organizace. Na ně navazují jednotlivé kroky tvorby business plánu. Jsou zde představeny nástroje analýz organizace i okolního prostředí i důležitost vytvoření finančního plánu. Jsou zde zmapovány nástroje k řízení rizik. Druhá část teoretické části se zabývá paliativní péčí. Za pomoci dostupných zdrojů hodnotí současnou situaci v České republice a přináší přehled doporučení odborných organizací.

Empirická část se věnuje tvorbě business plánu jako takovému. Je zde představena organizace Cesta domů a zmapována situace a pozice, kterou v současné době zastává. V jednotlivých krocích je poté představen plán na rozšíření služby, finanční náročnost takového kroku s plánem rizik.

Práce přináší dobrou představu pro organizaci a diskuzi, zda je reálné a přínosné tento plán prakticky využít.

Klíčová slova: business plán, strategické řízení, paliativní péče, mobilní specializovaná paliativní péče

ABSTRACT

In this thesis is a demonstration of a business plan for existing organization Cesta domu. Cesta domu is an organization providing mobile palliative care especially for adult patients. In last four years admits also pediatric patients. The plan ambitions is to extend the services for children not only in capacity, but also in the area to which it will be extended. This work maps the complexity of such a step from financial, personal and organizational points.

In the theoretical parts are shown the layers of management and planning as important parts of organizational structure. That is followed by demonstrating the analytical tools for organization, the environment and the importance of preparing the financial plan. Moreover it maps the individual steps of risk analysis. The second part is dedicated to palliative care. The evaluation of current situation in Czech republic and the recommendations from the professional organizations are based on currently available sources.

The empirical part compiles all the part of business plan itself. The current situation and also the position, which Cesta domu holds, is presented. The business plan for enlarging the services is shown in individual steps such as financial overview with risk assessment and plan.

This thesis aspires to bring an overview on the understanding, if the plan is realistic and the organization would benefit from decision sensibly using this plan.

Key words: business plan, strategic planning, palliative care, mobile palliative care

I. ÚVOD

Paliativní péče je v současné době v České republice rezonujícím tématem ve veřejných médiích i mezi odborníky. Je to obor, který se dynamicky rozvíjí a svědčí pro to i zájem organizací, vypisujících v posledních letech granty. Jedním z předních podporovatelů posledních let je Nadační fond AVAST, který vznikl v roce 2010. Jedním z programů je podpora organizací provozujících služby lidem v závěru života (AVAST). V posledních letech se na podporu paliativní péče orientují i veřejné instituce, zejména Ministerstvo zdravotnictví, které vyhlásilo projekt Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti paliativní péče v nemocnicích a v přípravné fázi je projekt Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti mobilní specializované paliativní péče (MZČR, 2018).

Paliativní péči jsem se začala věnovat po pracovní nabídce v organizaci Cesta domů. Má role v organizaci jako dětské sestry je nejen práce sestry v multidisciplinárním týmu, ale zejména garance dětské péče a projektová práce na rozvoji aktivit týkajících se dětské paliativní péče, v tomto případě MSPP¹. Jsem zároveň aktivní členkou výboru Sekce dětské paliativní péči v ČR při ČLS

¹ MSPP – Mobilní specializovaná paliativní péče

JEP². Od roku 2017 jsem jednou ze školitelů kurzů ICPCN, které zájemcům o poskytování paliativní péče pro děti nabízejí úvod do dětské paliativní péče. Tyto kurzy jsou organizovány Sekcí dětské paliativní péče. Na Ministerstvu zdravotnictví jsem od roku 2018 členkou projektového týmu, zabývajícíím se projektem Podpory paliativní péče – zvýšení dostupnosti mobilní specializované paliativní péče.

Z výše uvedených informací je zřejmé, že organizace stojí v současné době před příležitostmi. Důvody, proč jsem si vybrala jako téma business plánu – rozšíření služby v již stávající organizaci jsou dva. Jedním je uchování si pozice uznávané organizace v oboru paliativní péče. Druhým důvodem je zmapování nákladnosti rozšíření takovéto služby.

Teoretická část obsahuje dvě části. První část se věnuje jednotlivým teoretickým zdrojům, z kterých jsem čerpala při tvorbě samotného plánu. Věnuje se jednotlivým složkám řízení organizace, představuje důležitost plánování jako takového. V druhé části jsem porovnávala dětskou úmrtnost ve světě a v České republice a navázala zmapováním dostupných služeb v České republice, přesněji ve Středočeském kraji. Zahrnula jsem i stanoviska a doporučení odborných společností České společnosti paliativní medicíny JEP ČR a Sekce dětské paliativní péče působící pod touto odbornou společností.

Vypracování plánu rozšíření dětské paliativní péče pro organizaci Cesta domů je představeno v empirické části práce. Je zde zmapována současná pozice organizace, její vize a plány. V této části jsem se snažila představit vybranou

² ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

variantu plánu na rozšíření služby mobilní specializované péče pro děti nejen na území Hlavního města Prahy, ale i do Středočeského kraje.

Tato práce by měla odpovědět na otázku, zda a v jakém rozsahu se organizace chce zabývat rozšířením služby.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1. STRATEGICKÉ ŘÍZENÍ

Manažerským nástrojem firmy či organizace, který pomáhá formulovat a implementovat vytyčené cíle, je strategický plán. Práce na vytvoření strategického plánu znamená zapojení vysokého managementu, dozorčích orgánů a případně majitelů. Je připravován na základě zvážení zdrojů a zmapování jak vnitřního, tak vnějšího prostředí, ve kterém firma či organizace působí (Slavík, 2014, Martinovičová a kol., 2014).

1.1 Strategický plán

Funkční strategický plán nemá být rigidní, avšak má poskytovat návod a směr, modelování budoucí cesty firmy či organizace. Dynamické a rychle se vyvíjející prostředí vyžaduje flexibilitu od strategických plánů a zejména od firem a organizací (Slavík, 2014). Je důležité pro všechny zaměstnance strategický plán znát, nebo alespoň rozumět cílům strategického plánu. Proto by měl být stručný, přehledný a srozumitelný (Kotter, 2015). Zakladatel moderního managementu, Petera F. Druckera zmiňuje možnosti izolace a v jejím důsledku konec firmy či organizace, pokud se jejich přizpůsobivost vnějšímu vývoji a přiměřená reakce na změny stává rigidními. Toto ale znamená riskovat, pouštět se do nejistoty a zároveň opouštět to, co již důvěrně známe (Drucker v Edersheimovi, 2008). Největší výzvou však dle Druckera nejsou konkurenční firmy, ale samotní, stále více náročnější, zákazníci a měnící se pravidla (Edersheim, 2008). Kotter (2015) uvádí, že dobře zvládnuté strategické řízení znamená zvládnutí řízení projektů od stanovení si mise organizace, zvládnutí a řízení různých politik, definování si programů a jejich harmonogramů a také metrik, které slouží ke zpětnému hodnocení a případným úpravám ve strategickém řízení.

1.2 Poslání a vize

Nedílnou součástí strategického řízení je stanovení vize a poslání firmy či organizace. Ta určuje smysl její existence, strategie a vyjadřuje perspektivní a dosažitelné cíle. A může mít velký vliv na úspěch, nebo neúspěch. Výsledkem je přesná formulace směřování firmy či organizace. Formulace, která má platnost

delší časové období a zároveň je srozumitelná jak vnitřnímu, tak vnějšímu prostředí, kde firma, nebo organizace působí (Slavík, 2014).

1.3 Plánování

Plánování jako takové je jedním z kroků strategického řízení a rozvoje firmy či organizace. Zahrnuje odpovědi na otázky kde, kdy a jak. Je to popis kroků a aktivit, které firma či organizace uskutečňuje a jejichž pomocí dosahuje cílů a vizí (Armstrong v Maxovi, 2011). Dobré plánování zvyšuje efektivitu a snižuje rizika. Jednotlivými prvky plánování jsou cíle, strategie, plány a kontrola (Maxa, 2011).

1. Stanovení cílů je popsání budoucího stavu. Popsání by mělo být specificky vyjádřené, měřitelné, akceptovatelné, reálné a časově vymezené.
2. Strategie můžeme vnímat jako plán celé firmy či organizace, ale také jako strategické plány jednotlivých úseků, oddělení, nebo služeb. Odpovědnost za koordinaci všech dílčích strategických plánů v organizaci má vrcholový management.
3. Jednotlivé úkoly, zmapování a určení všech zdrojů, které jsou nezbytné k dosažení realizace cílů a harmonogram činností jsou součástí plánu. Dobrý plán obsahuje také zodpovědné osoby za realizaci činností.

4. Zpětná vazba, neboli kontrola, je soubor nástrojů, které pomáhají průběžně mapovat realizaci jednotlivých kroků při realizaci plánů, hodnocení a re-evaluaci rizik, úspěchů, časového harmonogramu a dosažených výsledků. (Maxa, 2011)

Z časového pohledu můžeme plánování dělit:

1. Dlouhodobé – trvající více než 5 let a jako typickým příkladem je strategické plánování
2. Střednědobé – trvající 1-5 let. Příkladem střednědobého plánu je výrobní plán, plán zavedení služeb, obchodní plán nebo marketingový či fundraisingový plán.
3. Krátkodobé – trvající ne déle než 1 rok a jeho typickým zástupcem je operativní plán.
(Maxa, 2011, Slavík, 2014)

1.4 Podnikatelský plán

Na základě prostudovaných zdrojů je zřejmé, že plánování jako takové má při zakládání nové firmy či organizace své opodstatněné místo. Své místo má však i u již fungující firmy či organizace a pomocí dobrého plánování ji udržuje atraktivní pro zákazníky a konkurenceschopnou. Firma či organizace pomocí

procesu plánování reaguje na změny v tržním prostředí a je vodítkem k zaváděním nového produktu, nebo služby. Jedním z nástrojů plánování je podnikatelský plán. Je to spíše interní nástroj, často však vyžadovaný externími subjekty jako jsou bankovní ústavy, dárce, investory (Veber, 2008).

1.4.1 Účel podnikatelského plánu

Účel podnikatelského plánu můžeme tedy vnímat jako interní. Zpracování podnikatelského plánu mapuje jak vnitřní, tak vnější prostředí a poskytuje podrobnou analýzu záměru nebo již fungující firmy či organizace. Její součástí je i zmapování legislativy. Analýza již fungující firmy může ukázat rizika či silné stránky organizace. Finanční plán mapuje a demonstuje nutné finanční zdroje na pokrytí provozu. Zejména v menších a malých firmách podnikatelský plán umožňuje informovat zaměstnance o budoucnosti firmy, je nástrojem k motivaci zaměstnanců a upevňování firemní či organizační kultury (Veber, 2008, Maxa, 2011, Kotter, 2015).

V případech, kdy k realizaci podnikatelského plánu je využíván investor jako poskytovatel finančního kapitálu, je podnikatelský plán dokument, na jehož základě investor zvažuje reálnost plánu, jeho úspěšnost (Veber, 2008).

1.4.2 Struktura podnikatelského plánu

K fungování podnikatelského plánu a vyhnutí se opomenutí některých důležitých kroků slouží jeho struktura. Struktury jsou v literatuře popsány různorodě. Slavík (2014) uvádí 9 částí – resumé, úvodní informace, plán prodeje a marketingu, provozní plány, plán lidských zdrojů, finanční plán, plán řízení rizik, organizační plán a časový harmonogram. Naproti tomu Veber (2008) používá až 12 bodů – obsah, shrnutí, všeobecný popis firmy, klíčové osobnosti, produkty, okolí firmy, prodej, výroba, jakost, personální otázky, finanční plány, přílohy. K popisu jednotlivých kroků jsem si pro tuto práci vybrala strukturu popsanou Slavíkem (2014) doplněnou o zmapování vnitřního i vnějšího prostředí a legislativu jako samostatné kroky.

1.4.3 Resumé a úvodní informace

Tato část by podle Slavíka (2014) měla sloužit jako návnada. Měla by přilákat čtenáře a vzbudit zvědavost a důvod, proč ve čtení pokračovat. Nejde proto jen o zahuštěná data, ale zejména o přehledně, zajímavě a srozumitelně podané informace.

1.4.4 Analýza vnitřního a vnějšího prostředí

Jednou z nejčastěji používaných analýz je metoda SWOT. Pomocí této metody se hodnotí:

- S** Strengths – silné stránky organizace
- W** Weaknesses – slabé stránky organizace
- O** Opportunities – příležitosti ve vnějším prostředí
- T** Threats – hrozby z vnějšního prostředí

Tato metoda je jednoduchá, rychle a jednoduše pomáhá mapovat situaci jak uvnitř organizace, tak v jejím okolním prostředí (Maxa, 2011, Kotler, 2001).

McGrath (2015) na druhou stranu uvádí nepřesnost až v 80ti procentech všech SWOT analýz. Velkou nevýhodou bývá nedostatečná kritika a až přílišný optimismus při hodnocení vlastní organizace. Dobře provedená SWOT analýza vnímá silné stránky organizace tehdy, jsou-li výhodou a silnou stránkou v konkurenčním prostředí. Ze stejného pohledu je pak hodnocení příležitostí závislé na schopnosti objektivního hodnocení schopností a zdrojů organizace těchto příležitostí využít.

Velmi častá metoda k analýze zejména budoucnosti a orientované spíše na vnější prostředí je PEST/PESTLE analýza.

- P** Political – politika - mapuje současné i budoucí politické vlivy na organizaci a její strategii
- E** Economical – ekonomika – mapuje ekonomické změny, marketingové průzkumy, míru nezaměstnanosti, předpovědi hospodářského růstu, situace na bankovních trzích

- S** Social – sociální trendy – analyzuje změny v sociálním vývoji, kulturní vlivy, společenské trendy, měnící se společenské normy

- T** Technological – technologické trendy – mapuje nové objevy a vývoj, dopady nových a stávajících technologií, vývoj informačních technologií

- L** Legal – legislativní prostředí – analyzuje změny v právním systému, novelizace zákonů a norem

- E** Enviromental – ekologické prostředí – mapuje změny ochrany životního prostředí

PESTLE analýza je rozsáhlá a vyžaduje znalost a odvahu předvídat vývoj a trend v jednotlivých oblastech (McGrath, 2015).

1.4.5 Plán prodeje a marketingu

Kotler (2001) uvádí, že marketing jako takový je obvykle chápán jako marketing služeb nebo zboží uživatelům nebo spotřebitelům. Efektivní marketing má mnoho tváří. V procesu plánování marketing shrnuje propagaci a distribuci idejí. Kotler (2001) definuje marketing takto:

„Je to sociální proces, při kterém jednotlivci a skupiny získávají to, co si přejí a co potřebují, prostřednictvím tvorby, nabídky a směny hodnotných produktů a služeb s ostatními.“

V rámci tvorby podnikatelského plánu je marketingové plánování důležité k analýze příležitostí, vytvoření marketingových strategií a jejich následnému řízení.

Při tvorbě marketingových strategií Slavík (2014) používá marketingový mix 4P.

- 1. Product – Produkt – zboží či služba –** důležitou součástí je pověst jak již existujících produktů stejné firmy nebo obdobných produktů konkurence. Při tvorbě marketingových strategií jde i o psychologický rozměr, který je tím důvodem navíc, proč tento produkt zákazníka osloví (Slaík, 2014). Důležité je plánování designu produktu, budování jména značky, jakost produktu, ale i záruka a reklamační řád.
- 2. Price – Cena –** Cenu produktu lze stanovit několika způsoby. Na základě konkurence, analýzy nákladů a analýzy poptávky. V tvorbě marketingového plánu je důležité propojení finančního plánu a zpracování analýzy bodu zvratu (Martiničová a kol., 2014). Cena výrobku by, dle obecného pravidla, neměla být nižší než variabilní náklady (Slavík, 2014).
- 3. Place – Místo –** zmapování oblasti, kde budeme produkt nabízet. Součástí je analýza konkurence a zajištění dostupnosti pro spotřebitele či uživatele. Analýza trhu a správné umístění produktu jako i jeho načasování může hrát zásadní roli v marketingovém úspěchu (Slavík, 2014). Mezi jednotlivé bodu můžeme také zahrnout distribuci, dopravu a pokrytí v jednotlivých lokalitách (Vochozka a kol., 2012).

4. **Promotion – Propagace –** Role propagace je přesvědčit spotřebitele či uživatele o výhodách a jedinečnosti produktu. K těmto účelům se používá především placená forma propagace. Součástí propagace jsou však také zaměstnanci nebo vyškolení a motivovaní prodejci. Současně je důležité jak náklady spojené s propagací a marketingem jako takovým zpětně ovlivňují finanční náklady (Kotler, 2001).

Alternativou marketingové strategie 4P je marketingový mix 4C. Tato strategie nahlíží na stejné body, avšak z pohledu zákazníka nebo uživatele.

1. **Customer solution**
2. **Cost**
3. **Convenience**
4. **Communication**

(Slavík, 2014, Vochozka a kol.,2012, Kotler, 2001)

Na marketingový mix 4C navazuje a rozšiřuje ji CRM (Customer Relationship Management), v překladu řízení vztahu se zákazníkem. Ideou za tímto přístupem je budování dlouhodobého vztahu a spokojenost zákazníka, zároveň i získávání nových zákazníků. Základem je komunikace se zákazníkem nebo uživatelem v obou směrech. Pro firmu či organizaci je důležité znát a předvídat přání, postoje a chování zákazníka či uživatele. Na druhou stranu je pro zákazníka či uživatele výhodné využívat možnosti slev, individuálního přístupu nebo zvýhodněného reklamačního řádu (Kotler, 2001).

1.4.6 Provozní plány

Obsah této části podnikatelského plánu bude odviset od rozsahu a nutnosti pořizování technologií a materiálu k zajištění provozu výroby či provozu služby. Pokud plán popisuje výrobu produktu, patří sem zejména výrobní postupy, technologické vybavení, vybavení informačními technologiemi, předpokládanou kapacitu výroby a její využití. Taktéž výčet a množství surovin a materiálu potřebných k zajištění výroby produktu a to včetně objasnění dodavatelských vztahů. U poskytování služby je nutné vyčíslit kapacitu služby a materiál, který zajistí poskytování služby v plánovaném množství (Veber, 2008,

1.4.7 Plán lidských zdrojů

K personálnímu zajištění aktivit na rozjezd, chod nebo rozšíření je důležité vyjasnit si otázku, kdo budou zaměstnanci. Důležitá je nejen kvalifikace zaměstnanců, ale i budoucí hierarchie uvnitř organizační struktura (Slavík, 2014). Je nutné stanovit počet zaměstnanců a jejich kvalifikační předpoklady. V případě již fungující firmy či organizace by tato část měla poskytnout přehled o struktuře, systém dalšího vzdělávání a nároky na personál (Veber, 2008). Drucker (2002) považuje zvyšování kvalifikace a kvality lidských zdrojů za

nikdy nekončící důležitý proces. Organizace, kde se současná míra kvalifikace a kvalita lidských zdrojů pouze udržuje na, i když v současné době, dobré úrovni, si z dlouhodobého hlediska není schopna zachovat adaptační schopnost. Schopnost udržovat si silnou pozici na trhu a být dobrou konkurencí poté klesá.

Činnosti personálního managementu zabezpečují nejen výběr zaměstnanců, jejich rozmístování, hodnocení, ale i zajištění systému odměňování a spravování informačních systémů (Martinovičová a kol., 2014).

K účelům podnikatelského plánu je nutné stanovit potřeby počtu zaměstnanců. Je nutné identifikovat, zda provoz výroby či služby bude zajištěn vlastními zaměstnanci nebo některé činnosti budou zadány externímu subjektu (Martinovičová a kol., 2014).

Náklady spojené s lidskými zdroji by měly obsahovat nejen hrubou mzdu a super - hrubou mzdu, ale i ostatní náklady spojené s odměňováním zaměstnanců. Přesné vyčíslení se zahrnuje do finančního plánu (Veber, 2008).

1.4.8 Finanční plán

Finanční plán převádí již zvážené činnosti do čísel, nejčastěji pomocí tabulek nákladů a výnosů a určení si bodu zvratu. Dlouhodobý výhled poskytuje přehled finančních toků, Cash flow (Veber, 2008, Synek, 1996). Součástí plánu je přehled vlastních zdrojů a kapitálu, případně zvažované úvěrové možnosti (Veber, 2008).

1.4.8.1 Náklady

Nákladem rozumíme všechny peněžně vyčíslené zdroje za určené období, nutné k zabezpečení provozu výroby či poskytování služby. Náklady dále dělíme na přímé a nepřímé, fixní a variabilní. Přímé a nepřímé náklady slouží k rozdělení nákladů na jednotlivé činnosti a jejich přiřazování k skupinám či oddělením a jsou nástrojem účetnickým. Z pohledu manažerského a pro účely podnikatelského plánu je důležité vyčíslit náklady fixní a variabilní (Synek, 1996).

Fixní náklady jsou takové, které vznikají bez ohledu na objem výroby či poskytované služby. Jsou to náklady nutné pro zabezpečení provozu. Do fixních nákladů patří personální náklady, odpisy, nájemné, úroky z půjček, leasingové poplatky a provoz budov.

Variabilní náklady jsou takové, které vznikají v závislosti na přímou výrobu či poskytování služby. S objemem výroby nebo služby mohou vzrůstat nebo klesat. Variabilní náklady zahrnují režijní náklady, spotřební materiál nebo suroviny (Synek, 1996, Veber, 2008).

1.4.8.2 Výnosy

Výnosy firmy či organizace jsou částky, které firma či organizace získala ze všech svých činností. Jedná se o výnosy za poskytované činnosti, z pronájmů, nebo z obchodní činnosti (Synek, 1996, Veber, 2008).

1.4.8.3 Analýza bodu zvratu

Bod zvratu je vyjádření stavu, kdy objem výroby či poskytované služby se rovná celkovým nákladů zahrnující jak fixní tak variabilní náklady (Synek, 1996).

Bod zvratu můžeme odvodit v rovnici:

$$T = CN$$

$$p \cdot Q = FN + v_n \cdot Q$$

$$Q = FN / (p - v_n)$$

T = tržby

CN = celkové náklady

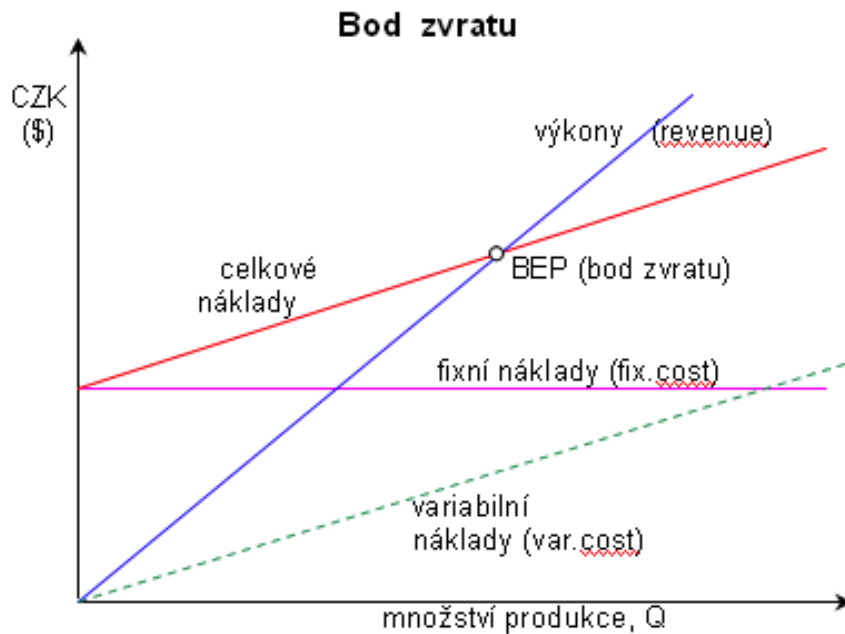
p = cena

Q = množství produktu/slужby

V_n = variabilní náklady

F_n = fixní náklady

Graf č. 1: Bod zvratu



ZDROJ: Wikipedie

1.4.8.4 Finanční tok, cash flow

Cash flow vyjadřuje tok financí za určité období. Zobrazuje vztah mezi finančními příjmy, finančními výdaji, provozní a investiční tok financí (Veber, 2008).

1.4.9 Plán řízení rizik

K dobrému managementu patří předvídání rizik, určení jejich závažnosti a vytvoření plánu, jak rizika řídit (Smejkal, 2013). Ke každému cíli, který je

stanoven v podnikatelském plánu je nezbytné přiřadit riziko a jeho míru, které může dosažení cíle ztížit nebo přímo ohrozit (Vrzáček, 2017).

Řízení rizik můžeme rozdělit do několika kroků. Jako první je identifikace rizika a to ve všech oblastech podnikatelského plánu. Zahrnuje tedy nejen finanční analýzu rizik včetně úvěrové a investiční stránky, personální, projektovou a provozní, ale i sociální a bezpečnostní. Následuje zhodnocení rizik, jakou mírou ovlivňují dosažení cílů. Podle jejich závažnosti se vypracovává jejich ošetření a kroky, které by vzniku rizik mohly předejít. Během implementace podnikatelského plánu je nutné monitorování a evaluace a aktualizace rizik a jejich řešení (Smejkal, 2013, Vochozka 2012).

1.4.10 Organizační plán a časový harmonogram

Organizační struktura implementace podnikatelského plánu zahrnuje jak samotné organizační schéma, popis jednotlivých organizačních jednotek nebo popis a jejich pravomoci a odpovědnosti.

Zpracovaný časový harmonogram činností je vodítko pro vytčení milníků celkového plánu, pomáhá oddělit přípravnou fázi plánu od realizační. Spolu s organizačním plánem jasně určuje, kdo je za činnost odpovědný a kdy má tato činnost být započata, konána a ukončena (Smejkal 2014).

Nástrojem, který zahrnuje obě zmíněné složky je logický rámeček, hojně využívaný především v projektovém managementu. Slouží k přehlednému

znázornění projektu a to jak v plánovací a rozhodovací fázi, tak i v řídicí fázi projektu. Jedná se o tabulku, která má svou horizontální a vertikální posloupnost a logiku.

V obou rovinách logického rámce na sebe navazují jednotlivé úrovně projektu od účelu, cíle až po výstupy a jednotlivé činnosti. Ke každé rovině jsou přiřazeny metody a místa ověření, vnějších podmínek, které musí být splněny k dosažení cíle a analýza rizik (Logframe).

Tabulka č. 1: Matice logického rámce

SLOVNÍ POPIS JEDNOTLIVÝCH ÚROVNÍ PROJEKTU	OBJEKTIVNĚ OVĚŘITELNÉ UKAZATELE	ZDROJE PRO OVĚŘENÍ	RIZIKA/PŘEDPOKLADY
CELKOVÝ CÍL	MĚŘENÝ ČÍM	ZDROJE PRO OVĚŘENÍ	
← Prispívají ke splnění →			
ÚČEL/ZÁMĚR	MĚŘENÝ ČÍM	ZDROJE PRO OVĚŘENÍ	A PŘEDPOKLÁDAJÍ CO
← vedou ke splnění →			
VÝSLEDKY	MĚŘENÉ ČÍM	ZDROJE PRO OVĚŘENÍ	A PŘEDPOKLÁDAJÍCÍ CO
← vedou ke splnění →			
AKTIVITY	PROSTŘEDKY (VSTUPY)	ZDROJE PRO OVĚŘENÍ	ZA PŘEDPOKLADU, ŽE
← PŘEDBĚŽNÉ PODMÍNKY →			

ZDROJ: ESFCR

1.4.11 Legislativa

Zmapování současného stavu legislativy je nezbytně nutné k vytvoření již zmíněných částí podnikatelského plánu a pokud není samostatnou součástí podnikatelského plánu, mělo by být zahrnuto v analýze a řízení rizik. Změny v daňové nebo hospodářské politice a ekonomické legislativě znamenají významné ovlivnění finančního plánu. Mají také vliv na vypracování analýzy rizik plánu. Také legislativa týkající se životního prostředí a dynamicky se vyvíjejících předpisů v této oblasti ovlivňuje realizaci plánu a klade nároky na provozní a administrativní požadavky (Vochozka, 2012).

2 PALIATIVNÍ PÉČE

Existuje několik obecných definic paliativní péče. Jedna z první základních definic pochází od Světové zdravotnické organizace (WHO³, překlad vlastní).

„Paliativní péče je takový přístup péče, který zlepšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin čelících problémům spojených s život ohrožujícím onemocněním prostřednictvím prevence a úlevy díky jejich včasné identifikaci a správnému zhodnocení léčby bolesti a dalších obtíží, jak zdravotních, tak i spirituálních a psychosociálních.“

Tato definice byla později několikrát modifikována a v Evropě je velmi často používaná a překládána verze definice Evropské asociace pro paliativní péči (EAPC⁴, překlad vlastní).

„Paliativní péče je aktivní a celostní péče o pacienty, jejichž onemocnění nereaguje na kurativní léčbu. Paliativní péče je celostní přístup k pacientovi, zahrnující fyzickou, psychosomatickou a spirituální péči, léčbu bolesti a ostatních symptomů. Paliativní péče je ve svém přístupu multidisciplinární a zahrnuje péči o pacienta a jeho rodinu. Měla by být dostupná na jakémkoliv místě včetně nemocnic, hospiců a v komunitě.

Paliativní péče považuje smrt za přirozený proces, neurychluje ji ani ji neprodlužuje, ale usiluje o co nejlepší možnou kvalitu života až do smrti.“

³ WHO – World Health Organization

⁴ EACP – European Association for Palliative Care

Z této definice vychází i český překlad České společnosti paliativní medicíny, která je kolektivním členem EAPC. ČSPM definuje a zaštiťuje politiku rozvoje paliativní péče v České republice a je v současné době hlavním nositelem vzdělávání v oboru paliativní péče (ČSPM).

„Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým. Paliativní péče chápe umírání jako součást lidského života a vychází z toho, že každý člověk závěrečnou část svého života, se všemi jejími fyzickými, psychickými, sociálními, duchovními a kulturními aspekty, prožívá individuálně vychází důsledně z přání a potřeb pacientů a jejich rodin a respektuje jejich hodnotové priority. Je založena na multiprofesní spolupráci a integruje v sobě lékařské, ošetrovatelské, psychologické, sociální a spirituální aspekty. Nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka.“

2.1 Dětská paliativní péče

Podle definice ACT⁵ (2009, v Bergstraesser, 2013, vlastní překlad) se dětská paliativní péče liší od paliativní péče poskytované dospělým.

⁵ ACT -Association for Children's Palliative Care

„Paliativní péče o děti a dospívající s život zkracujícím nebo život limitujícím onemocněním je aktivní komplexní péčí o somatickou, psychickou a spirituální dimenzi nemocného dítěte od stanovení diagnózy, v průběhu života dítěte, smrti a následuje i po úmrtí dítěte. Součástí intermitentní nebo kontinuální péče je zvládnutí symptomů onemocnění či léčby zahrnuje také podporu rodiny během celé doby a po smrti dítěte a v období truchlení.“

V evropském prostředí se nejčastěji používá modifikace první definice paliativní péče pro děti a dospívající uvedená Světovou zdravotnickou organizací v roce 1997. Ta byla rozšířena a v roce 2007 byla uvedena ve Standardech dětské paliativní péče v Evropě v českém prostředí představena v roce 2014 při příležitosti První české konference dětské paliativní péče (z IMPaCCT⁶).

Dětská paliativní péče je aktivní kompletní péčí o somatickou, psychickou a spirituální dimenzi nemocného dítěte, zahrnující také poskytování podpory rodině. Tato péče začíná v okamžiku stanovení diagnózy nemoci a pokračuje bez ohledu na to, zda je dítě léčeno se zaměřením na diagnostikované onemocnění. Zdravotníci musí zhodnotit a minimalizovat fyzické, psychické a sociální strádání dítěte. Efektivní paliativní péče vyžaduje široký multiprofesní přístup, který zahrnuje i rodinu a využívá komunitní zdroje; tato péče může být úspěšně zajištěna i s limitovanými prostředky. Péče může být poskytována v pečovatelských ústavech, ve zdravotnických zařízeních i v domácím prostředí.“

⁶ IMPaCCT – Interactive Media Package for the Assessment of Communication and Critical Thinking

2.2 Rozdíly v přístupu paliativní péče pro dospělé, dětské a dospívající pacienty

Paliativní péče o děti a dospívající se od paliativní péče pro dospělé liší v mnoha bodech. Jedním z hlavních je počet pacientů, kteří v důsledku svého onemocnění umírají. V dětském věku se tato onemocnění řadí do kategorie vzácných onemocnění. Děti zařazené dle kategorií do nějaké formy paliativní péče se mohou dožít rané dospělosti. V dětském věku může být paliativní péče intermitentní, ustupující kurativní léčbě. Také délka péče se liší od délky paliativní péče o dospělého pacienta. Na rozdíl od dospělých pacientů, kde se paliativní péče předpokládá v řádech týdnů či měsíců, u dětí a dospívajících je tato péče může provázet po řadu let, může se upozadovat kurativní léčbě nebo naopak střídavě kurativní léčbu předcházet nebo doprovázet (ACT, 2009).

Péče o rodinu i péče o sourozence je v důsledku také dlouhodobá. Rodina nese zátěž dítěte se závažným onemocněním dlouhé roky, čelí sociálním, finančním i zdravotním obtížím. Často se dostávají do sociální izolace (Poláková & all., 2017). Poskytovatelé paliativní péče pro děti si musí být vědomi nejen změn souvisejícím s vývojem onemocnění, ale i změn, které přináší samotný vývoj a růst dítěte. Musí být schopni přizpůsobovat komunikaci vývojovému věku a kognitivním schopnostem dítěte, rodičů i sourozenců (ACT, 2009).

Nedílnou součástí života dítěte je hra a vzdělávání a dítě se závažným onemocněním má právo na běžné aktivity. ICPCN⁷ v roce 2008 vydalo na svých webových stránkách Chartu práv dětí, jejichž život je v důsledku onemocnění nebo stavu zkrácen či ohrožen. V roce 2018 je tato Charta přeložena do českého jazyka (ČSPM, Sekce dětské paliativní péče). Z deseti bodů charty je zřejmé, že péče a práva dětí z ní vyplívajících zahrnují také míru spolurozhodování a to již v raném věku dítěte. V České republice se hovoří o pacientovi starším 14ti let, který má právo rozhodovat, co se bude dít s jeho tělem a to i pokud se zásahem do integrity souhlasí zákonný zástupce nezletilého. V takovémto případě se rozhodnutí postupuje soudu (NOZ 89/2012, §100). O mladších dětech se občanský zákoník nezmiňuje a rozhodování o integritě je v moci zákonného zástupce.

Charta práv dítěte (ČSPM, Sekce dětské paliativní péče):

1. Každé dítě má právo na individualizovanou, kulturně a věkově přizpůsobenou paliativní péči jak je definovaná dle WHO. Specifické potřeby adolescentů a mladých dospělých by měly být zvaženy a adresovány při plánování péče.
2. Paliativní péče pro dítě a rodinu by měla být zahájena v momentě stanovení diagnózy a měla by pokračovat v průběhu kurativní léčby, během umírání, smrti a v období truchlení. Cílem paliativní péče by mělo být zmírnění utrpení a zachování co nejvyšší kvality života.

⁷ ICPCN – International children's palliative care network

3. Rodiče či zákonní pečovatelé by měli být považováni za primární poskytovatele péče a měli by být plnohodnotnými partnery při rozhodování o péči o dítě.
4. Každé dítě by mělo být podpořeno v účasti na rozhodnutích týkajících se jeho péče, úměrně jeho věku a míře schopnosti porozumění.
5. Základem veškeré komunikace s dítětem a jeho rodinou je citlivý a zároveň otevřený přístup. K dítěti i jeho blízkým je třeba přistupovat s důstojností a s respektem vůči jejich soukromí – bez ohledu na jejich fyzický stav a intelektuální schopnosti.
6. Každé dítě či mladý člověk musí mít zajištěn přístup ke vzdělání a všude tam, kde je to možné, by mu měly být poskytovány příležitosti ke hře a kvalitnímu trávení volného času, k interakci se sourozenci a přáteli a k účasti na obvyklých dětských aktivitách.
7. Jeli to možné, musí mít každé dítě a jeho rodina příležitost ke konzultacím s odborníkem v oblasti pediatrie, specializovaným na onemocnění, jímž dítě trpí. Dítě by mělo po celou dobu zůstat v péči pediatra nebo lékaře, který má v péči o děti patřičné znalosti a zkušenosti.
8. Dítě a jeho rodina mají mít nárok na přidělení jednoho konkrétního pracovníka, na kterého se mohou vždy obracet. Jeho úkolem je budovat a koordinovat péči, jejíž součástí by měl být multidisciplinární pečovatelský tým a přístup k odpovídajícím zdrojům v komunitě.

9. Pokud je to možné, měl by centrem poskytované péče vždy zůstat domov dítěte. Léčba mimo domov by měla být poskytována v prostředí přizpůsobeném potřebám. Personál i dobrovolníci, kteří budou tuto péči zajišťovat, musejí mít průpravu v poskytování pediatrické paliativní péče.
10. Každé dítě a člen rodiny, včetně sourozenců, mají mít přístup ke kulturně přizpůsobené klinické, psychologické, duchovní a emoční podpoře, aby byly naplněny jejich potřeby. Péče o pozůstalou rodinu by měla být dostupná tak dlouho, jak bude potřeba.

2.3 Dělení dětské paliativní péče dle diagnóz

O tuto definici se opírá dokument Sekce dětské paliativní péče ČSPM ČLS JEP⁸ a vyplývá z ní, že dětská paliativní péče je určena rodinám, jejichž dítěti bylo diagnostikováno život ohrožující nebo život limitující onemocnění. Pro tyto rodiny představuje pomoc, jak tuto těžkou životní etapu zvládnout co nejlépe a nejdůstojněji.

- Život limitující onemocnění, kdy není naděje na vyléčení a předčasné úmrtí je obvyklé (například některé svalové dystrofie, degenerativní onemocnění, dědičné metabolické poruchy, spinální muskulární atrofie)

⁸ ČSPM ČLS JEP – Česká společnost paliativní medicíny při České společnosti Jana Evangelisty Purkyně

- Život ohrožující onemocnění, je takový stav, kdy je vysoká pravděpodobnost předčasného úmrtí v důsledku závažné nemoci (onkologické diagnózy, vážné úrazy CNS a ostatní onemocnění či vady vyžadující dlouhodobou intenzivní péči)

(IMPaCCT, 2007)

Většina život limitujících onemocnění má jasnou prognózu. Nedávají naději na uzdravení, ale vyžadují nesmírně náročnou péči. V dětském věku se nejčastěji jedná o velmi široké spektrum zejména nenádorových diagnóz, např. dědičné poruchy metabolismu, vrozená neurodegenerativní onemocnění, nervosvalová onemocnění, závažná postižení mozku vzniklá např. v období kolem porodu či po závažném úrazu. Pacienti s onkologickou diagnózou tvoří zhruba 20 % dětí vyžadujících paliativní péči. Vzhledem k tomu, že je u dětí velká většina život limitujících diagnóz nenádorových, potřeba paliativní péče oproti dospělému věku je podstatně delší. Pro lékaře a paliativní tým, k němuž patří i sestra, sociální pracovník, psycholog a duchovní, je velmi obtížné odhadnout časové zarámování potřebné péče (Pracovní skupina dětské paliativní péče, 2016).

Děti, které mají diagnostikované život ohrožující nebo limitující onemocnění můžeme rozdělit do 4 skupin.

1. Život ohrožující onemocnění, u kterého je možná kurativní léčba, která však může selhat. Děti s remisemi a děti po úspěšné léčbě

nejdou do této skupiny zařazeny (nádorová onemocnění, orgánová selhání)

2. Stav, kdy předčasná smrt je nevyhnutelná. Může se střídát s delšími periodami intenzivní léčby, která směřuje k prodloužení života a umožňující aktivity běžného života (cystická fibroza)
3. Progresivní onemocnění bez možnosti kurativní léčby, léčba je výhradně paliativní a může trvat několik let (Battenovo onemocnění, mucopolysacharóza)
4. Nezvratný, nicméně neprogresivní stav s velmi komplexními zdravotními obtížemi a směřujícímu k předčasnému úmrtí (dětská mozková obrna)

(ACT, 1997 in Goldmann 2006)

K této kategorizaci by se jistě dala přiřadit další, která dnes stojí osamoceně, a to perinatální paliativní péče. Ta je určena rodičům, jejich nenarozenému dítěti bylo diagnostikováno život limitující onemocnění, které je po narození dítěte jen těžko slučitelné se životem (Ratislavová, 2016).

2.4 Epidemiologická data dětské úmrtnosti celosvětová

Poslední zpráva Světové zdravotnické organizace z roku 2018 (WHO, 2018) uvádí, že odhadovaná mortalita dětí do 15ti let věku v roce 2017 byla 6,3 milionu. Z toho 5,4 milionu dětí zemřelo ve věku do 5ti let a z nich 2,5 milionu dětí zemřelo do 1 měsíce věku. I když se toto číslo zdá vysoké, jedná se o dlouhodobě klesající trend. V porovnání s rokem 1990, kdy se úmrtnost dětí do 5ti let pohybovala na 12,6 milionu dětí (WHO, 2018)

Na základě dat UNICEF uvádí, že díky závazkům vlád z roku 2000 se od té doby podařilo zachránit 48 milionů dětí mladších pěti let. Očekává se, že představitelé států přijmou tento měsíc na výročním zasedání OSN⁹ další cíle pro nadcházejících 15 let. Pokud se podaří pokles nadále udržet, bude to znamenat 38 milionů zachráněných dětských životů (Unicef, 2012).

„Příliš mnoho dětí stále umírá před dovršením pátého věku z příčin, kterým lze předcházet, a také v průběhu prvního měsíce života. To by nás mělo přimět ke zdvojnásobení našeho úsilí, abychom učinili to, co je potřebné,“ uvedla zástupkyně ředitele organizace UNICEF Geeta Rao Guptová.

Ze zprávy WHO (2018) vyplývá, že největší výzvou zůstává prvních 28 dní života. Na tuto dobu připadá 45 procent všech úmrtí dětí mladších pěti let. Nejčastějšími příčinami smrti v prvním měsíci života jsou předčasný porod, zápal plic, komplikace během porodu, malárie, sepse či infekce. Polovina úmrtí je pak připisována podvýživě.

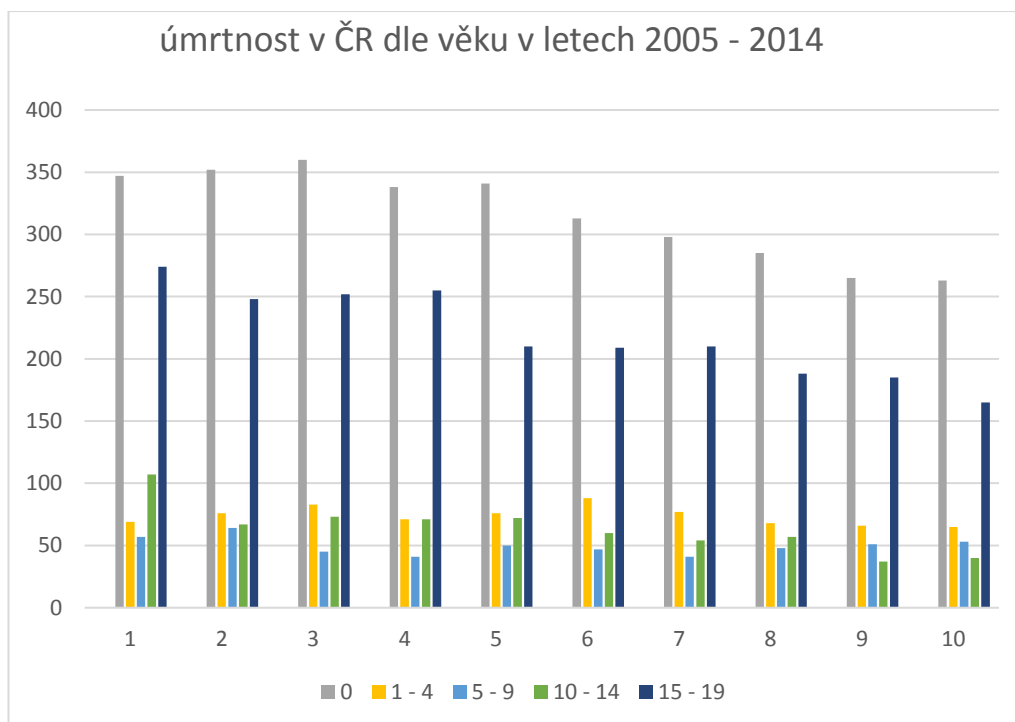
⁹ OSN – Organizace spojených národů

2.5 Epidemiologická data dětské úmrtnosti v České republice

V České republice data kopírují celosvětová data. Z níže uvedených dat je zřejmé, že celkově úmrtnost dětí má klesající tendenci, nejvyšší úmrtnost je zřejmá u dětí do 1 roku. Nejčastějšími příčinami úmrtí v raném věku dětí jsou některé stavy vzniklé v perinatálním období – respirační poruchy specifické pro perinatální období, zkrácení těhotenství, krvácivé stavy a hematologické poruchy plodu a novorozence. V České republice v roce 2016 toto číslo dosahuje počtu 191 dětí (ČSÚ, 2016). Druhou nejčastější příčinou úmrtí dětí jsou dle klasifikace nemocí MKN¹⁰ vrozené vady, deformace a chromozomální abnormality. Do 1 roku života v roce 2016 zemřelo tak 16 % dětí z celkového počtu zemřelých dětí v tomto roce.

Graf č. 2. : Mortalita dětí a dospívajících v České republice dle věku

¹⁰ MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí



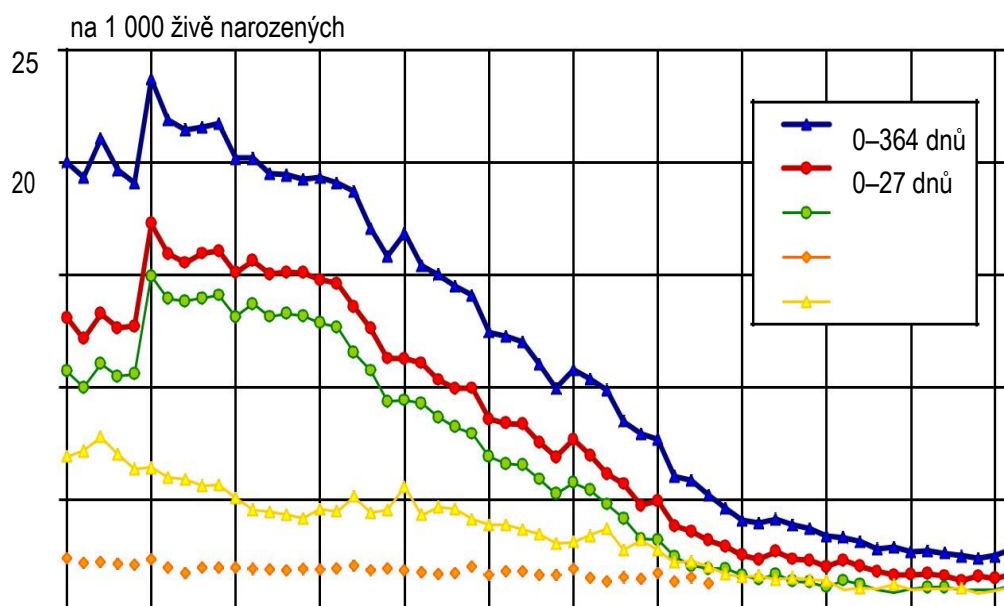
Zdroj: ČSÚ, 2016

2.4.1. Vývoj úmrtnosti dětí ve věku do 1 roku

Úmrtnost do 1 roku věku Český statistický úřad eviduje také podle kategorizace na perinatální úmrtnost, novorozeneckou úmrtnost do 28 dnů po narození a kojeneckou úmrtnost od 29 dne života do 1 roku života. Graf č. znázorňuje klesající tendenci úmrtnosti od roku 1960 do roku 2015.

Míra kojenecké úmrtnosti v České republice je jednou z nejnižších na celém světě a v roce 2015 činila 2,5 úmrtí na 1 000 živě narozených kojenců. Kojenecká úmrtnost se mezi lety 1995 a 2015 snížila téměř o 70 % (ÚZIS, 2015).

Graf č. 3: vývoj kojenecké úmrtnosti v České republice 1960 – 2015



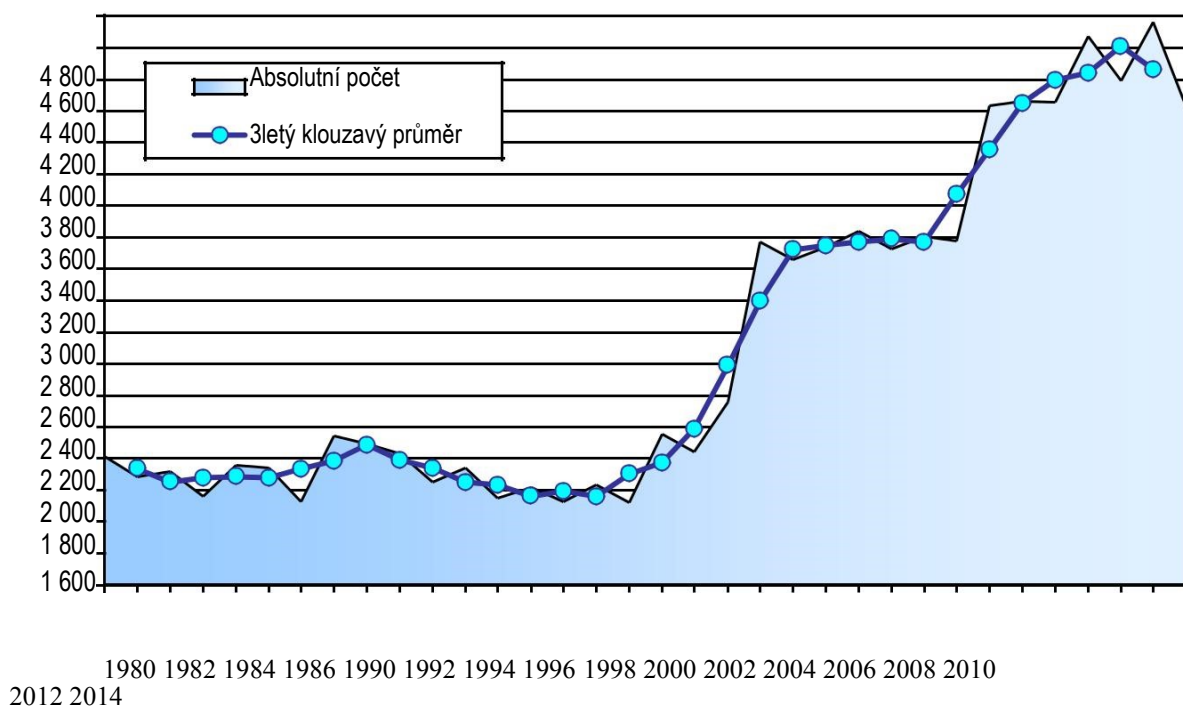


Zdroj: ÚZIS, ČSÚ

Počet živě narozených dětí s nějakou formou vrozené vady na druhou stranu stoupá. Děti s vrozenou vadou tvoří největší skupinu dětí potencionálních uživatelů paliativní péče (ACT, 1997 in Goldmann 2006). V České republice počet živě rozených dětí vzrostl od roku 1980 z 2 400 dětí s vrozenou vadou na celkový počet 4 586 živě narozených dětí s vrozenou vadou v roce 2014.

Graf č.4: Vývoj počtu živě narozených s vrozenou vadou v České republice 1980 - 2014

5 200
5 000



ZDROJ: ÚZIS

2.6 Současný stav dětské paliativní péče v České republice

Paliativní péče v České republice je již několik desítek let, v posledních letech se toto téma dostává do popředí nejen v odborné, ale i u laické veřejnosti.

Na činnost Sekce paliativní medicíny ve Společnosti pro studium a léčbu bolesti ČLS JEP navazuje v říjnu roku 2008 nově vzniklá Česká společnost paliativní medicíny (ČSPM) jako samostatná odborná společnost ČLS JEP. Platforma byla založena jako multidisciplinární a zaštiťuje vzdělávání v odboru Paliativní medicína a léčba bolesti. Hlavní body společnosti, na kterých od svého založení pracuje, jsou:

- Vzdělávání lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků ve spolupráci s ostatními odbornými společnostmi
- Jednání s odbornými společnostmi, orgány státní správy a se zdravotnickými pojišťovnami o vhodných formách organizace a úhrady paliativní péče
- Podpora diskuse a formulování kvalifikovaných stanovisek k aktuálním bioetickým otázkám péče o nevléčitelně nemocné a umírající
- Podpora výzkumu v oblasti péče o nevléčitelně nemocné a umírající (ČSPM, 2008)

V rámci ČSPM začali postupně pracovat pracovní skupiny nebo sekce Geriatrické paliativní péče v roce 2017, Pracovní skupina pro dětskou paliativní péči v České republice v roce 2015, v roce 2018 přetransformovanou do Sekce dětské paliativní péče a Pracovní skupina pro mobilní specializovanou paliativní péči, která působí od roku 2017.

Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (APHPP) vznikla v roce 2005 a jejím hlavním posláním je prosazování a podpora hospicové paliativní péče, která vychází z úcty k člověku jako jedinečné neopakovatelné lidské bytosti. Mezi hlavní cíle řadí:

- podpora informovanosti odborné i laické veřejnosti o tom, co hospicová péče nabízí
- zlepšování kvality péče formou spolupráce při tvorbě standardů kvality hospicové paliativní péče,
- vzdělávání a přispívání ke zvyšování odbornosti profesionálů v této oblasti,
- přiznání hospicům v legislativě statut zdravotně-sociálních zařízení (APHPP, 2005)

V roce 2017 bylo založeno Fórum mobilních hospiců za účelem zastřešit poskytovatele MSPP¹¹ včetně agentur domácí péče, charitativních organizací a dalších zdravotních zařízeních, kteří poskytují MSPP ve vlastním sociálním prostředí nemocného. Hlavní vizí FMH je zlepšení péče o nevléčitelně nemocné a umírající v České republice. Hlavními aktivitami Fóra jsou:

- Zasazení se o systémové změny
- Podporování členy v poskytování kvalitní péče
- Šíření osvěty paliativní péče

¹¹ MSPP – Mobilní specializovaná paliativní péče

- Reprezentace zájmů členům veřejnosti a státní správě
- Spolupráce na přípravě a připomínkách zákonů a vyhlášek
- Vyjadřování se k aktuálním zdravotnickým a sociálním otázkám
- Podporování spolupráce mezi organizacemi v ČR i zahraničí
- Vzdělávání, publikace a šíření informací o paliativní péči a sociálních a zdravotních službách

(FMH, 2017)

Evropská asociace paliativní péče (EAPC, ČSPM, 2013) vyzvala pomoci Pražské charty vlády k pomoci zmírnění utrpení lidí na konci života a uznání dostupnost paliativní péče jako lidské právo ve svých zemích.

Přesné znění charty:

- Vlády by měly rozvíjet takovou zdravotní politiku, která odpovídá na potřeby pacientů s život limitujícími nemocemi.
- Vlády by měly zajistit přístup k základním lékům, včetně opioidních analgetik, pro všechny, kteří je potřebují.
- Vlády by měly umožnit zdravotnickým pracovníkům potřebné vzdělání v paliativní péči a v léčbě bolesti jak v pregraduálním, tak navazujícím studiu.
- Vlády by měly zajistit integraci paliativní péče do zdravotnického systému země na všech úrovních.

(EACP, ČSPM, 2013)

2.7 Doporučený stav dětské paliativní péče v České republice dle Sekce dětské paliativní péče ČSPM ČLS JEP

Dětská paliativní péče by měla být řešena v rámci republiky a tedy i krajů systémově. V rámci nemocniční péče je třeba vzniku paliativních týmů, zejména na úrovni větších (fakultních i krajských nemocnic) a zabezpečení dobré úrovně nemocniční paliativní péče včetně akutních paliativních lůžek i lůžek dlouhodobé péče. Nezbytná je spolupráce a předání do nemocnic nižšího typu i registrujícímu PLDD¹² tak, aby byla zabezpečena kontinuita této péče. V oblasti domácí péče je třeba zajistit dostatečnou síť poskytovatelů MSPP¹³ pro děti tak, aby rodiny měly možnost za podpory multidisciplinárního týmu postarat se o své dítě s život limitujícím onemocněním v domácím prostředí. Nezbytná je návaznost na sociální služby a zabezpečení odlehčujících pobytů v různých zařízeních, včetně nemocničních, dle stavu a závažnosti onemocnění dítěte.

2.8 Spolupráce s dalšími službami v terénu

Existují další terénní služby, které také participují na péči o dětského paliativního pacienta. V České republice je to například společnost pro ranou péči. Cílovou skupinou péče jsou děti a jejich rodiny, u kterých je v důsledku jakéhokoliv postižení ohrožen vývoj v raném věku. Jde zejména o sociální službu, i když organizace poskytuje i služby na pomezí zdravotní pro děti se

¹² PLDD - Praktický/á lékař/ka pro děti a dorost

¹³ MSPP – Mobilní specializovaná domácí péče

zrakovým postižením. Pomoc se soustředí na podporu a poskytování dostatku informací, které rodině pomáhají s výchovou dítěte a jeho rozvoji tak, aby dítě bylo schopno žít kvalitní život co nejvíce podobný svým vrstevníkům. Služby jsou hrazeny ze sociálních prostředků, tato služba však zahrnuje děti pouze do sedmi let věku. Ve Středočeském kraji působí organizace v rámci své kontaktní pobočky v Praze (www.ranapece.cz).

Ve studii Potřeb dětí a jejich rodin (Poláková, 2017) jsou zmapovány zařízení a organizace na celém území České republiky, které mohou poskytnout podporu a pomoc rodinám žijících s dítětem, které má život limitující nebo život ohrožující onemocnění. Tento seznam uvádí a aktualizuje Sekce dětské paliativní péče na svých webových stránkách www.detsky-hospic.cz. Studie mapuje jak služby zdravotní, tak sociální a školní zařízení. Mapuje také patientské organizace, které jsou dle studie důležitou součástí podpory rodin.

2.9 Úhradové mechanismy MSPP

Současné možnosti úhrady paliativní péče jsou v rámci nemocniční péče vlastně nulové. I dlouhodobě hospitalizovaný pacient s život limitujícím onemocněním vlastně leží na akutním lůžku, zatím není systematicky řešeno financování péče typu NIP a DIOP u dětských pacientů (chybí úhradová vyhláška), úhrady se odehrávají na základě individuální domluvy s tou kterou pojišťovnou. Péče o dětského pacienta je oproti péči o pacienta dospělého náročnější a specifická, zejména i z důvodu, že je velmi obtížné predikovat

dožití a potřeba této formy péče (tedy NIP a DIOP) může být časově velmi náročná a nelze ji proto nijak omezovat tak, jak je tomu u pacientů dospělých. Práce multidisciplinárního paliativního týmu není v rámci úhrad nemocniční péče zohledněna vůbec (Sekce DPP ČSPM ČLK JEP).

Provozování ambulantní péče a terénní práce lze v současné době poskytovat pod odborností 720, paliativní medicína, prakticky však v tento okamžik žádná ambulance, která by měla smlouvy s pojišťovnami v regionu Středočeského kraje, není.

Financování MSPP je možné od 1. 1. 2018 s novou úhradovou vyhláškou pro poskytování tohoto druhu zdravotní péče (odbornost 926 a dva agregované výkony, které však nepokryjí finanční náročnost celého multidisciplinárního týmu). Tato úhrada slouží k pokrytí zdravotních nákladů MSPP. V současné době probíhají výběrová řízení na krajských úřadech a následně mohou poskytovatelé uzavírat smluvní vztahy s jednotlivými pojišťovnami.

Paliativní péče je typicky péčí na tzv. zdravotně-sociálním pomezí a do budoucna je tedy zcela nezbytné se zabývat propojeností zdravotní a sociální sféry, tedy participací obou zdrojů financování zejména u dlouhodobých hospitalizací a odlehčovacích pobytů. Ve spolupráci s odbornými společnostmi, MZ ČR¹⁴ a MPSV ČR¹⁵ je vytvoření úhradového mechanismu (MPSV, 2016).

¹⁴ MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

¹⁵ MPSV ČR – Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky

2.10 Současný stav dětské paliativní péče ve Středočeském kraji

Paliativní péče pro dětské pacienty není, stejně tak jako v celé republice, v rámci Středočeského kraje systematicky řešena. Chybí její komplexnost a návaznost. V rámci nemocniční péče chybí akutní lůžka i paliativní týmy, chybí poskytovatelé mobilní specializované paliativní péče. Stále ještě chybí přesná data o počtu dětí s život limitujícím onemocněním a rodin, které by potřebovaly tento druh péče jak v rámci celé republiky, tak i v rámci samotného Středočeského kraje (Pracovní skupina dětské paliativní péče, 2016). Potřeby dětí a rodin v paliativní péči nově dokumentuje studie Sekce dětské paliativní péče ČSPM ČLS JEP (2017).

2.10.1 Ambulantní péče

Ambulancí paliativní medicíny je obecně v celé ČR minimum. Jednání se zdravotními pojišťovkami o nasmlouvání tohoto typu péče jsou velmi obtížná, vysvětlením bývá argument, že je dostatečná síť ambulancí léčby bolesti. Z podstaty definice paliativní péče ale vyplývá, že péče o pacienta s život limitující diagnózou, zejména pak péče v závěru života není, a nemůže být omezená pouze na léčbu jednoho ze symptomů. Zejména u dětských pacientů je zcela nezbytný multidisciplinární přístup. Ambulance, která by se specializovala v této odbornosti pouze na dětské pacienty vyjma FN Motol, kde paliativní tým působí od roku 2016, neexistuje v České republice. Ambulance paliativní medicíny, odbornost 720 (Ministerstvo zdravotnictví,

2018) – pro dětské pacienty by měla být zabezpečena ideálně v rámci velké fakultní nemocnice, která je referujícím pracovištěm do dalších regionů tak, aby paliativní péče u život limitujících onemocnění byla dobře nastavena již při stanovení této diagnózy.

O ambulanci paliativní medicíny usilovala ve Středočeském kraji Nemocnice Hořovice a uspěla v polovině února 2018 ve výběrovém řízení na zřízení paliativní ambulance ve Středočeském kraji. V současné době je ve stádiu uzavírání smluv s jednotlivými zdravotními pojišťovnami (<http://www.nemocnice-horovice.cz>).

2.10.2 Respirní / odlehčovací péče

Respirní, tedy odlehčovací péče, je typ péče, kterou rodiny trvale a dlouhodobě pečující o děti s život limitující diagnózou velmi potřebují. Pro děti s mírnějšími deficity či menší potřebou zdravotní péče sice tato potřeba také není pokryta dostatečně, ale existují například stacionáře (denní, někde i týdenní), speciální školky a školy. Zařízení, které by mohlo takovou péči poskytnout dětem s výraznými zdravotními problémy tedy i velkou potřebou zdravotní péče (např. děti s tracheostomií, gastrostomií, děti s velmi výrazným neurologickým deficitem, epilepsií, děti závislé na domácí oxygenoterapii) prakticky neexistují a rodiny tak nemají možnost úlevy od velmi náročné péče, která je celodenní a velmi výrazně ovlivňuje život celé rodiny, včetně zdravých sourozenců (Poláková, 2017).

Řešením by mohlo být tento druh respitní péče poskytovat v rámci lůžek NIP¹⁶ i DIOP¹⁷, tedy lůžek následné intenzivní péče (děti ventilované) a dlouhodobé intenzivní a ošetrovatelské péče (děti nevyžadující ventilační podporu), která by splňovala nejen kritéria zdravotní péče, ale samozřejmě by bylo poskytování komplexní péče nejen samotnému pacientovi, ale i celé rodině jak během tohoto pobytu, ale i v rámci ambulantního provozu (Mojžišová, 2018).

Ve Středočeském kraji poskytuje paliativní péči na lůžkách oddělení následné intenzivní péče Nemocnice Hořovice. Na oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče poskytují péči pro děti s diagnózami jak onkologickými v terminálním stádiu, tak pro děti po polytraumatu nebo s vrozenými vadami, jejichž stav vyžaduje různě intenzivní stupeň podpory. Péče o pacienty zahrnuje i péči o rodinu a sourozence nemocného dítěte. K dispozici je i psycholog a sociální pracovníce, kteří jsou a měli by být součástí každého paliativního týmu (Goldman, 2006; <http://nemocnice-horovice.cz/oddeleni/detska-nasledna-intenzivni-pece>).

Nadační fond Klíček, založen v roce 1991, vybudoval dětský hospic v Malejovicích u Uhlířských Janovic. Zařízení poskytuje od roku 2004 respitní, neboli odlehčovací, pobyty pro rodiny s dětmi, kteří mají diagnostikované závažné onemocnění. Kapacita tohoto zařízení v jednu chvíli je 5 rodin, nebo 30 osob. Zařízení doposud neposkytuje zdravotní služby i přesto, že tyto služby má organizace v plánech poskytovat od roku 2016. Z analýzy tiskových zpráv však

¹⁶ NIP – Následná intenzivní péče

¹⁷ DIOP – Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče

není zřejmé, kolik rodin s dětmi se závažným onemocněním toto zařízení pro odlehčovací pobyt využilo (www.klicek.org).

2.10.3 Lůžková paliativní péče

V současné době existují v ČR dva poskytovatelé NIP pro děti s potřebou dlouhodobé umělé plicní ventilace. Jedno z pracovišť je od roku 2013 v rámci nemocnice Hořovice a zatím disponuje 6 lůžky, druhé funguje nově od konce roku 2016 v rámci Vojenské nemocnice Olomouc. V konceptu poskytování péče pro dětské pacienty s život limitujícím onemocněním v tento okamžik nejsou k dispozici lůžka DIOP pro děti vyžadující, vzhledem k závažnosti zdravotního postižení, delší hospitalizaci bez nutnosti ventilační podpory. Dále zcela chybí akutní paliativní lůžka, tedy lůžka, kde by bylo možné zvládnout nastavení léčby příznaků pokročilého onemocnění (například léčba bolesti a dalších příznaků u onkologických pacientů atd.) a následně dítě propustit ideálně do zajištěné domácí péče, ale také dobře zabezpečit ev. úmrtí dětského pacienta tam, kde z jakéhokoliv důvodu péče v domácím prostředí možná není (<https://www.vnol.cz/oddeleni/oddeleni-chronicke-resuscitacni-a-intenzivni-pece>, <http://www.nemocnice-horovice.cz>).

2.10.4 Domácí/mobilní paliativní péče

Mobilní specializovaná paliativní péče pro dětské pacienty je v rámci Středočeského kraje nyní pouze částečně zabezpečena a její poskytování je v samém začátku. Spolupracující organizací je jednak Centrum kompletní péče Beroun, které začalo nově (podzim 2017) tuto službu poskytovat v části kraje za odborné garance primářky dětského oddělení nemocnice Hořovice a dále pak lze, zatím ve výjimečných případech, využít služeb poskytovatele MSPP¹⁸ z Hlavního města Prahy Cesty domů. V plánu je rozšíření působnosti tohoto poskytovatele v oblasti pediatrické paliativní péče do Středočeského kraje. Je jasné, že v tento okamžik služba není zabezpečena dostatečně a už vůbec ne v celém rozsahu Středočeského kraje. V případě méně komplikovaných pacientů by bylo možné za určitých okolností využít spolupráci PLDD¹⁹ a agentur domácí péče, které ale ve většině případů na péči o dětského pacienta spolupracovat nechtějí a v případě péče o děti do 3 let dle vyhlášky 55/2011 o činnostech zdravotnických a jiných odborných pracovníků, nemají-li dětskou sestru v týmu, ani nemohou.

O paliativní péči o děti dlouhodobě hovoří organizace Cesta domů, která má svoji působnost výhradně v rámci území Hl. města Prahy. Dle vyjádření Ministerstva zdravotnictví zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování nevymezuje územní rozsah oprávnění k poskytování domácí péče. K oprávnění poskytování domácí péče se uvádí pouze adresa kontaktního pracoviště, přičemž platí, že tato péče je poskytována ve vlastním sociálním prostředí pacienta (§10). Cesta domů může na základě těchto vymezení poskytovat MSPP nejen na území Hl. města Prahy a v roce

¹⁸ MSPP – Mobilní specializovaná paliativní péče

¹⁹ PLDD – Praktický lékař pro děti a dorost

2018 již pacienta ve Středočeském kraji do péče přijala (<http://www.cestadomu.cz>).

III. Empirická část

3 Bussines plán

3.1 Popis organizace

Organizace Cesta domů, z.ú. mobilní hospic působící v Praze, je rozvíjející se organizace, která poskytuje specializovanou mobilní paliativní péči jak dospělým, tak dětem na území Hlavního města Prahy od roku 2003. Do roku 2014 byla tato organizace registrována jako Hospicové občanské sdružení cesta domů. S platností nového občanského zákoníku (1. 1. 2014) se občanské sdružení stalo v procesu transformace ústavem. Cesta domů je tak od 1. 1. 2015 ústavem. Se změnou právní subjektivity souvisí i změna jména, které od téhož data zní Cesta domů, z.ú. Zakládací listina Cesty domů obsahuje jména 3 zakládajících členů, kteří jmenují a odvolávají členy správní rady. Zakládací

listina obsahuje jména prvních 9 členů správní rady. Statutárním orgánem ústavu je ředitel organizace. Ředitele ústavu jmenuje a odvolává správní rada na dobu 4 let. (Zakládací listina Cesty domů 2014).

Organizace v současnosti zahrnuje několik oblastí činností. V oblast přímé péče poskytuje služby multidisciplinárního týmu MSPP – sestry, lékaře, podpurný tým skládající se z psychosociálních pracovníků, duchovního a psychologů pro děti i dospělé. Sociální poradenství a poradenský webový portál www.umirani.cz. Jsou k dispozici nejen pro klienty domácího hospice, ale i pro širokou veřejnost. Na přímé péči se také podílejí proškolení dobrovolníci. Další složkou přímé péče jsou odlehčovací služby. Ty využívají nejen klienti domácího hospice, pečovatelé docházejí i do rodin, kde služby domácího hospice nejsou indikovány.

Důležitou součástí jsou však také ostatní služby organizace, jako je vzdělávání, organizování odborných seminářů a provozování knihovny, zaměřené na odbornou literaturu paliativní medicíny, sociální práce a umírání.

Fundraising a public relation jsou pro organizaci důležitou součástí, které zajišťují zdroje na provoz služeb a pomáhají v dalším důležitém úkolu Cesty domů, kterým je detabuizace smrti a umírání ve společnosti. Kromě péče o dárce, žádostí o dotace a granty pořádají pravidelná setkávání s příznivci Cesty domů, ročně pořádají benefiční aukci a několik benefičních koncertů.

Cesta domů provozuje nakladatelství, dobročinné obchody a kavárnu. Celkem pro organizaci pracovalo v roce 2017 41 zaměstnanců, přepočteno na

37,19 úvazků. 102 dobrovolníků odpracovalo pro organizaci 5 608 hodin (Výroční zpráva Cesty domů, 2017)

3.1.1 Strategický plán, poslání a dlouhodobé cíle organizace

Ze strategického plánu a poslání organizace je zřejmé, že organizace chce podporovat důstojné umírání poskytováním přímé péče. Organizace chce zachovat a rozvíjet všechny služby přímé péče (zdravotnický tým, poradenský tým, podpurný tým, odlehčovací služby, dobrovolnické služby a půjčovnu pomůcek). Posláním Cesty domů z.ú. je:

- a) poskytování paliativní péče
- b) podpora této péče spočívající zejména:
 - v prosazování legislativních a strukturálních společenských změn, které by umožnily rozšíření kvalitní péče o umírající a přispívaly k proměně vztahu ke smrti a umírání v naší společnosti,
 - v získávání dalších zájemců o dobrovolnou a profesionální službu v rámci péče o umírající i osoby ochotné tuto péči finančně podporovat
 - ve zlepšování informovanosti veřejnosti o možnostech kvalitní paliativní péče
 - ve vzdělávání a výzkumu v oblasti paliativní péče

(Strategický plán Cesty domů, 2014, Zakládací listina Cesty domů 2014)

Dlouhodobými cíli organizace Cesty domů (2018) jsou:

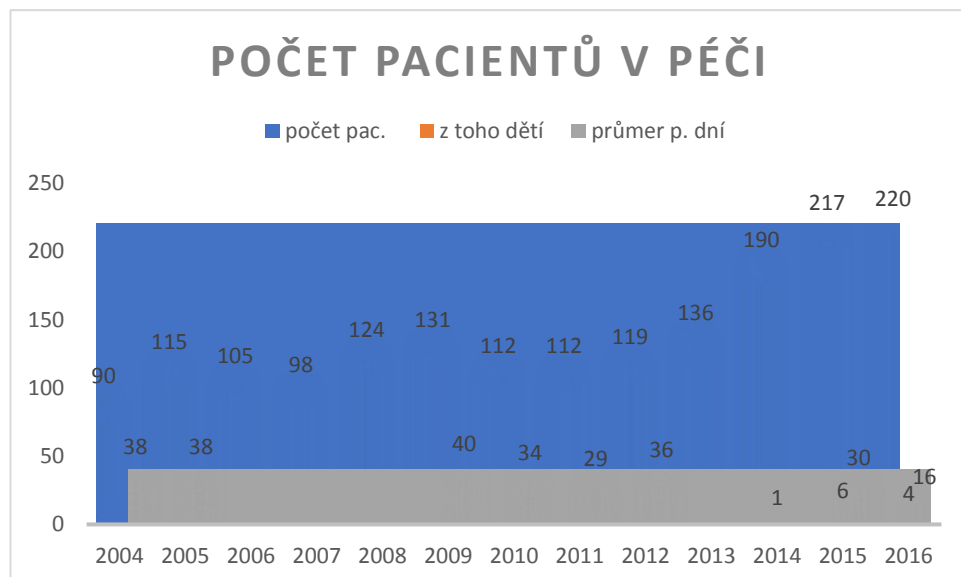
- aby méně lidí umíralo v institucích; aby více lidí, kteří umírají, znalo možnost volby domácího prostředí, kde mohou žít až do konce důstojně a mezi svými blízkými
- aby rodiny uměly lépe pečovat o ty, kteří umírají, aby věděly o možnosti volby umírání v domácím prostředí, aby měly dostatek informací, které zmírňují strach z neznáma
- aby člověk na konci života mohl rozhodovat o sobě a svých věcech do poslední chvíle
- aby téma smrti bylo přijímáno jako událost, která se osobně týká každého z nás
- aby odborníci přijímali umírání doma jako samozřejmost a aby je jako možnou variantu nabízeli lidem, kteří umírají, a jejich blízkým
- aby čas na konci života byl chápán jako čas důležitý, který je možností život završit, nikoli jej zahodit
- aby lidé přes křehkost člověka na konci života chápali jeho jedinečnost a rozuměli tomu, že i těžké doby do života patří, lze z nich čerpat radost a sílu a mohou život proměňovat k dobrému
- aby umírající lidé i jejich blízcí byli v době na konci života podpořeni při hledání, nacházení a obnovování vztahů k sobě navzájem

3.1.2 Poskytování paliativní péče dětem v organizaci

O dětské pacienty se stará organizace od roku 2013, zatím pouze na území Hlavního města Prahy. V roce 2016 organizace poskytla péči mobilního hospice 220 dospělým pacientům a 4 dětským pacientům. O rok později již celkový počet pacientů byl 260, z toho byli 3 pacienti děti (Výroční zprávy Cesty domů, 2016, 2017).

Na organizaci se obracejí rodiče dětí, u kterých je mobilní specializovaná paliativní péče pro děti (dále jen MSPP pro děti) indikována, ale kteří nemají bydliště na území Hlavního města Prahy. Již několik případů organizace řešila individuálně, dá se říci nesystémově, což znamenalo úzkou spolupráci s Mobilními hospici nebo Domácí péčí pro dospělé s individuální podporou pediatra s atestací z paliativní medicíny, který pro Cestu domů externě pracuje. V některých případech však tato spolupráce nebyla navázána a propuštění takového dětského pacienta do domácího ošetření nebylo ošetřujícím lékařem doporučeno. V nedávné minulosti organizace sama poskytovala MSPP dítěti mimo území Hl. města Prahy. Interní pravidlo organizace omezuje počet dětí v péči v jednom okamžiku. Pravidlo ustanovuje maximálně 2 děti v péči. V případě přijetí další žádosti o péči dětského pacienta je situace hodnocena individuálně. O přijetí rozhodují primářka, vedoucí sestra a dětská sestra. Počet dětských pacientů se za poslední roky pohybuje v průmětu 4-6 dětí /rok. Následující graf ukazuje počet dospělých a dětských pacientů v péči v minulých letech.

Graf č.5 : Počet pacientů v péči dle let



Zdroj: Výroční zprávy Cesty domů 2004 – 2016, zpracování vlastní

V organizaci se dlouhodobě zvažujeme rozšíření aktivit o poskytování MSPP pro děti ve Středočeském kraji. Po analýze strategického plánu a dlouhodobých cílů organizace je rozšíření MSPP pro děti je v souladu se strategií a posláním organizace. Jde o rozšíření stávající služby zejména co se týče místa poskytování služby a s tím spojené i rozšíření objemu. V současné době jsou aktivity, týkající se rozšíření na „mrtvém bodě“, zvláště proto, že organizace v současné době nemá identifikovanou osobu projektového vedoucího na plánování a implementaci a vyhodnocování takového projektu.

Následující tabulka ukazuje počet plánovaných návštěv u dětských pacientů a počet návštěv v pohotovosti. Důležitý je také celkový počet dní v péči, který u dětských pacientů bývá delší než u pacientů dospělých. V průměru měla organizace jednoho dětského pacienta v péči 85 dní. Medián péče u dětí je 72 dní. Toto číslo je však zkreslené těmi pacienty, kteří byli z péče MSPP pro děti propuštěni a předáni do péče jiných sociálních a zdravotních organizací. Pokud bychom je ze statistiky vynechali, průměrná doba v péči se sníží na 56 dní a mediánem péče je v tomto případě 39 dní. Celkem u 7 pacientů bylo provedeno 163 návštěv, 136 plánovaných a 27 v pohotovosti. Některé tyto návštěvy však v pohotovosti byly plánované. Důvodem konat plánované návštěvy v pohotovosti byla pravidelná kontrola během vánočních či velikonočních svátků. V průměru vychází plánovaná návštěva dětského pacienta jedenkrát za 4 dny.

Tabulka č.2: Přehled celkového počtu návštěv v MSPP pro děti

	Počet dní v péči	počet návštěv v pracovní dny	pohotovost		
			návštěvy	telefonáty	
1	41	20	3	5	
2	216	33	1	1	*
3	115	26	5	3	
4	36	20	7	9	
5	33	7	7	5	
6	82	22	1	5	*
7	72	8	3	6	*
Celkem	595	136	27	34	

* - pacienti propuštěni z péče MSPP pro děti

Zdroj: vlastní analýza dat interní zdravotnické dokumentace Cesty domů

3.1.3 Situace ve Středočeském kraji

S růstem povědomí o paliativní péči obecně v Česku vznikají nové organizace poskytující MSPP pro dospělé. Na poslední konferenci Dětské paliativní péče v ČR konané v Olomouci 30.11.- 1.12.2017 byl vidět velký zájem o poskytování MSPP pro děti. Se zakotvením poskytování MSPP ve vyhlášce č. 353/2017 Sb. o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro rok 2018 je pravděpodobné, že MSPP pro děti začnou poskytovat i jiné organizace. Pro rozšíření služeb Cesty domů by právě z těchto důvodů je vhodná doba. Spolu s rostoucí činností na osvětě dětské paliativní péče pomocí Sekce dětské paliativní péče v ČR je velmi pravděpodobné, že i zájem veřejnosti, jak odborné, tak laické, o tyto služby bude stoupat.

Pro zmapování předpokládaných potřeb (počet potenciálních dětských pacientů pro MSPP) jsem použila registr Ústavu zdravotnických informací a statistiky v ČR (ÚZIS).

Tabulka č.3: Počet dětí žijících na území Hl. města Prahy a Středočeského kraje

		Praha	Středočeský kraj
Počet obyvatel		1 244 762	1 297 209
Děti	0-14 let	175 353	214 652
	14-19 let	58 529	44 764

Zdroj: ÚZIS, zdravotnická ročenka Středočeského kraje a Hl. města Prahy 2013

Tabulka č.4: Přehled potenciálních pacientů MSPP pro děti v Praze a ve Středočeském kraji

		Praha	Středočeský kraj
Dětská úmrtí	mrtvě narození	46	44
	do 28 dnů	14	11
	do 1 roku	22	23
	1rok-19 let	35	39
Počet narozených s vrozenou vadou		600	609

Zdroj: ÚZIS, zdravotnická ročenka Středočeského kraje a Hl. města Prahy 2013, vlastní zpracování

Ze získaných údajů je patrné, že ročně se na území Středočeského kraje narodí kolem 600 dětí s vrozenou vadou. Bohužel tyto údaje již neukazují, jak těžkou zdravotní zátěž si tyto děti nesou a zda spadají do některé z kategorií dle Chamberse (2003). Data ukazují, že ročně ve Středočeském kraji zemře 34 dětí do 1 roku a 39 dětí ve stáří 1 rok až 19 let. Pro účely vytvoření tohoto plánu můžeme předpokládat, že rodiny těchto dětí jsou budoucími klienty MSPP pro děti. Pokud údaje srovnáváme s údaji z Hl. města Prahy, jsou více méně totožné. V Cestě domů jsme za rok 2017 přijali 9 žádostí o MSPP pro děti na území Hl. města Prahy, přijato do péče bylo 6 dětí. Údaje z registru ÚZIS ukazují téměř shodná čísla pro Hl. město Prahu na jedné straně a celý Středočeský kraj na straně druhé. Lze tedy předpokládat stejný nebo podobný zájem o tuto službu ve Středočeském kraji jako je zájem o MSPP pro děti v Praze.

Paliativní péči o dětské pacienty ve Středočeském kraji v současné době zajišťuje jen několik organizací. Respítní pobyty, neboli odlehčující pobyty pro děti, poskytuje Dětský hospic nadačního fondu Klíček se sídlem v Malejovicích. Z výročních zpráv tohoto nadačního fondu však není patrné, kolik dětí tuto možnost využilo a jak tyto respítní pobyty fungují (výroční zpráva NF Klíček, 2016, online). Respítní pobyty jsou také možné v nemocnici Hořovice na dětském oddělení prim. MUDr. Mahuleny Mojžíšové (web. nemocnice Hořovice). MSPP ve Středočeském kraji v současné době poskytuje od roku 2017 Centrum domácí péče v Berouně pod odbornou garancí prim. MUDr. Mahuleny Mojžíšové. Dosah jejich působení je v okresech Beroun, Praha – západ, Rakovník, Kladno a Příbram (www.cestrundomacipece.cz).

3.1.4 SWOT analýza

Ke zmapování situace jsem použila SWOT analýzu organizace. Ukazuje silné a slabé stránky organizace a také příležitosti a hrozby, kterým organizace čelí nebo může čelit v budoucnosti (Edersheim 2008, Drucker, 2002).

Silné stránky

- zázemí stabilní společnosti s finanční stabilitou
- zaměstnanci působící v odborných společnostech pro paliativní péči na předních místech a mají vliv na současné dění na poli paliativní péče v České republice
- dobrý a zavedený fundraising
- zavedená komunikace směrem k veřejnosti – web umírání.cz, mediální výstupy

Slabé stránky

- omezení činnosti pouze na území Hl. města Prahy
- malá kapacita pro dětské pacienty – 2 děti v péči v jeden okamžik
- zdráhání se některých členů týmu pečovat o dětské pacienty
- nedostatečná znalost MSPP pro děti
- finanční ohodnocení zaměstnanců se pohybuje spíše na nižším průměru v Hl. městě Prahy

Příležitosti

- zahrnutí MSPP do úhradové vyhlášky MZ od roku 2018
- zvyšující se povědomí o možnostech MSPP a o této péči o dětské pacienty nejen v řadách odborné veřejnosti, ale i laiků

Hrozby

- nezískání smluv s pojišťovnami o poskytování MSPP ve Středočeském kraji
- pokles dárců z důvodu zahrnutí MSPP do úhrad od zdravotních pojišťoven
- vznik a růst konkurenčních poskytovatelů MSPP
- dlouhodobý nedostatek zdravotních sester na trhu práce – již v minulosti měla organizace problémy v nabírání zdravotních sester pro stávající služby
- vyšší finanční náročnost plánované služby, zejména na dopravu
- v případě zapojení více aktérů do péče neshoda na intervencích MSPP

3.2 Projekt zavádění specializované mobilní paliativní péče pro děti ve Středočeském kraji

Pro poskytování MSPP pro děti ve Středočeském kraji jsem zvažovala několik modelů této péče. Určitě je na místě otázka, zda tuto péči zřizovat pouze pro dětské pacienty nebo do tohoto projektu zahrnout i dospělé pacienty. Pro účely této práce jsem si vybrala variantu pracovat pouze s poskytováním MSPP dětem. Péči bude organizace poskytovat sama, s podporou stávajícího zdravotního a podpůrného týmu. Podpůrný tým zahrnuje odborné sociální poradenství jak ambulantní, tak terénní, které má organizace registrované na

Ministerstvu práce a sociálních věcí nejen na území Hl. města Prahy, ale i na ostatní kraje České republiky (Registr poskytovatelů sociálních služeb). Další členové podpůrného týmu jsou psychosociální pracovníci a duchovní. V tomto modelu je počítáno se zapojením praktického lékaře pro děti a dorost, dále PLDD, a se zdravotními sestrami, pracujícími v jejich ambulancích.

Zvažovala jsem i variantu, ve které se organizace bude spíše soustředit na podporu agentur domácí péče či jiných poskytovatelů MSPP pro děti, kteří by se tímto druhem péče chtěly zabývat. Dalo by se říci, že tento model by byl v souladu se strategií Cesty domů a s jejími dlouhodobými cíli, kterými jsou mimo jiné i získávání a podpora dalších zájemců o dobrovolnou a profesionální službu v rámci péče a umožnění více lidem, kteří umírají, znali možnost volby domácího prostředí, kde mohou žít až do konce důstojně a mezi svými blízkými (web. stránky Cesty domů, 2018). S tímto modelem jsem se rozhodla v této práci nepracovat. V případě dalšího zvažování tohoto modelu je potřeba zvážit jeho silné a slabé stránky a rizika. Patří sem otázka zodpovědnosti, jednotnosti v poskytování péče a otázka na finanční náročnost takovéto služby a kdo jí ponese. Rizika tohoto plánu jsou nedostatečná flexibilita reagovat na poptávku a vychovávání si budoucí konkurence. V případě navrhované spolupráce s dětskými praktickými lékaři a místními organizacemi je možné riziko vychování konkurence v místě nového působení. Když se však vrátíme zpět k poslání, kde se hovoří o *prosazování legislativních a strukturálních společenských změn, které by umožnily rozšíření kvalitní péče o umírající a přispívaly k proměně vztahu ke smrti a umírání v naší společnosti* (Zakládací listina Cesty domů 2014), není s ním tento plán v rozporu. Určitě by pro organizaci bylo přínosné nad tímto modelem alespoň v teoretické rovině uvažovat a detailně zmapovat přínosy a ztráty, které s sebou tento model nese.

Navrhovaný model rozšíření MSPP pro děti Středočeského kraje by pro organizaci znamenalo pracovat ve stejném režimu jaký je nastavený v současné době. Přijímací návštěva probíhá s lékařem se specializací paliativní péče a sestrou. U dětských pacientů často probíhá tzv. indikační návštěva, která se odehrává ve většině případů v nemocnici. Cesta domů již nyní úzce spolupracuje s nemocnicemi v Praze, FN Motol, VFN a FNKV, kde jsou zavedené paliativní týmy. Pacient/rodina má svou kmenovou sestru, která plánuje a jezdí na plánované pravidelné návštěvy.

V prosinci 2018 je na HPP zaměstnána 1 dětská sestra. Pro rozšíření služby do Středočeského kraje bude časová náročnost pro tuto sestru vyšší a z toho důvodu bude potřeba přijmout další sestru, s všeobecnou či dětskou specializací. Návštěvy v rodině jsou v časovém rozmezí dle stavu pacienta. Sestra jezdí k pacientovi sama nebo v doprovodu lékaře. Do současné doby nebyl PLDD přímo součástí péče, probíhala s ním však intenzivní komunikace. PLDD dostává v pravidelných intervalech lékařskou zprávu o současném stavu dítěte a o intervencích paliativního týmu.

3.2.1 Zapojení PLDD²⁰

Součástí plánu je zapojit PLDD aktivněji do péče. Cesta domů pořádá v roce 2018 první jednodenní školení pro PLDD a jejich sestry. Účelem tohoto školení je zvýšit povědomí o možnostech MSPP pro děti a navázání užší spolupráce mobilního hospice a PLDD. Účastníci, v případě hlubšího zájmu, mohou své

²⁰ PLDD – Praktický lékař pro děti a dorost

znalosti prohlubovat na 3denním školením Úvod do dětské paliativní péče, který pořádá Sekce dětské paliativní péče v ČR, Česká společnost paliativní medicíny při ČLK JEP. Cílem těchto jednodenních seminářů a školení je vytvoření sítě příznivců dětské paliativní péče mezi PLDD. Jednotlivci z této sítě by se poté lépe zapojovali do péče o dětské pacienty nejen ve Středočeském kraji. Rizikem tohoto přístupu je nezáměr lékařů nebo nedostatek časových možností se takto separátních seminářů zúčastnit. Možností, jak tomuto jevu předcházet by mohla být snaha zajistit si místo na již existujících seminářích pro PLDD, které navštěvují a v jejichž rámci by paliativní péče pro děti a dospívající, její specifika a možnosti mobilní specializované paliativní péče bylo možné účastníkům přiblížit.

3.2.2 Zapojení koronerů a Zdravotnické záchranné služby

Úzkou spoluprací Cesta domů již navázala s poskytovatelem koronerských služeb 1. Koronerská s.r.o., která poskytuje tuto službu na území Středočeského kraje. Spolupráci koronera při úmrtí dítěte doma je důležitá. Koroner nebo PLDD může indikovat pitvu, což v případech očekávaného úmrtí u dětí nemusí být vždy vhodná volba.

Dobrou spolupráci se Zdravotnickou záchrannou službou (dále ZZS) má organizace nastavena na území Hl. města Prahy. V případě očekávání telefonátu na číslo 155 z rodiny, která pečuje o dítě v terminálním stádiu, lékař informuje ZZS o stavu dětského pacienta předem. Tato spolupráce se osvědčila a stejný postup je i v případě rozšíření služby na Středočeský kraj.

3.2.3 Zajištění služby MSPP pro děti 24/7

Mobilní specializovaná paliativní péče je péče multidisciplinárního týmu, poskytovaná 24 hodin 7 dní v týdnu za podpory lékaře paliatra a zdravotní sestry, v případě dětí do 3 let dětské sestry (novela zákona 96/2004, § 3 ods. 1). V regionech Středočeského kraje je dojezdová vzdálenost z Prahy +-80 km. Do zajištění péče v takovémto rozsahu je v plánu zapojit dětské sestry PLDD, které by měly s organizací uzavřít dohodu o provedení práce. Před uzavřením takovéto dohody by sestry prošly zaškolením v organizaci. V případě nutnosti urgentního výjezdu je zapojení dětského PLDD nebo ZZS nezbytné. PLDD či lékař ZZS má možnost telefonické konzultace s lékařem paliatrem.

3.3 Management tým

V současné době se tímto projektem zabývají vedoucí pracovníci CD, primářka zdravotnické části a garanti dětské péče v organizaci. Zapojení vedoucí poradny a přizvání ostatních členů zdravotnického týmu nebo podpůrného týmu bude jednotlivým pracovníkům nabídnuto.

Vedoucím projektu v tomto případě ustanovím sebe, jako iniciátorku a garantku dětské péče v Cestě domů. Dalšími členy týmu jsou primář, vedoucí sestra, vedoucí poradny, vedoucí podpůrného týmu, dětská sestra (v tomto případě se rozle zdvojují a zastává je stejná osoba jako vedoucí projektu), pediatr paliatr, ekonomický ředitel, vedoucí FR a PR, ředitel organizace. Jednotlivé aktivity a pole zodpovědnosti jsou rozděleny následovně:

Primář a vedoucí sestra

- vypracování podkladů pro registraci a žádosti o výběrové řízení pro pojišťovny
- nábor zdravotní sestry/dětské zdravotní sestry
- zajištění dostatečného počtu osobních automobilů, materiálu pro nové pracovníky, zajištění telefonu, tabletu a přístupu do počítačové dokumentace pacientů

Vedoucí poradny spolu s ostatními pracovníky poradny a podpůrného týmu

- seznámení se s rozšířením služby
- zapracováním rozšíření služby do metodiky přijímání žádosti o péči

Dětská sestra a pediatr se specializací paliativní medicíny

- zmapování sítě PLDD, dětských sester pracujících v ordinacích PLDD
- navržení jednodenního semináře pro PLDD a jejich sestry, vybrání místa, zajištění organizace semináře – může být delegováno na pracovníky kanceláře

- kontaktování fakultních nemocnic v Praze a velkých nemocnic ve Středočeském kraji a informovat je o nově chystané službě a vytvořit navázání kontaktů důležitých pro reference

Ekonomický ředitel, vedoucí FR a PR

- příprava finančního plánu, kalkulace rezerv organizace
- návrh řešení, jak službu financovat z darů a dotací
- návrh fundraisingového plánu
- podpora aktivit v rámci public relations

Ředitel/ zástupce ředitele

- zpracování získaných podkladů pro prezentaci rozšíření služby správní radě organizace

Pro všechny členy manažerského týmu znamenají další úkoly další časovou náročnost a je důležité udržovat jejich motivaci na projektu pracovat. Znamená to navýšení jejich pracovních aktivit a povinností. Pravidelná setkání nad projektem, hodnocení dodržování časového harmonogramu bude probíhat 1x za 14 dní. O dosažených výsledcích budou informováni i ostatní zaměstnanci, kteří nemusí být do přípravy realizace zapojeni. Informace bude podávat vedoucí projektu na pravidelných týdenních setkáních týmu 1x za 14 dní vždy po setkání realizačního týmu. Zapojení i řadových pracovníků – nízkého a středního managementu do projektu, předávání zodpovědnosti za jednotlivé kroky je jedním z motivačních faktorů.

V organizaci jsou v současné době zavedeny pravidelné supervize, jak týmové, tak individuální. Se supervizemi je počítáno i pro realizační tým nových

aktivit. Organizace také nabízí další bonusy, jako podpora vzdělávání ve formě kreditu stanoveného dle výše pracovního úvazku, stravenky, podporu na mimopracovních aktivitách. Celková kultura organizace je tvůrčí a dává příležitosti se realizovat a aktivně zapojit do růstu organizace.

Jiná otázka je zapojení do těchto aktivit spolupracující PLDD, jejich sestry a sestry sloužící pohotovostní služby na DPP. Pravidelná týmová setkání se konají v pracovní dny a je potřeba nastavit jiné formy setkávání a sdílení. Setkávání týmu mohou probíhat v místě, blíže k místu péče, nemusí to nutně být sídlo organizace.

Již nyní, po ukončení péče o dítě, a někdy i během péče, se konají reflexní setkání všech zapojených zaměstnanců. Pozvání a přesunutí těchto reflexních setkávání blíže k místu vykonávání této péče, ať již to může být ordinace PLDD, je součástí plánu a péče o všechny zapojené zaměstnance.

3.4 Operační plán

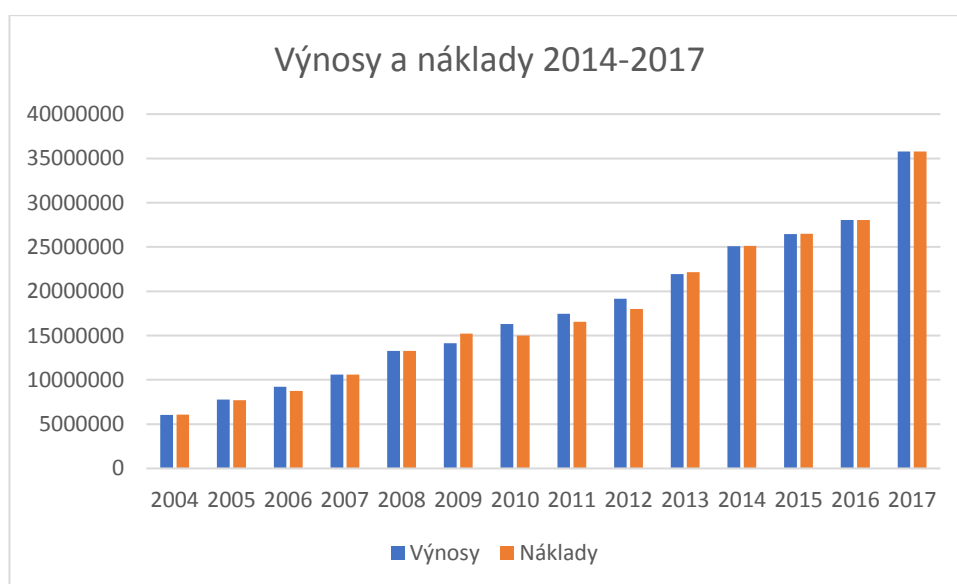
1. fáze: 3 měsíce

- žádost o oprávnění k poskytování zdravotních služeb na území Středočeského kraje
 - výběrové řízení a uzavření smluv se zdravotními pojišťovnami
 - organizace jednodenních seminářů v Cestě domů pro PLDD a jejich sestry
 - nábor zdravotní/dětské sestry na HPP, sester z ambulancí dětských PLDD k pohotovostním službám na DPP
 - vytvoření plánu kontaktování PLDD a nemocnic s dětskými odděleními nebo specializovanými paliativními týmy
2. fáze prolíná se s první fází a je dlouhodobější: 1 rok
- vytvoření sítě dětských PL a jejich sester v ambulantním zařízení
 - udržování kontaktů s dětskými odděleními nemocnic v Praze
 - navázání nových kontaktů s dětskými odděleními nemocnic Středočeského kraje
 - informování o rozšíření služby MSPP pro děti do Středočeského kraje odbornou i laickou veřejnost
3. fáze – prolíná se s první a druhou fází, ale dochází k ní až po ukončení první fáze: 3-6 měsíců
- zajištění automobilu, telefonu a pracovního vybavení pro novou zdravotní sestru a sester do pohotovosti
 - přijmutí prvních dětských pacientů ze Středočeského kraje do péče v kapacitě 2-4 dětských pacientů v péči v Praze i Středočeském kraji.

3.5 Finanční plán

K výpočtu počátečních nákladů na rozšíření služby je počítáno se současným majetkem společnosti. Přehled hospodaření společnosti v posledních čtyřech letech (2014 - 2017) jsem získala z výročních zpráv organizace. Hospodaření příjmů a výdajů bylo v těchto letech vyrovnané a organizace se dlouhodobě nepohybuje ve ztrátě ani v zisku.

Graf č.6: Přehled nákladů a výnosů za jednotlivé roky



Zdroj: Výroční zprávy Cesty domů za rok 2004-2017, vlastní zpracování

	2014	2015	2016	2017
Výnosy				

Prodej služeb a zboží	3 543 000 Kč	3 639 000 Kč	4 084 000 Kč	4 497 000 Kč
Dary (včetně použití fondů)	13 078 000 Kč	13 823 000 Kč	14 107 000 Kč	14 898 000 Kč
Dotace	8 018 000 Kč	8 966 000 Kč	9 751 000 Kč	10 776 000 Kč
Ostatní výnosy	440 000 Kč	43 000 Kč	96 000 Kč	5 612 000 Kč
Celkem	25 079 000 Kč	26 471 000 Kč	28 038 000 Kč	35 783 000 Kč
Náklady				
Materiál	3 135 000 Kč	2 610 000 Kč	2 837 000 Kč	2 283 000 Kč
Služby	3 869 000 Kč	5 409 000 Kč	4 733 000 Kč	7 475 000 Kč
Mzdové náklady	16 033 000 Kč	16 578 000 Kč	18 896 000 Kč	20 982 000 Kč
Ostatní náklady	2 067 000 Kč	1 885 000 Kč	1 566 000 Kč	5 034 000 Kč
Celkem	25 104 000 Kč	26 482 000 Kč	28 032 000 Kč	35 774 000 Kč

Tabulka č. 4: Přehled příjmů a výdajů

Zdroj: výroční zprávy Cesty domů za rok 2004-2017

Zajištění rozšířené služby bude vyžadovat rozšíření zdravotního týmu o 1 HPP sestry a 0,5 úvazek lékaře se specializací paliativní medicíny. Náklady na tyto úvazky a cena za práci v pohotovosti je počítána dle poslední aktualizace platových výměrů. Počet hodin čekání v pohotovosti je počítán měsíčně, ve všední dny pohotovost začíná v 17,00 odpoledne a končí následující den ráno v 9,00. Od pátku od 17,00 hodin je pohotovostní služba držena nepřetržitě až do pondělí 9,00 hodin ráno. Práce v pohotovosti je počítána z průměru počtu návštěv a časové náročnosti návštěv v pohotovosti u dětí viz tab. č. 2.

Bude potřeba zajistit jeden automobil k užívání 1 HPP sestry. Pořízení automobilu by bylo pomocí operačního leasingu hybridního vozidla s pohonem na CNG, kde cena ujetého km je 1,5 Kč. (údaje: www.naoperak.cz). Operační leasing se dále účtuje jako měsíční nájem a tímto se limitují počáteční pořizovací náklady. Další náklad na dopravu jsou pořízení dálniční známky. Servis je počítán podle nákladů již zajištěné firmy, která má s Cestou domů dohodu o údržbě vozového parku.

Nezbytné vybavení pro lékaře a sestru zahrnuje i dálniční známku, v současné době má dálniční známku pouze 1 vozidlo, pro případ pohotovostí a rozvržení péče navrhuji mít celkem 3 automobily opatřené dálniční známkou. Ostatní vybavení je standardní, Ipad je vybaven sim kartou s datovým paušálem, který umožňuje nahlížení do elektronické dokumentace v terénu.

Podrobný rozpis:

dálniční známka	2	3 000 Kč
Pulsní Oxymetr	2	15 000 Kč
brašna s vybavením (tlakoměr, baterka, fonendoskop)	2	12 000 Kč
Ipad pro sestru	1	9 000 Kč
Telefon – sestra a lékař	2	4000 Kč

3.5.1 Náklady

Tabulka č. 5: Fixní a variabilní náklady

Fixní náklady				
Osobní náklady	Úvazky	Hrubého	Měsíční náklad včetně odvodů (superhrubá mzda)	Roční náklad včetně odvodů
Mzda sestry	1	35 000 Kč	45 900 Kč	550 800 Kč
Mzda lékař atestovaný PM	0,5	22 500 Kč	29 500 Kč	354 000 Kč
pohotovostní mzda (512 h/měsíc) čekající	1	16 723 Kč	22 409 Kč	268 906 Kč
pohotovostní mzda (80 h/měsíc) práce	1	21 600 Kč	28 300 Kč	339 600 Kč
			126 109 Kč	1 513 306 Kč
Doprava	Počet aut	Jednotka	Měsíc	Rok
Leasing automobilu (včetně pojištění)	1	13 000 Kč	13 000 Kč	156 000 Kč
Opravy a udržování měsíc	1	1 000 Kč	1 000 Kč	12 000 Kč
dálniční známka	2	1 500 Kč		3 000 Kč
			14 000 Kč	171 000 Kč
Přístroje a vybavení s 5 let amort.	Kusů	Cena nového	Měsíční amortizace	Rok
Pulsní oxymetr	2	7 500 Kč	375 Kč	4 500 Kč
Brašna a vybavení sestry, lékaře	2	12 000 Kč	600 Kč	7 200 Kč
OOPP	2	4 500 Kč	225 Kč	2 700 Kč
Spotřební materiál			5 000 Kč	60 000 Kč
			6 200 Kč	74 400 Kč

Služby a technika	Počet	Jednotková sazba	Měsíc	Rok
Telefony paušál (včetně internetu)	1	650 Kč	650 Kč	7 800 Kč
Náklady na mobilní telefony	2	2 000 Kč		4 000 Kč
Ípad	1	9 000 Kč		9 000 Kč
náklady na kancelář 14% FN	1		23 400 Kč	280 000 Kč
náklady na FR 10%	1		16 700 Kč	200 000 Kč
			40 750 Kč	500 800 Kč
Součet fixních nákladů			187 059 Kč	2 259 506 Kč
Variabilní náklady				
Náklady na pacienta	Počet	Jednotková sazba	Měsíc	Rok
Léky	4	350 Kč	1 400 Kč	16 800 Kč
Pleny, podložky, obvazy	4	50 Kč	200 Kč	2 400 Kč
PHM (160km/pacient/den * 1,5Kč)			29 000 Kč	348 000 Kč
Součet variabilních nákladů			30 600 Kč	367 200 Kč
NÁKLADY CELKEM			190 726 Kč	2 626 706 Kč

ZDROJ: vlastní zpracování

3.5.2 Výnosy

Platby z veřejného zdravotního pojištění – od roku 2018 je MSPP (mobilní specializovaná paliativní péče) zahrnuta ve vyhlášce č. 353/2017 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro rok 2018. Není však vyřešena otázka financování při propuštění z MSPP a opětovném přijetí pacienta.

Organizace v této době má smlouvy s několika pojišťovny a další jsou v jednání. Organizace předpokládá, že v roce 2019 bude mít smlouvu s majoritou zdravotních pojišťoven. Současné financování služby pokrývají dary a dotace. Pokud pacient není zařazen do úhrady zdravotní pojišťovny, v současné době je toto řešení možné pouze u klientů VZP, objednavatel péče MSPP platí denní paušál 200 Kč/den. V případě, že je pacient zařazen do úhrady zdravotní pojišťovny, tento poplatek se snižuje na 100 Kč/den. Tato částka slouží na pokrytí návštěvy psychosociálního pracovníka, psychoterapeuta, zapůjčení kompenzačních pomůcek a praktická pomoc při úmrtí uživatele služby. Tyto podmínky jsou v organizaci nastaveny pro poskytování služeb na území Hl. města Prahy. V případě rozšíření služeb do Středočeského kraje zatím není jasné, zda by organizace mohla poplatek dále vybírat. V případě, že pacient nebude zařazen do úhrady zdravotní pojišťovny, poplatek 200 Kč/den je symbolickou částkou snižující finanční náročnost služby.

Úhrada služby MSPP je rozdělena do 2 stupňů. Tyto stupně určuje lékař paliatr.

V prvním stupni s menší náročností péče je úhrada 1 161 Kč /den a ve druhém stupni s náročnější péčí je úhrada stanovena na 1 452 Kč. Z analýzy interních dat a zdravotnické dokumentace vyplynulo, že 70 % pacientů spadá do úhrady prvního stupně a 30 % pacientů do stupně druhého. Tato úhrada je však limitována délkou péče. 30 dní, kdy zdravotní pojišťovna hradí vykazovanou službu v plném rozsahu, dalších 30 dní pak polovinu, u dětí se délka úhrady v polovičním rozsahu prodlužuje na 60 dní. Lze tedy říci, že zdravotní pojišťovna hradí MSPP pro děti v délce 90 dní.

Tabulka č. 6: Výnosy z plateb z veřejného pojištění

Platby z veřejného pojištění - výnosy		
MSPP 1 stupeň /cena na den péče	1 161,0 Kč	70%
MSPP 2. stupeň /cena na den péče	1 452,0 Kč	30%
průměr na den $(1\ 161 \times 0,7) + (1\ 452 \times 0,3)$		1 248,3 Kč

Zdroj: vlastní zpracování

3.5.3 Analýza krytí vlastních nákladů

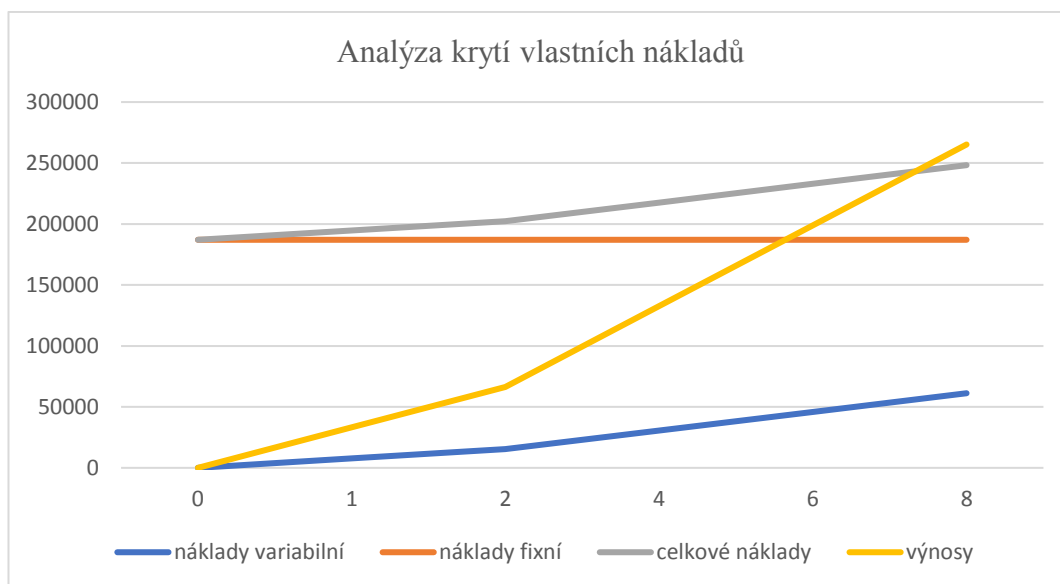
Pro analýzu krytí vlastních nákladů jsem vycházela z navýšení lidských zdrojů o jeden plný úvazek sestry a ½ úvazek lékaře paliatra.

Tabulka č. 7: Analýza krytí vlastních nákladů na počet dětí v péči/měsíc

počet dětí v péči	0	1	2	4	6	8
náklady variabilní	0	7650	15300	30600	45900	61200
náklady fixní	187059	187059	187059	187059	187059	187059
celkové náklady	187059	194709	202359	217659	232959	248259
výnosy	0	33150	66300	132600	198900	265200

Zdroj: Vlastní výpočet

Graf č. 7: Analýza krytí vlastních nákladů



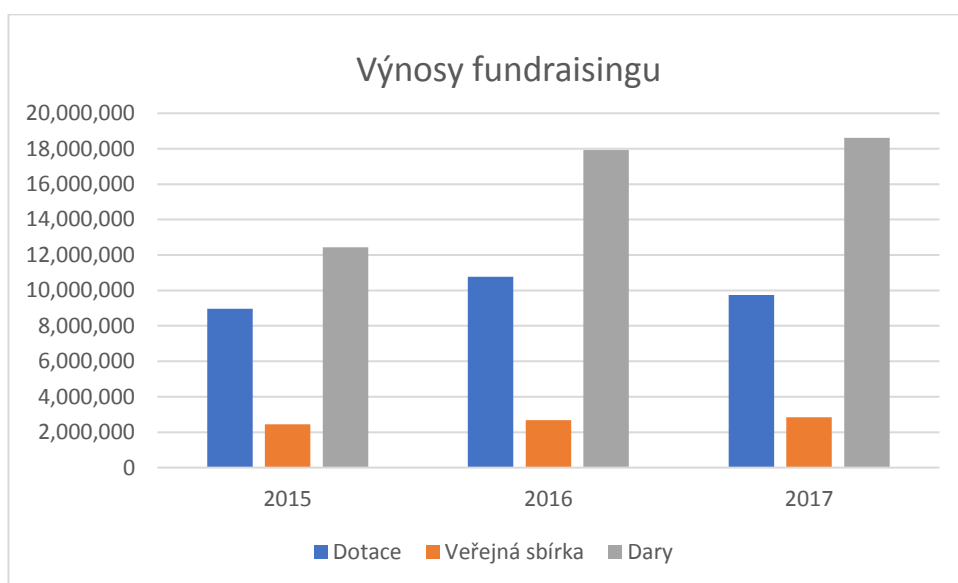
Zdroj: vlastní zpracování

K analýze krytí vlastních nákladů jsem využila navrhovaného rozšíření služeb a pracovních úvazků. Po přijetí sestry na plný pracovní úvazek budou v týmu 2 sestry, mezi které se rozdělí počet dětí v péči jak na území Hl. města Prahy, tak ve Středočeském kraji. Vzhledem k dopravním situacím a uzlům by toto rozdělení mělo být flexibilní a vždy se přizpůsobovat počtu dětí v péči, jejich lokaci a brát v úvahu již stávající děti v péči. Na jeden pracovní úvazek sestry je kapacitně možné pečovat v rámci MSPP o 3-4 děti. Z výše uvedeného grafu č. 3 a tabulky č. 4 Analýzy vlastních nákladů vyplývá, že péče o 3-4 děti

je ztrátová. Dodatečné krytí nákladů je pro tuto službu plánováno pomocí fundraisingu.

Organizace pořádá akce pro veřejnost a pro dárce, vedla několik informačních a fundraisingových kampaní. V roce 2015 to byla kampaň na osvětu dříve vysloveného přání, v roce 2014 kampaň Nejste v tom sami. Tyto kampaně jsou zaměřené jak na informovanost veřejnosti, tak na budoucí dárce. Od roku 2015 běží veřejná sbírka na získání prostředků na poskytování mobilní paliativní péče nad rozsah péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění včetně vzdělávání a výzkumu (www.cestadomu.cz). Velká část dárců se skládá z osob, které společně s Cestou domů pečovaly o pacienta v terminálním stádiu doma. Část svých nákladů hradí Cesta domů pomocí grantů a dotací, v současné době již několik let spolupracuje s Nadačním fondem AVAST, který přispívá na provoz organizace. V rámci ESF čerpá finance na podporu profesionalizace organizace. Další podporu na sociální a odlehčovací aktivity organizace získává z podpory jednotlivých městských částí Hl. města Prahy. Rozšířením působnosti na Středočeský kraj by se fundraisingová aktivita také soustředila na Středočeský kraj. Rozšířením působení se předpokládá, že se zvýší i počet individuálních dárců z tohoto kraje. **Tento předpoklad je založen na porovnání výnosu fundraisingových aktivit v letech 2015-2017 a znázorněn v následujícím grafu.**

Graf č. 8: Výnosy fundraisingových aktivit 2015-2017



Zdroj: Výroční zprávy Cesty domů 2015-2017, vlastní zpracování

3.5.4 Cash Flow

V následující tabulce je přehled ročního finančního toku po měsících ve 2 variantách.

Tabulka č. 8: Model A - platba od poj. na 4 pac. v péči za plnou úhradu

	leden	únor	březen	duben	květen	červen
fixní náklady celkem	198059	187059	187059	187059	187059	187059
variabilní náklady celkem	30600	30600	30600	30600	30600	30600
výnosy	149796	149796	149796	149796	149796	149796
rozdíl	-78863	-67863	-67863	-67863	-67863	-67863

červenec	srpen	září	říjen	listopad	prosinec	Celkem
187059	187059	187059	187059	187059	187059	2255708
30600	30600	30600	30600	30600	30600	367200
149796	149796	149796	149796	149796	149796	1797552
-67863	-67863	-67863	-67863	-67863	-67863	-825356

Tabulka č.9: Model B - platba od poj. na 4 pac. v péči za poloviční úhradu

	leden	únor	březen	duben	květen	červen
fixní náklady celkem	198059	187059	187059	187059	187059	187059
variabilní náklady celkem	30600	30600	30600	30600	30600	30600
výnosy	74898	74898	74898	74898	74898	74898
rozdíl	153761	142761	142761	142761	142761	142761

červenec	srpen	září	říjen	listopad	prosinec	Celkem
187059	187059	187059	187059	187059	187059	2255708
30600	30600	30600	30600	30600	30600	367200
74898	74898	74898	74898	74898	74898	898776
-142761	-142761	-142761	-142761	-142761	-142761	-1724132

	rok
fixní náklady celkem	2255708

variabilní náklady celkem	367200
výnosy 77% plná sazba od poj.	1384115
výnosy 23 % - poloviční sazba od poj.	206718
rozdíl	-1032075

Tabulka č. 10: Kombinovaný model při mediánu péče 39 dní

Z přehledu o finančních tocích je zřejmé, že pouze úhrada od pojišťovny celkové předpokládané náklady na službu nepokryjí. Roční rozdíl celkových nákladů a výnosů je minusový, v případě kombinovaného modelu s mediánem 39 dnů v péči je rozdíl – 1 032 075 Kč. Finance na pokrytí těchto nákladů je nutné pokrýt z fundraisingových aktivit. Při porovnání a po diskuzi s finančním a fundraisingovým týme, jsme došli k závěru, že pokrytí rozdílu je reálné. Tento předpoklad jsme opřeli o přehled výnosů z minulých let, představených v grafech č. 6 a 8.

3.5.5 Rozvaha

Detailní rozvaha organizace je popsána v poslední výroční zprávě za rok 2016 (příloha č. 1). Pořizovací náklady nových zařízení se pohybují pod 40 000 Kč, také automobil, který bude pořízen na operační leasing se bude účtovat jako pronájem, tyto položky se v rozvaze neobjeví. Na straně aktiv však narostou

pohledávky k zaměstnancům, zálohám na soc. a zdrav. – přijímáme na HPP 1 sestru a na částečný PP lékaře. Na straně pasiv se tento nárůst zobrazí v nárůstu závazků k zaměstnancům a závazkům na platbu sociálního a zdravotního pojištění.

3.6 Legislativní plán

Cesta domů z.ú., hospicové občanské hnutí již funguje 15 let na území Hl. města Prahy. Zařízení je od 6. 10. 2004 Magistrátem Hl. města Prahy registrováno jako nestátní zdravotnické zařízení pod č. j. MHMP/229936/05ZDR. Od 1. 11. 2007 má Cesta domů, z.ú. registrované odborné sociální poradenství na celém území České republiky a odlehčovací služby na území Hl. města Prahy dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. U Ministerstva vnitra je ze dne 5. 4. 2001 pod č. j. VS/1-146 689/01 - R. S platností nového občanského zákoníku (1. 1. 2014) se občanské sdružení stalo v procesu transformace ústavem. Cesta domů je tak od 1. 1. 2015 ústavem. Se změnou právní subjektivity souvisí i změna jména, které od téhož data zní Cesta domů, z.ú.

Ústav je právní forma právnické osoby zavedený do právního řádu v novém občanském zákoníku (zákon č. 89/2012 Sb.) s účinností k 1. lednu 2014.

Nahrazuje podobu obecně prospěšné společnosti, kterou však již s platností NOZ nelze zakládat. Ústav se zakládá zakládací listinou s uvedením názvu ústavu, sídla, účelu – vymezení předmětu činnosti, údaje o výši vkladu, počtu členů správní nebo dozorčí rady se jmény a adresou prvních členů a podrobnosti o vnitřní organizaci. Ústav může provozovat obchodní závod nebo jinou vedlejší činnost, které však nesmí být na újmu jakosti, rozsahu a dostupnosti služeb poskytovaných ústavem jako hlavní činnosti ústavu. Statutárním orgánem ústavu je ředitel, jehož volí i odvolává správní rada. Vrcholným orgánem je správní rada. Tu jmenuje a odvolává zakladatel. (NOZ, 2014).

Rozšíření služby do Středočeského kraje může znamenat požádání o oprávnění o poskytování zdravotních služeb na území Středočeského kraje a to zejména, pokud budeme chtít službu vykazovat zdravotním pojišťovnám. V současné době má organizace potvrzení od Ministerstva Zdravotnictví, na jehož základě je možné poskytovat mobilní specializovanou péči i v jiných krajích než na které se vztahuje oprávnění poskytovat zdravotní služby.

Od 1.1. 2018 je specializovaná mobilní paliativní péče zahrnuta v úhradové vyhlášce a dalším krokem pro zavedení, ne však nutným, je zúčastnit se výběrového řízení o smlouvu se zdravotními pojišťovnami. Toto již probíhá pro současnou činnost organizace a pro tento plán bude potřeba smlouvu s pojišťovnami rozšířit na Středočeský kraj. V případě nezískání smluv se zdravotními pojišťovnami bude péče hrazena z dotací a z darů a také částečně z denního příspěvku rodiny. Ten činí 200 Kč za den péče.

Oddělení fundraisingu v organizaci má svou významnou funkci od počátku působení. Jejím hlavním cílem je budování kapacity dárců a podporovatelů a zajištění podpory. Budování okruhu stálých poskytovatelů, kdy se vyšší či menší dary opakují, jsou stálým zdrojem, na jehož základě může organizace plánovat do budoucna. Vyžaduje neustálou aktivitu v komunikaci. Zdroje, které fundraisingové oddělení zajišťuje, pocházejí v různých činnostech. Celkové výnosy organizace za jednotlivé roky jsou ukázány v tabulce č. 8. Výnosy pocházejí jak z fundraisingové činnosti, dotací a grantů a také z vlastní výdělečné činnosti organizace a mají stoupající tendenci. V roce 2017 dosáhla celková částka darů včetně fondů 31 369 613 Kč, z toho celkový výše dotací ve stejném roce byla 10 776 000 Kč (Cesta domů, Výroční zpráva 2017). Zde se zřetelně ukazuje, že svou významnou roli hraje propojení s nadačními fondy, které organizaci dlouhodobě a pravidelně podporují. Patří mezi ně zejména Nadační fond AVAST a Nadační fond Komerční banky Jistota. Náklady, které jsou na aktivity fundraisingu přepočítávány se pohybují kolem 14 % celkových nákladů, s kterými je v tomto projektu počítáno. Rezňáková (2012) a Boukal (2013) hovoří o kapacitě fundraisingu. Jeden fundraiser má kapacitu získat mezi 5-8 milióny Kč. V případě tohoto projektu by tedy navýšení o další pracovní sílu v první fázi projektu v oddělení fundraisingu bylo spíše neopodstatněné. Na místě však bude začlenění fundraisingového týmu do plánování a uvažování o dobrých motivačních prostředcích (Boukal, 2013; Bergerová a Kříž, 2004). Toto stanovisko bylo také diskutováno v rámci organizace a k navýšení úvazku ve fundraisingovém oddělení vzhledem k velikosti projektu a celkových fundraisingových aktivit, není opodstatněné. Toto se může v budoucnu změnit, zejména s ohledem na další aktivity organizace přímo nesouvisející s tímto projektem.

Legislativní otázkou také bude ošetření odpovědnosti spolupracujících PLDD a jejich sester. Pohotovostní služby sester budou ošetřeny smlouvou DPP, odpovědnost lékaře, který však není zaměstnancem organizace, je však jiná otázka. Dala by se řešit také pomocí DPP, kdy v rámci pracovní doby PLDD má návštěvy v domácím prostředí nemocného zahrnuty v náplni práce. Ostatní hodiny by pokrývala DPP. Zde bude potřeba počítat s omezením vztahujícím se k dohodě o provedení práce. Dle Zákoníku práce 262/2006 Sb. § 75 a §76 je omezení na celkový počet hodin 300 za kalendářní rok. Dalším omezením je celková výše částky, kdy v případě odměny za provedení práce menším než 10 000 Kč se nestrhává sociální pojištění ve výši 6,5 % a zdravotní pojištění ve výši 4,5 % na straně zaměstnance. Pro zaměstnavatele se celkové náklady počítají jako superhrubá mzda, která znamená navýšení o 34 % k dohodnuté odměně (www.zakonyprolidi.cz; Vybíhal, 2018).

ZÁVĚR

Cílem práce bylo vytvořit business plán na rozšíření mobilní specializované péče pro děti v organizaci, která již tyto služby poskytuje. Zmapování současné situace v České republice, zejména pak v Praze a ve Středočeském kraji pomohlo odpovědět na otázky, zda po takovéto službě je poptávka a zda na tomto území jsou jiní poskytovatelé takovéto nebo podobné služby.

Výsledná zjištění a kalkulace ukázala, že provozování služby v předpokládaném rozsahu 4-6ti dětí v péči v jeden okamžik je ztrátové, a to i za předpokladu úhrad zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění. Na

druhou stranu analýza organizace, možnosti a předpoklady fundraisingu ukázali, že tuto ztrátu je možné dofinancovat z fundraisingových aktivit organizace.

Jako největší rizika implementace plánu byla hodnocena otázka personálního zabezpečení, která může realizaci výrazně zpomalit. Dalšími riziky je také dynamicky se rozvíjející se prostředí v oblasti paliativní péče a zájem či ochota více organizací poskytovat takovouto službu.

Práce bude v organizaci prakticky využita v rozšiřování služeb organizace. Je potřeba ji chápat ne jako daný a rigidní plán, ale, v současné dynamicky se vyvíjející situaci na poli paliativní péče v České republice, zejména jako základní kámen. Budoucí modifikace a varianty mohou být použity při zpracovávání grantových žádostí či výzev.

BIBLIOGRAFIE

- ACT, Dostupné z http://www.act.org.uk/dmdocuments/Microsoft_Word_-_children_adult_pal_care_differences.pdf
-
- AVAST, Nadační fond AVAST, online, dostupný: <https://nadacnifond.avast.cz/spolu-az-do-konce>
- Bedrnová E., Jarošová E., Nový I. a kol., 2012, *Manažerská psychologie a sociologie*, Praha: Management press.

- Bergerová M., Kříž J., 2004, *Cesty k úspěšnému fundraisingu*, Praha: Spiralis
- Blažek L., 2014, *Management: Organizování, rozhodování, ovlivňování*, Praha: Grada Publishing.
- Boukal P. a kolektiv, 2013, *Fundraising pro neziskové organizace*, Praha: Grada Publishing.
- Brown E., Warr B., 2007, *Supporting the Child and the Family in Paediatric Palliative Care*, London and Philadelphia : Jassica Kingsley Publishers
- Carte B.S., Levetown M., 2004, *Palliative Care for Infants, Children, and Adolescents – a practical handbook*, Baltimore nad London: The John Hopkins University Press
- Cole R. E., Scott W. R., *The quality Movement & Organization Theory*, Sage Publications, Inc.
- Česká společnost paliativní medicíny,
<https://www.paliativnimedicina.cz>
- ČSÚ, statistické ročenky Českého statistického úřadu, online, dostupná z www.czso.cz/csu/czso/zemreli

- Drucker P. F., *To nejdůležitější z Druckera v jednom svazku*, 2002, Praha: Management press.
- EACP – European Association for Palliative Care, Definition of Palliative Care, online, dostupná z <https://www.eapcnet.eu/about-us/what-we-do>
- Edersheim E. H., 2008, *Management podle Druckera*, Praha: Management press.
- ESFCR, *Metodika Logického rámce*, online, dostupné z https://www.esfcr.cz/documents/21802/782328/02_Metodika_logickeh_o_ramce.pdf/b840b4ad-5d37-44c4-ade4-70f663f8047f
- Field M.J., Behrman R.E., 2002, *When Children Die, Improoving Palliative and End-of-Life Care fro Children and Their Families*, Washington, D.C.: Institute of medicine, The National Academies Press
- Grant R.M., 2013, *Contemporary Strategy Analysis 8th ed.*, Chichester: Wiley
- Goldman A., Hain R. and Liber S., 2006, *Oxford Texbook of Palliative Care for Children*, New York: Oxford university Press
- ICPCN, Charta práv dítěte, online. Dostupné z <http://www.detsky-hospic.cz/files/Charta-ICPCN-CZ.pdf>

- IMPaCCT – standardy dětské paliativní péče v Evropě. 2014, online, dostupné z <http://www.detsky-hospic.cz/files/IMPaCCT-Standardy-detske-paliativni-pece-v-Evrope.pdf>
- Kettner P. M., Moroney R. M., Martin L. L., 1999, *Designing and Managing Programs, An Effectiveness-Based Approach*, Sage Publications, Inc.
- Kotler, Philip, 2001, *Marketing management*, 10. roššířené vydání, Praha: Grada Publishing
- Kotter J. P., 2015, *Vedení procesu změny: Osm kroků úspěšné transformace podniku v turbulentní ekonomice*, Praha: Management press.
- Logframe, online, dostupné z http://www.logframe.cz/met_vert.htm
- Martinovičová Dana, Konečný Miloš, Vavřina Jan. 2014, *Úvod do podnikové ekonomiky*. Praha: Graga Publishing.
- Maxa Radek, 2011. *Management pro střední a vyšší odborné školy*. Praha: Fortuna.
- McGrath J., Bates B., 2015, *89 nejdůležitějších manažerských teorií pro praxi*, Praha: Management press.

- MPSV, 2016, *Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016-2013*, online, dostupné z <https://www.mpsv.cz/files/clanky/29624/NSRSS.pdf>
- MZČR, 2018, *Tisková zpráva – Ministerstvo spouští projekt na podporu paliativní péče v nemocnicích 24.1.2018*, online, dostupná: https://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-spousti-projekt-na-podporu-paliativni-pece-v%C2%A0nemocnic_14847_3801_1.html
- MZČR, 2018, *Rozvoj mobilní specializované paliativní péče*, online, dostupné: http://www.mzcr.cz/Unie/dokumenty/rozvoj-mobilni-specializovane-paliativni-peceuvodni-seminar-pro-zadatele_16370_2452_8.html
- Poláková K., Tuková A., Loučka M., 2017, *Potřeby dětí s život limitujícím nebo život ohrožujícím onemocněním a jejich rodin*, Praha: Centrum paliativní péče.
- Pracovní skupina dětské paliativní péče, 2016, *Stav dětské paliativní péče v České republice*, dostupné z www.detsky-hospic.cz
- Rastislavová K., 2016, *Perinatální paliativní péče*, Praha: Grada Publishing.
- Režňáková M., 2012, *Efektivní financování rozvoje podnikání*, Praha: Grada Publishing.

- Sekce dětské paliativní péče při ČSPM, <http://www.detsky-hospic.cz>
- Slavík Jakub. 2014. *Marketing a strategické řízení ve veřejných službách: Jak poskytovat zákaznický orientované veřejné služby*, Praha: Grada Publishing.
- Smale G. G., 1998, *Managing Change Through Innovation*, London: The Stationary Office.
- Smejkal V., Rais K., 2013, *Řízení rizik ve firmách a jiných organizacích*, Praha: Grada Publishing.
- Synek M. a kolektiv, 1996, *Manažerská ekonomika*, Praha: Grada Publishing.
- UNICEF, 2012, *Zpráva UNICEF o výrazném snížení dětské úmrtnosti ve světě*, online, dostupná: <https://www.unicef.cz/aktualne/54007-zprava-unicef-o-vyraznem-snizeni-detske-umrtnosti-ve-svete?stranka=60>
- ÚZIS, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, online, dostupný <http://www.uzis.cz>
- Veber J., Srpová J. a kolektiv, 2008, *Podnikání malé a střední firmy*, Praha: Grada Publishing.
- Vochozka Marek, Mulač Petr a kolektiv. 2012. *Podniková ekonomika*. Praha: Grada Publishing.

- Vrzáček P. a kol., 2017, *Krabička poslední záchrany pro neziskové organizace, Manuál managementu neziskových organizací*, Togga, FHS UK
- Vybíhal V., 2018, *Mzdové účetnictví 2018*, Praha: Grada Publishing.
- World Health Organization, *Definition of Palliative Care*, online, dostupná z <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- World Health Organization, 2018, *Children: reducing mortality*, online, dostupný: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>
- Zákonyprolidi, online, dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz>