UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Ludmila Maffei Svobodová

Podnikatelský plán soukromé agentury domácí péče

Diplomová práce

Vedoucí práce: Ing. Mgr. Milan Trpišovský, MBA

Praha 2017

Prohlášení

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

V Praze dne 1. 5. 2017 Bc. Ludmila Maffei Svobodová

……

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala osobám, které mě podporovaly nejen ve studiu. Bez nich by tato práce nevznikla. Děkuji vedoucímu práce panu Ing. Mgr. Milanu Trpišovskému MBA za odborné vedení a konzultace, cenné rady v průběhu zpracování diplomové práce. Dále paní Mgr. Barboře Úlehlové, která mi velmi pomáhala se zpracováním dat z dotazníkového šetření. Poděkování patří i mojí rodině, především manželovi za podporu během celého studia.

Obsah

I. Úvod **1**

II. Teoretická část **4**

1. Teoretické vymezení základních pojmů 4
1.1 Strategické řízení 4
1.1.1 Fáze strategického řízení 8
1.1.2 Strategická analýza 9
1.1.3 Podnikatelský plán 12
1.2 Právní formy podnikání 16
1.2.1 Popis společnosti s ručením omezeným 17
1.2.2 Postup při zakládání společnosti s ručením omezeným 19
1.3 Zdravotnictví 19
1.3.1 Financování zdravotní péče v České republice 24

2. Domácí péče v České republice 25
2.1 Legislativa 26
2.2 Historie domácí péče 27
2.2.1 Domácí péče v letech 2004–2013 29
2.3 Charakteristika domácí péče **31**

III Praktická část **39**

3. Výzkumná část 39
3.1. Cíl výzkumu 39
3.2 Metodika výzkumu 40
3.3 Analýza dat 42
3.4 Shrnutí výsledků 55

4. Strategická analýza 57
4.1 Analýza obecného okolí 57
4.1.2 Legislativní oblast 60
4.1.3 Ekonomická oblast a její faktory 62
4.1.4 Politická oblast 65
4.1.5 Technologické faktory 66
4.1.6 Analýza obecného okolí – shrnutí 66
4.2 Analýza oborového okolí 67
4.2.1 Stávající a potencionální konkurenti 67
4.2.2 Dodavatelé 68
4.2.3 Kupující 69
4.2.4 Substituty 70
4.2.5 Shrnutí 71
4.3. Vnitřní analýza 71
4.3.1 Poskytování služby 72
4.3.2 Hmotné zdroje 73
4.3.3 Lidské zdroje 74
4.3.4 Finanční zdroje 75
4.3.5 Marketing a jeho faktory 75
4.3.6 Shrnutí vnitřní analýzy 76
4.4 SWOT analýza 77

5. Podnikatelský plán – navrhovaná část 79
5.1 Popis společnosti 79
5.2 Produkt 81
5.2.1 Produktové silné stránky 82
5.2.2 Produktová rizika 84

5.2.3 Rozsah našich služeb ... 84
5.2.4 Kalkulace ceny produktu – kvalifikovaný odhad na poskytnutí péče ... 85
5.2.5 Předpokládané náklady ... 86
5.2.6 Předpokládané výnosy ... 88
5.2.7 Analýza bodu zvratu ... 88
5.3 Marketingový plán ... 89
5.3.1 Cíle ... 89
5.3.2 Analýza marketingu ... 90
5.3.3 Analýza konkurence ... 92
5.3.4 Propagace organizace ... 92
5.4 Personální zajištění ... 93
5.4.1 Požadavky na personál ... 94
5.4.2 Benefity pro zaměstnance ... 96
5.4.3 Základní dokumentace v agentuře domácí péče ... 97
5.5 Operační plán ... 97
5.5.1 Přípravná fáze ... 97
5.5.2 Realizační fáze ... 98
5.5.3 Vyhodnocení ... 99
5.6 Finanční plán ... 100
5.7 Platná legislativa ... 103
5.7.1 Legislativa ... 104
5.8 Zhodnocení business plánu ... 104
5.9 Doporučení ... 105
IV. Závěr ... 106
Seznam použité literatury a zdrojů ... 108
Seznam grafů ... 116
Seznam obrázků ... 117
Seznam tabulek ... 117
Přílohy

Abstrakt

Diplomová práce představuje segment domácí zdravotní péče, jeho současné postavení a budoucí roli v poskytování zdravotní a sociální péče. Cílem práce bylo vypracovat podnikatelský plán pro založení agentury domácí péče bez přispění zdravotního pojištění. Zcela soukromá agentura domácí péče bude poskytovat primárně ošetřovatelskou zdravotní péči v domácím prostředí klientů a v budoucnu by ráda nabídla i doplňkové služby.

První část práce je zaměřena na teoretická hlediska, z nichž vychází. V této části je představen strategický koncept řízení, včetně strategické analýzy, struktura podnikatelského plánu. Jsou zde popsány aspekty mající vliv na zahájení podnikatelské činnosti v oblasti poskytování domácí péče. Teoretická část zahrnuje i pohled do historie vzniku služeb domácí péče a jejího vývoje.

Praktická část diplomové práce obsahuje výzkumnou část a poté analytickou. V práci bylo použito kvantitativního výzkumu pomocí dotazníkového šetření, kdy získané informace od praktických lékařů a pacientů byly posléze zpracovány kompletní strategickou analýzou, důležitou pro budoucí fungování agentury. Na základě získaných výsledků byl vypracován podnikatelský plán soukromé agentury domácí péče.

V závěru hodnotím, zda lze podnikatelský plán realizovat, jaká jsou očekávání ohledně činnosti agentury a navrhuji doporučení, která by mohla vést k finančnímu a provoznímu úspěchu agentury domácí péče.

Klíčová slova: domácí péče, podnikatelský plán, dlouhodobá péče, zdravotní péče, strategická analýza

Abstract

This diploma thesis presents a segment of home health care, its current situation and future role in providing health and social care. The aim of the thesis is to develop a business plan for establishing a home care private agency without the contribution of State health insurance. A completely private home care agency will provide primarily nursing health care in the home environment of clients, with additional services complementing the initial offering in the future.

The first part of the thesis captures the theoretical aspects of business management and strategy. This section introduces a strategic concept of management including strategic analysis and business plan structure, describing the aspects influencing the start of entrepreneurial activity in the area of provision of home care. The theoretical part also includes a historical overview of the establishment of home care services and its development.

The practical part of the diploma thesis includes the research part and then the analytical part. Quantitative research was conducted using a questionnaire survey, where the information obtained from general practitioners and patients was subsequently processed and embedded in a complete strategic analysis, important for the future operations of the Agency. On the basis of the results obtained, a business plan of a private home care agency was developed.

Finally, I assess whether the business plan can be implemented and achieved and what are the expectations over the Agency operations, proposing recommendations that could lead to the financial and operational success of the Home Care Agency.

Key words: home care, business plan, long term care, health care, strategic analysis

I. Úvod

Rok 1989 představoval významný milník v péči o nemocné i celkové zdravotní péči v České republice. Po roce 1989 začalo docházet k transformaci celého systému zdravotní péče a především zavedení povinného veřejného zdravotního pojištění. Stát se přestal podílet na úhradách za péči o nemocné a tuto zodpovědnost plateb přenesl na vznikající zdravotní pojišťovny. Odpovědnost za poskytnutou péči však nenesly pojišťovny, ale samotná zdravotnická zařízení. Začala se objevovat nová zdravotnická zařízení především ambulantního typu a postupně i zařízení, poskytující zdravotní péči za přímou úhradu od pacientů.

Sféra nově vznikajících ambulantních zařízení měla podíl i na vzniku poskytování domácí zdravotní péče.

V posledních 25 letech došlo k rozvoji medicíny a poskytování zdravotní péče se stalo více dostupným. Podle demografických dat Českého statistického úřadu se prodloužila střední délka života. Proto je v české populaci více starších občanů a zcela jistě se bude zvyšovat poptávka po kvalitnějších službách zdravotní a sociální péče (Český statistický úřad, 2015).

Vzhledem k narůstajícímu počtu seniorů je potřeba si položit otázku, jak pro ně zajistit dostupnou a kvalitní péči, abychom jim umožnili stále žít plnohodnotný život. Je důležité znát potřeby seniorů, které samozřejmě jako u jiných lidí, jsou individuální. Zároveň je potřeba provést optimalizaci druhu poskytnuté péče z hlediska nákladů, neboť zdravotní péče poskytovaná seniorům je nejnákladnější. Většinou se totiž jedná o dlouhodobou péči. Mnoho seniorů ve svém věku trpí chronickými onemocněními, jako jsou nemoci oběhové soustavy, různé typy ischemických chorob, diabetem i s přidruženými komplikacemi. Zároveň je v posledních letech jiný trend i ve stylu bydlení. Lidé už spolu nebydlí mezigeneračně jako tomu bylo v dobách nedávno minulých. Mnoho seniorů bydlí samo, proto je potřeba pro tyto lidi zajistit nejen zdravotní péči, ale v mnoha případech i sociální péči. Zdravotně sociální péči mohou dostat klienti většinou v pobytových zařízeních sociálního typu nebo v nemocnicích na odděleních léčeben dlouhodobě nemocných. Další možností pak jsou právě agentury poskytující domácí péči, které umožní nemocným být ve svém vlastním sociálním prostředí a jsou ochotny za ním dojíždět a starat se tak o jeho potřeby. Zdravotně sociální péče propojuje dvě ministerstva: Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo práce a sociálních věcí. Oba tyto rezorty vzájemně podporují domácí péči a

terénní péči. V nemocničních zařízeních dochází k nárůstu počtu lůžek pro dlouhodobě, chronicky nemocné a snahou je přenesení péče o tyto nemocné do domácího ošetřování. Cílem poskytování domácí péče je zajistit co nejvyšší možnou míru zdravotní ošetřovatelské péče. Forma této péče je velice oblíbená u pacientů, neboť velká většina z nich preferuje léčit se ve svém vlastním sociálním prostředí. Je kladen velký důraz na to, aby byla zachována integrita člověka ve společnosti. Při konečném srovnání ceny za jeden ošetřující den v nemocnici a jeden den ošetřovatelské péče doma, se jasně ukazuje, že forma domácí péče je jednoznačně levnější.

Cílem mojí diplomové práce je zpracování podnikatelského plánu pro založení soukromé agentury domácí zdravotní péče bez účastí pojišťoven. Podnikatelský plán je vypracován na základě výstupů strategické analýzy. Tento cíl jsem si zvolila s ohledem na zvyšující se poptávky v okolí Prahy-východ po agentuře poskytující domácí zdravotní péči i zcela soukromou bez příspěvků zdravotních pojišťoven. Je velký počet potenciálních klientů, kteří jsou ochotni si tuto péči hradit ze svých vlastních finančních zdrojů. Bohužel v tomto okrese Praha-východ jsou agentury poskytující domácí péči ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami, ale nestíhají uspokojit poptávku. Po získaných informacích z jedné našich největších zdravotních pojišťoven, nechtějí už pojišťovny uzavírat nové kontrakty s nově vznikajícími agenturami. Podle jejich statistik stačí současné pokrytí. Můj zájem o tento segment domácí zdravotní péče vyplývá ze zkušeností, kdy jsem působila jako terénní sestra pro jednu agenturu poskytující domácí péči. Další motivací bylo zcela jistě studium na Katedře řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizací FHS UK, neboť po získaných informacích o legislativě a všech poznatcích ohledně finančního řízení mne utvrdilo, že bych se měla tomuto tématu věnovat nejen ve své diplomové práci, ale především se jej pokusit zrealizovat.

Tato diplomová práce je členěna na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části popisuji koncept strategického řízení společně s popisem všech analýz, které v praktické části zpracovávám. Součástí teorie je popis podnikatelského plánu, co vše obnáší založení společnosti s ručeným omezeným. Charakterizuji velmi stručně zdravotnictví v České republice a popisuji jak je financována zdravotní péče. Definuji domácí péči, její formy a nedílnou součástí je i historie domácí péče až po současnost. Zdroji, ze kterých čerpám jsou hlavně statistická data, odborná literatura a platná legislativa v České republice. Hlavním cílem praktické části práce je kvalitně zpracovaný podnikatelský plán na podkladě provedeného šetření u praktických lékařů a jejich pacientů. Výsledky provedeného šetření definují podmínky k založení a fungování soukromé agentury domácí péče. V praktické

části čerpám ze statistických dat - Ústavu zdravotnických informací a statistiky, Českého statistického úřadu, Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva práce a sociálních věcí a dalších institucí.

V závěru práce provádím zhodnocení a provozuschopnost nově vznikající soukromé agentury na trhu a nabízím možná řešení a strategie do budoucna.

Tato diplomová práce je doplněna seznamem použité literatury, internetových zdrojů a přílohami.

II. Teoretická část

1. Teoretické vymezení základních pojmů

1.1 Strategické řízení

Strategie je jádrem strategického řízení. *„Strategie je široce založený koncept“* (Porter, 2008: 25). Strategické řízení lze obecně chápat jako *„dlouhodobý směr a cíl podniku k uspokojení potřeb svých vlastníků a dalších zainteresovaných subjektů“* (Slavík, 2014: 30).

Strategický management nemá zcela jednoznačnou definici. V literatuře se uvádí: *„…že strategický management je soubor instrukcí, rozhodnutí a činností, které jsou pro firmu nezbytné pro dosažení strategické konkurenční výhody a k zabezpečení nadprůměrných výnosů“* (Fofr, 2012: 25). Strategické řízení má význam v našich rozhodnutích. Eliminuje unáhlená rozhodnutí a vede nás k rozhodnutím na základě faktů, které nám jsou k dispozici.

V literatuře se můžeme setkat s odlišnými definicemi a různými modely strategického řízení. V této diplomové práci vycházím z myšlenkové školy, která předkládá strategie jako proces analýzy. Při dobře provedené analýze lze stanovit, určit si vlastní správný směr. Modely strategického řízení se utvářely vlivem myšlenkových škol a jejich přístupů. Přehled uvádím v tabulce 1.1, kde najdeme charakteristiky jednotlivých etap vývoje pro strategický management a přehled strategického managementu od 60. let až po současnost.

Tab. 1.1: Charakteristiky jednotlivých etap vývoje strategického managementu

Strategický management	**Charakteristika**	**Zaměření**	**Metody**	**Ukazatele**
60. léta – klasická škola	Odvozen z vojenství – v čele je manažer, který rozhoduje.	Maximální návratnost investic	SWOT analýza, Ansoffova matice, kvantitativní modely.	Dupontův pyramidální rozklad, návratnost investic (ROI).
70. léta – procesní přístup	Podnikatelské principy jsou aplikovatelné do organizační struktury firem.	Výrobková a teritoriální diverzifikace, nástup globalizace.	BCG, McKinsey „7S“, důraz na náklady.	Výnosnost na akcii (EPS), ukazatele mající základ poměr cena/vlastní kapitál.
80. léta – evoluční přístup	Orientace na zákazníka, prioritní působení na trhu.	Důraz na kvalitu a produktivitu, tržní vlivy.	Reengineering, Porterův „ model pěti sil.“	Poměr tržní ku účetní hodnotě firmy (M/B Ratio), rentabilita vlastního kapitálu (ROE), rentabilita čistých aktiv (RONA).
90. léta – systémový přístup	Sociální pohled, ekonomické chování je součástí sítě sociálních vztahů.	Efektivita produkce, chování a postoje pracovníků, učící se organizace.	Posilování kultury firmy, teorie organizace.	Ekonomická přidaná hodnota (Eva), hodnota přidaná trhem (MVA), rentabilita investic z peněžních toků (CFROI), zisková marže (GM).
Současnost – komplexní přístup	Strategické řízení se mění a je komplexní, probíhá ve více úrovních řízení, preference zájmů vlastníků.	Zabezpečit konkurence-schopnost firem v globálním prostředí, podporovat růst jejich hodnoty.	Value Based Management, portfoliové řízení zdrojů.	Peněžní toky (CF), EBITDA, Balanced Scorecard (BSC), celkové příjmy vlastníků (TSR), Shareholders Value at Risk (SVaR).

Zdroj: Fofr, 2012

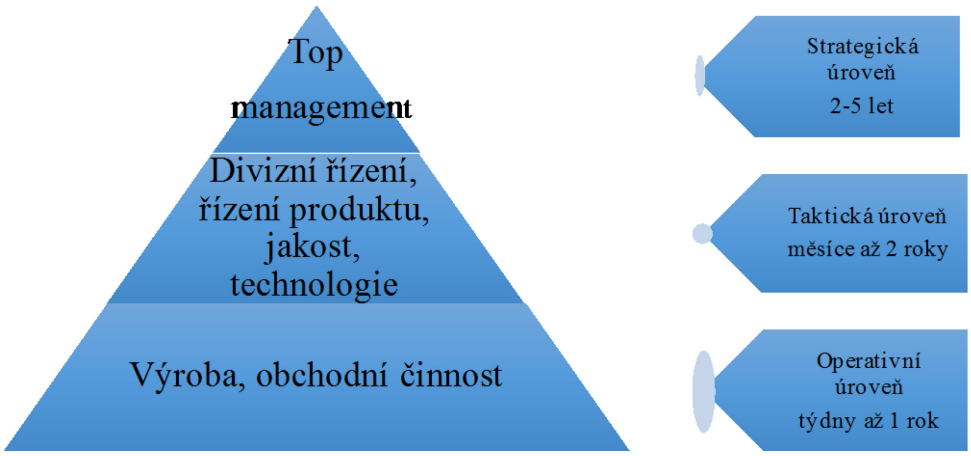
Strategický management umožňuje stanovovat, naplňovat a hodnotit rozhodnutí, vedoucí naplnění cílů (Fofr, 2012).

Řízení jako takové lze rozdělit podle hlediska času a hierarchie na:

- strategické řízení – řízení podniku jako celku a je plně v kompetenci vrcholového managementu
- taktické řízení - uskutečňování strategických konkrétních cílů v praxi
- operativní řízení – týkající se každodenní provozní činnosti v organizaci (Fofr, 2012).

Úrovně řízení jsou uvedeny v obrázku 1.1.

Obr. 1.1 : Úrovně řízení a typy managementu



Zdroj: Fofr, 2012: 30

Vize

Vytvoření vize organizace je základem pro dobré fungování organizace jako celku. Je třeba, aby zaměstnance, vedla nejenom k aktivitě, ale i k pasivnímu sledování. Tvorbu vize organizace připravuje a má v kompetenci vrcholový management (Mallya, 2007).

Při formulaci vize je třeba si položit základní otázku: *„Kdo jsem, proč jsme na trhu a kam směřujeme, jaký je náš cíl?"* (Exner a kol., 2005: 82-83).

Poslání

Poslání organizace stanovuje taktéž vrcholový management. Definice poslání vychází z otázek týkajících se toho, kdo je našim zákazníkem, jaké produkty, služby my mu jsme schopni jako organizace poskytnout (Mallya, 2007).

Úrovně strategií

Strategie organizace se dělí do několika úrovní, které na sebe posloupně navazují.

Firemní strategie (Corporate Strategy) – Na firemní strategií se podílí vrcholový management organizace. Tato strategie je na úrovni celé organizace – jak bude využívat svoje prostředky, jak budou zhodnoceny vložené prostředky do podnikání, možné vstupy do dalších odvětví (Keřkovský, 2009).

Obchodní strategie (Business Strategy) – strategické podnikatelské jednotky. Jsou jednotky v organizaci, které mají stanoveny samostatné cíle v rámci svého působení na trhu. Každá z těchto jednotek má svůj management, který stanovuje strategie a cíle. Je potřeba, aby každá z těchto jednotek uměla flexibilně reagovat na vývoj trhu a požadavky zákazníků (Keřkovský, 2009).

Marketingová strategie by měla být v souladu s celkovou strategií organizace.

Funkční strategie je rozpracování strategií, například strategie marketingu, strategie rozvoje výroby, strategie řízení vývoje výroby apod. U organizací se může funkční strategie rozčlenit na strategii lidských zdrojů, marketingu (Keřkovský, 2009).

Horizontální strategie definuje strategické cíle pro více jednotek. Pokud by tato strategie nebyla funkční, mohlo by docházet k neefektivnosti nabízených služeb, nemohly by být naplňovány strategické cíle, které si organizace stanovila (Keřkovský, 2009).

Obrázek 1.2 ukazuje, jaká je hierarchie firemních strategií, klíčová strategická rozhodování a faktory ovlivňující daná rozhodování.

Obr. 1.2: Hierarchie firemních strategií

Zdroj: Keřkovský, 2009: 28

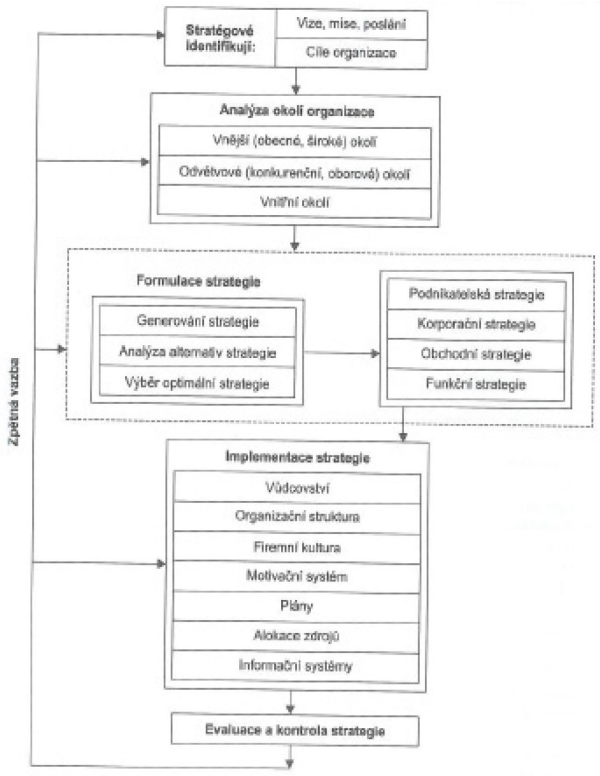
1.1.1 Fáze strategického řízení

1. Identifikace současných misí a cílů organizace – zjistit reálný stav strategického řízení v organizaci.
2. Strategická analýza vnějšího, odvětvového a vnitřního prostředí organizace – potřeba zjištění faktorů, které ovlivňují nebo mohou ovlivnit fungování organizace. Odhalení potenciálních hrozeb ze stran konkurence. Analýzou vnitřního prostředí lze získat informace týkající se naplňování cílů. Tuto analýzu lze realizovat formou evaluace.
3. Odůvodněná opatření, která umožní zhodnotit dosavadní mise a cíle organizace a na jejichž základě je možné stanovit nápravu. Vytvoření udržitelné konkurenční výhody.
4. Implementace strategie ke sladění organizační struktury.

5. Evaluace a kontrola strategie – úkolem je monitorovat vývoj vybrané strategie a pokud je potřeba provést nápravu, tak ji zrealizovat (Mallya, 2007: 27).

Celý proces strategického řízení najdeme na obrázku 1.3.

Obr. 1.3: Proces strategického řízení



Zdroj: Mallya, 2007:28

1.1.2 Strategická analýza

Vypracování strategické analýzy pro provoz a dobré fungování organizace je neoddělitelnou součástí plánování. Podle autora Keřkovského má strategická analýza obsahovat:

- analýzu obecného okolí organizace
- analýzu oborového okolí organizace
- analýzu vnitřního prostředí organizace

Výstupy z těchto analýz jsou následně uplatněny ve SWOT analýze příležitostí a hrozeb, silných a slabých stránek organizace (Keřkovský, 2009).

Interní analýzou sledujeme vnitřní prostředí organizace, identifikujeme silné a slabé stránky.

Externí analýzou sledujeme potencionální hrozby, ale zároveň i příležitosti pro organizaci. V této analýze ještě dělíme okolí na mikrookolí a makrookolí. Mikrookolí je prostředí, které se úzce vztahuje k našemu podnikání, našemu oboru. Naopak makrookolí je prostředí, které je společné pro všechna možná odvětví v oblasti podnikání (Dedouchová, 2001). Vše můžeme vidět na obr. 1.4.

Obr. 1.4: Okolí podniku

Zdroj: Dedouchová, 2001: 1

PESTLE analýza (makrookolí)

Tato analýza umožňuje pohled na budoucnost organizace. K jejímu vypracování je potřeba mít dostatečné podklady údajů především ze statistických dat. Na základě zhodnocení vývoje v minulosti a současnosti jsme schopni vytvořit prognózu, jak se bude dařit organizaci do budoucna.

Název analýzy PESTLE tvoří počáteční písmena jednotlivých níže uvedených faktorů v následujících oblastech:

- Politické – stabilita, postoje k soukromému sektoru, vliv politických skupin
- Ekonomické – výše HDP, sazby DPH, nezaměstnanost, bankovní systém a celý bankovní sektor, inflace a její míra v ČR
- Sociální – životní styl obyvatel, zdravotní stav obyvatel, demografie obyvatel
- Technologické – výzkumy, technologická úroveň, výzkum

- Legislativní – návrhy zákonů, vymahatelnost práce, legislativní normy
- Ekologické – problematika životního prostředí a otázky jejího řešení
- (Keřkovský, 2009).

Pětifaktorový model konkurenčního prostředí Porter (mikrookolí)

Podle této analýzy autora Portera vyplynou příležitosti a hrozby pro organizaci. Model je založen na vyhodnocení pěti faktorů, které učí pozici dané organizace v podnikání (Fofr, 2012).

Stávající konkurenti – jak jsou schopni ovlivnit námi určenou cenu služby, produktu na trhu.

Potenciální konkurenti – možnost, že se na trhu v našem odvětví objeví noví konkurenti a mohli by tak ovlivnit naši cenu za službu či výrobek.

Dodavatelé – schopnost dodavatelů ovlivnit cenu, množství nutných vstupů.

Kupující – jakou mají sílu a moc ovlivnit cenu oni na poptávanou službu nebo výrobek.

Substituty – nějaký výrobek a nebo služba, která by mohla námi nabízené produkty/služby plně a nebo částečně zastoupit námi nabízenou službu (Fofr, 2012: 40).

Analýza vnitřního prostředí organizace

Autorka Dedouchová uvádí, že tato analýza je zaměřena na: vyhodnocení výrobní funkce podniku, na organizaci a její marketing, materiálové hospodářství, řízení lidských zdrojů, informační systém organizace (Dedouchová, 2011).

Základem a výsledkem těchto oblastí je vytvořit hodnotu pro klienta, zákazníka.

SWOT analýza

Počáteční písmena v této analýze zahrnují, jakých oblastí se týká. **S** silné stránky (Strenghts) **W** slabé stránky (Weaknesses) **O** příležitosti (Opportunities) **T** hrozby (Threats) (Veber a kol., 2014). Tato analýza je především výsledkem provedených předchozích

analýz. Výstupem této analýzy je identifikace silných a slabých stránek dané organizace, potenciálních ohrožení a hrozeb (Keřkovský, 2009).

Ve výstupu strategicky pojaté SWOT analýzy by měly být zařazeny v oblasti příležitostí segmenty, jež jsou zdroji budoucího zisku pro organizaci. Naopak v kategorii rizik je potřeba identifikovat segmenty, které mohou způsobit organizaci ztrátu a i finanční vyčíslení této možné ztráty (Exner a kol., 2005: 46).

Zpracování SWOT analýzy

Je potřeba si při zpracování SWOT analýzy jasně stanovit, za jakým účelem bude zpracována. V případě strategicky pojaté SWOT analýzy je potřeba provést následující kroky:

- výsledky SWOT analýzy budou zohledněny jen pro účel, pro který byla analýza připravena
- zpracovat jen důležité skutečnosti a identifikovat pouze fakta strategie
- hodnocení silných a slabých stránek konkurentů a to především jen v odvětví, ve kterém organizace bude podnikat.

Využití Benchmarkingu je dobrou metodou k analýze konkurence v rámci vlastního postavení na trhu (Fotr, 2012).

Po provedení strategické SWOT analýzy máme dostatek informací, které nám pomohou vytvořit úspěšnou strategii v rámci podnikání. Budeme připraveni na potenciální hrozby, okolnosti, které by mohly ovlivnit chod naší organizace.

1.1.3 Podnikatelský plán

Je základním dokumentem, ve kterém jsou rozpracovány představy budoucího fungování organizace nebo podniku. Informuje o účelu podnikání, zdrojích potřebných k podnikání a výsledcích (Synek a kol., 2002).

Wupperfeld definuje podnikatelský plán takto: *„Podnikatelský plán je koncepce podniku v písemné podobě“* (Wupperfeld, 2003: 11). Podnikatelský plán může firma nebo

organizace použít jako základní interní dokument, podle něhož se bude v budoucnu řídit. Naopak je možné podnikatelský plán využít i jako externí dokument a to v začátku podnikání, neboť díky jemu je možné žádat banky o poskytnutí úvěru a tak získání potřebného kapitálu pro svoje podnikání (Fofr, 1999).

Na základě podnikatelského plánu lze postavit strategii, cíle a možná krizová opatření pro dobré a kvalitní fungování firmy (Wupperfeld, 2003).

Avšak i u výborně a kvalitně zpracovaného podnikatelského plánu nelze zcela počítat, že každá banka poskytne úvěr, ale určitě zvyšuje naději na úspěch (Fofr, 1999).

Je mnoho autorů, kteří uvádí různou strukturu podnikatelského plánu. Wupperfeld ve své knize doporučuje (Wupperfeld, 2003):

- cíle a strategie podniku
- podnikatelský záměr a jeho přednosti
- vymezení trhu, cílových skupin a konkurentů
- další kroky budování podniku
- plánování obratu, hospodářského výsledku a financování.

Tyto kroky doplňuje informací, že je zapotřebí uvést i očekávaná rizika (Wupperfeld, 2003: 11).

Ve své práci zpracovávám podnikatelský plán podle struktury Ing. Mgr. Trpišovského, MBA, který ji popsal ve svých přednáškách na FHS UK (Trpišovský, 2016).

Struktura podnikatelského plánu by měla obsahovat následující:

1. Popis společnosti

Na začátku je uvedena charakteristika společnosti, organizace, kde je popsán její stav, úspěchy, vlastnická struktura, momentální stav v segmentu podnikání, cíl jejího podnikání a popis klíčového produktu dané organizace.

2. Produkt

Zde je potřeba definovat produkt, ať už se jedná o výrobek nebo službu. Charakterizovat jej. Popsat silné stránky, rizika. Je určena i cena toho produktu. Je třeba popsat strukturu předpokládaných nákladů a výnosů.

3. Marketingový plán

Marketingový plán je složen alespoň ze třech oblastí. Především je třeba provést marketingovou analýzu – jak je trh velký, jeho segmentace a kdo bude potenciálním klientem. Je potřeba se zaměřit i na svoji konkurenci – kdo jimi bude, jak mohou reagovat oni na mé podnikání, srovnání naší organizace s konkurencí. Poslední částí marketingu je marketingová strategie – jaké distribuční kanály využijeme k tomu, abychom oslovili co nejvíce potenciálních klientů, který trh je pro nás důležitý, jaký máme my, jako nově vznikající organizace potenciál na trhu.

4. Management team

V této oblasti je potřeba jasně stanovit členy managementu. Kdo bude zastávat jakou funkci, jaké bude mít kdo kompetence. Klíčovými osobami budou osoby ve vrcholovém managementu (jednatelé společnosti, garanti), střední management (ředitelé různých divizí), a nejnižší úroveň (ostatní zaměstnanci). Popisují se zde všichni zaměstnanci, kdo bude mít jaké úkoly, jaké budou jejich odborné znalosti a dovednosti potřebné k vytváření služby nebo produktu. Je potřeba zdůraznit, že by se nemělo zapomenout i na motivaci, kterou budou znát všichni zaměstnanci tak aby mohli vytvářet co nekvalitnější produkt.

5. Operační plán

V operačním plánu bude popsáno, jak a co budu provádět – realizaci nastaveného projektu. Bude jasně definovat vstupy a výstupy výrobního procesu (hlavní náklady, očekávané výsledky). V operačním plánu budou varianty záložního plánu u situací, které mohou omezit výrobu, jaká bude optimalizace nákladů, jak bude probíhat, kdo bude v krizovém managementu v souvislosti se vzniklými komplikacemi.

6. Finanční plán

V této části uvedeme všechny finanční zdroje, které bude potřeba vynaložit na realizaci podnikání. Uvedeme, jak bude nakládáno se zdroji do budoucna, přiložíme

rozvahu, cash flow a výkaz zisků a ztrát. Nesmíme ve finančním plánu opomenout, jaký kapitál bude potřeba a jak tento kapitál bude získán. Finanční plán musí obsahovat využití spotřeby veškerých dostupných zdrojů potřebných pro kvalitní a úspěšnou výrobu produktu (lidské zdroje, technologie, nemovitosti – prostory nutné pro výrobu, pozemky).

7. Legislativní plán

Právní forma společnosti a veškeré legislativní faktory ovlivňující předmět podnikání (Trpišovský, 2016).

Závěr podnikatelského plánu

V závěru je vhodné daný projekt shrnout a zhodnotit, zda je provozuschopný. Jsou popsána nejen očekávání, ale i doporučení pro budoucí kvalitní fungování organizace.

Podle autora Fofra (Fofr, 1999) by podnikatelský plán měl být:

- *stručný, přehledný – maximálně 30 stran a přílohy*
- *jednoduchý, bez zbytečných technických a technologických detailů (čtenáři budou investoři, bankéři, kteří většinou nemají technologické znalosti)*
- *ukazující výhodu produktu (služby) pro zákazníka (uživatele)*
- *orientovaný na budoucnost*
- *co nejvíce nejdůvěryhodnější a realistický*
- *nepříliš optimistický z hlediska tržního potenciálu (snižoval by tím důvěryhodnost v očích investorů, poskytovatelů kapitálu)*
- *nepříliš pesimistický*
- *upozorňující na konkurenční výhody daného projektu (silné stránky a kompetence efektivního manažerského týmu)*
- *prokazující schopnost firmy hradit veškeré splátka a úroky*
- *kvalitně zpracován i po formální stránce*

(Fofr, 1999: 208, 209).

1.2 Právní formy podnikání

V úvodu do podnikání je potřeba si stanovit, jakou formou chceme podnikat. Agentury domácí péče mají většinou formu právnické osoby. Proto je nezbytné se rozhodnout zda se bude jednat o obchodní společnost a nebo neziskovou organizaci.

Zákon o obchodních korporacích definuje obchodní korporaci takto: *„Obchodními korporacemi jsou obchodní společnosti (dále jen ‚společnost') a družstva. Společnostmi jsou veřejná obchodní společnost a komanditní společnost (dále jen ‚osobní společnost'), společnost s ručením omezeným a akciová společnost (dále jen ‚kapitálová společnost') a evropská společnost a evropské hospodářské zájmové sdružení. Družstvy jsou družstvo a evropská družstevní společnost"* (Zákon č. 90/2012 Sb. §1 odst.1-3).

Zákon č. 90/2012 Sb. v §1-773 specifikuje jednotlivé formy obchodních společností. Každá obchodní společnost musí vykazovat charakteristické znaky, nejen k jejímu vlastnictví, ale i k ekonomice a účetnictví dané společnosti (Gladkij a kol., 2003).

Podoba nestátní neziskové organizace může být jako občanské sdružení, obecně prospěšná společnost. Naopak veřejnoprávní nezisková organizace je vedena jako příspěvková organizace. Zákon č.218/2000 Sb. v § 53 v odstavci 1 definuje hospodaření takovéto organizace: *„Příspěvková organizace hospodaří s peněžními prostředky získanými hlavní činností a s peněžními prostředky přijatými ze státního rozpočtu pouze v rámci finančních vztahů stanovených zřizovatelem. Dále příspěvková organizace hospodaří s prostředky svých fondů, s prostředky získanými jinou činností, s peněžitými dary od fyzických a právnických osob, s peněžními prostředky poskytnutými ze zahraničí a s peněžními prostředky poskytnutými z rozpočtů územních samosprávných celků a státních fondů, včetně prostředků poskytnutých České republice z rozpočtu Evropské unie, z finančních mechanismů a přijatých příspěvkovými organizacemi z Národního fondu. Hlavní činností je činnost vymezená zřizovateli příspěvkové organizace zvláštním zákonem a vykonávaná příspěvkovou organizací. V případě příspěvkové organizace zřízené zvláštním zákonem je hlavní činností činnost vymezená zvláštním zákonem"* (Zákon č. 218/2000 Sb., § 53 v odst. 1).

Neziskové organizace nejsou zřizovány za účelem tvorby zisku. Pokud vytváří zisk, musí jej zpět vkládat do organizace a nesmí být tento zisk vyplacen.

Po prostudování legislativních ustanovení platné pro Českou republiku jsem se rozhodla zvolit právní formu společnosti s ručením omezeným. Hlavními důvody byly: nezávislost na tarifních platových tabulkách, větší prostor pro motivaci zaměstnanců, možnost tvorby zisků, menší riziko v rámci podnikání ve smyslu oddělení osobního majetku od toho, který je využit pouze pro podnikání, větší prostor pro nabídku klientům (samoplátci). Právní forma společnost s ručeným omezeným je léty ověřený typ podnikání.

Soukromá agentura domácí péče bude založena jako společnost s ručením omezeným nestátní zdravotnické zařízení.

1.2.1 Popis společnosti s ručením omezeným

Právní forma společnosti s ručeným omezeným umožňuje propojení kapitálu více společníků dohromady.

Legislativně je tato společnost vymezena v Zákonu č.90/2012 Sb., o obchodních korporacích §132: *„Společnost s ručením omezeným je společnost, za jejíž dluhy ručí společníci společně a nerozdílně do výše, v jaké nesplnili vkladové povinnosti podle stavu zapsaného v obchodním rejstříku v době, kdy byli věřitelem vyzváni k plnění"* (Zákon č. 90/2012 Sb., §132 odst.1).

Uvedu některé z charakteristik společnosti s ručením omezeným, které definuje Zákon č. 90/2012 Sb., o obchodních korporacích:

- Firma musí mít označen *„společnost s ručením omezeným*, které může být nahrazeno zkratkou *spol. s r.o.* nebo *s.r.o.*
- Podíl společníka ve společnosti se určuje podle poměru jeho vkladu na tento podíl připadající k výši základního kapitálu, ledaže společenská smlouva určí jinak.
- Společenská smlouva může připustit vznik různých druhů podílů. Podíl základní je podíl, se kterým nejsou spojena žádná práva a povinnosti.
- Určí-li společenská smlouva, může být podíl společníka představován kmenovým listem.
- Kmenový list obsahuje: označení, že se jedná o kmenový list, jednoznačnou identifikaci společnosti, výši vkladu připadající na podíl, identifikaci společníka, označení podílu, k němuž byl kmenový list vydán a označení číslem a podpisem jednatele nebo jednatelů.
- Společnost je povinna vést seznam společníků.

- Všichni zapsaní společníci musí mít uvedenu adresu svého bydliště nebo sídla.
- Společnost je povinna vydat každému svému společníkovi na jeho písemnou žádost a za úhradu opis nebo výpis údajů, které se ho týkají, nejpozději do 7 pracovních dnů od doručení žádosti.
- Údaje zapsané v seznamu společníků nesmí společnost používat jinak než pro své potřeby ve vztahu ke společníkům.
- Přestane-li být společník společníkem, společnost jej ze seznamu bez zbytečného odkladu vymaže.
- Minimální výše vkladu je 1 Kč, pokud neurčí společenská smlouva jinak.
- Výše vkladu může být pro jednotlivé podíly stanovena rozdílně.
- Pokud by byl vklad jiný než peněžitý, je nutné jej nechat ověřit znalcem ze seznamu znalců podle příslušného právního předpisu.
- Společenská smlouva musí obsahovat: firmu společnosti, předmět podnikání, určení společníků se jmény a bydlištěm, učení druhů podílů každého společníka a práv a povinností s nimi spojených, výši vkladu, výši základního kapitálu, počet jednatelů a způsob jejich jednání za společnost.
- Společenská smlouva může být měněna dohodou všech společníků, existuje pro to veřejná listina.
- Je-li stanoveno ve společenské smlouvě, může být změna prováděna na základě rozhodnutí valné hromady jež je nejvyšším orgánem společnosti s ručením omezeným.
- Před podáním návrhu na zápis do obchodního rejstříku se splatí celé vkladové ážio a na každý peněžitý vklad nejméně jeho 30%.
- Společníci se podílejí na zisku, který je určen valnou hromadou, pokud neurčí společenská smlouva jinak.
- Částka k rozdělení mezi společníky nesmí překročit výši hospodářského výsledku posledního skončeného účetního období.
- Valná hromada se svolává alespoň jednou za účetní období.
- Provádí se pravidelné zápisy z valné hromady.
- Statutárním orgánem společnosti je jeden nebo více jednatelů (Zákon č. 90/2012 Sb., §132 - §242).

1.2.2 Postup při zakládání společnosti s ručením omezeným

Při založení společnosti s ručením omezeným je potřeba provést následující kroky:

1. Sepsat společenskou smlouvu a podepsat ji všemi společníky (ověření podpisů u notáře).
2. Vybrat si název a sídlo společnosti (název musí být originální, ne zavádějící).
3. Uvést předmět podnikání.
4. Složit příslušnou částku na peněžitý účet všech společníků (vklad základního kapitálu, minimálně 1 Kč). Je ale potřeba si uvědomit, že tato informace bude veřejně dostupná a vklad jedné koruny by nebudil příliš důvěryhodný dojem společnosti. Při provedení vkladu lze i ocenit jako vklad movitý majetek.
5. Přiložit výpis z rejstříku trestů odpovědného zástupce a jeho doložení odborné způsobilosti.
6. Podat žádost na místním příslušném živnostenském úřadě.
7. Podat žádost u Obchodního rejstříku o registraci (Synek a kol., 2003: 34, 35).

Za datum vzniku společnosti se považuje až datum zápisu do Obchodního rejstříku. Po tomto zápisu je zapotřebí, aby nově vzniklá společnost provedla registraci na finančním úřadě, přihlásila společnost na České správě sociálního zabezpečení a též i příslušné zdravotní pojišťovně (Synek a kol., 2003).

1.3 Zdravotnictví

Zdravotnictví je determinováno třemi základními hledisky:

1. Národohospodářské hledisko – jedno z odvětví národního hospodářství produkující zdravotní služby.
2. Organizačně-institucionální hledisko – soustava zdravotnických zařízení a institucí.
3. Funkční hledisko – subsystém systému péče o zdraví.

(Gladkij a kol., 2003: 23).

Jsou základní tři zákony, ustanovení, které jsou úzce spjaty s poskytováním zdravotním péče: Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (Zákon č.

147/2016 Sb.), Zákon o veřejném zdravotním pojištění (Zákon č.200/2015 Sb.) a Listina základních práv a svobod (Zákon č.162/1998 Sb.).

Organizace v rámci zdravotnictví je postavena na základních třech aktérech (Exner a kol., 2005):

- *příjemce péče (pacient)*
- *zdravotnické zařízení (poskytovatel)*
- *zdravotní pojišťovna nebo pacient (plátce).*

Dále má ve zdravotnictví vliv stát, dodavatelé a další osoby spolupracující v rámci zdravotnického systému.

U nás v České republice, tak jako i v jiných státech je vytvořena zdravotní politika. Lze ji definovat jako: „*souhrn politických aktivit, které mají vliv na zdraví a kvalitu života lidí a společenských skupin*" (Gladkij a kol., 2003: 11).

Aby mohla být vytvořena kvalitní a smysluplná zdravotní politika, je zapotřebí provést analýzu aktuálního zdravotního stavu obyvatelstva, identifikovat problémy a stanovit cíle k jejich řešení ve spolupráci s odborníky i z jiných odvětví (Gladkij a kol., 2003).

Zdravotní péče – druhy a formy

Z hlediska systémového můžeme zdravotní péči rozdělit na:

1. **Primární zdravotní péči** – místo prvního kontaktu pacienta s lékařem. Jedná se o poskytnutí základní zdravotní péče. V České republice do této primární péče spadají tito lékaři: Praktický lékař pro dospělé, pro děti a dorost, stomatolog, gynekolog. Pokud tito lékaři uznají za vhodné odeslat pacienta k dalšímu lékaři specialistovi, poté již hovoříme o sekundární zdravotní péči.

2. **Sekundární zdravotní péči** – tato péče již zahrnuje nemocniční péči, ať už ambulantní nebo lůžkovou. Péče je specializovaná.

3. **Terciérní zdravotní péči** – jedná se velice specializované a komplexní zdravotní služby, které dost často bývají i finančně velmi nákladné, například IKEM a výzkumné ústavy (Gladkij a kol., 2003).

Zákon č. 147/2016 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování rozčleňuje zdravotní péči ještě na další druhy poskytované péče v čase a účelu.

Druhy zdravotní péče

Zdravotní péče je dále rozdělena podle časové naléhavosti na:

- **neodkladnou péči** – jejímž účelem je zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví, nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí,

- **akutní péči –** jejímž účelem je odvrácení vážného zhoršení zdravotního stavu nebo snížení rizika vážného zhoršení zdravotního stavu tak, aby byly včas zjištěny skutečnosti nutné pro stanovení nebo změnu individuálního léčebného postupu, nebo aby se pacient nedostal do stavu, ve kterém by ohrozil sebe nebo své okolí,

- **nezbytnou péči –** kterou z lékařského hlediska vyžaduje zdravotní stav pacienta, který je zahraničním pojištěncem, s přihlédnutím k povaze dávek a k délce pobytu na území České republiky; v případě zahraničních pojištěnců z členského státu Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru nebo Švýcarské konfederace musí být zdravotní péče poskytnuta v takovém rozsahu, aby zahraniční pojištěnec nemusel vycestovat do země pojištění dříve, než původně zamýšlel,

- **plánovanou péči –** plánované operační zákroky

(Zákon č. 147/2016 Sb., §5 odst.1).

Druhy zdravotní péče podle účelu jejího poskytnutí

- **preventivní péče –** *jejímž účelem je včasné vyhledávání faktorů, které jsou v příčinné souvislosti se vznikem nemoci nebo zhoršením zdravotního stavu, a provádění opatření směřujících k odstraňování nebo minimalizaci vlivu těchto faktorů a předcházení jejich vzniku,*

- **diagnostická péče –** jejímž účelem je zjišťování zdravotního stavu pacienta a okolností, jež mají na zdravotní stav pacienta vliv, informací nutných ke zjištění nemoci, jejího stavu a závažnosti, dalších informací potřebných ke stanovení diagnózy, individuálního léčebného postupu a informací o účinku léčby,

- **dispenzární péče** – jejímž účelem je aktivní a dlouhodobé sledování zdravotního stavu pacienta ohroženého nebo trpícího nemocí nebo zhoršením zdravotního stavu, u kterého lze podle vývoje nemoci důvodně předpokládat takovou změnu zdravotního stavu, jejíž včasné zjištění může zásadním způsobem ovlivnit další léčbu a vývoj nemoci,

- **léčebná péče –** jejímž účelem je příznivé ovlivnění zdravotního stavu na základě realizace individuálního léčebného postupu, s cílem vyléčení nebo zmírnění důsledků nemoci a zabránění vzniku invalidity nebo nesoběstačnosti nebo zmírnění jejich rozsahu,

- **posudková péče –** jejímž účelem je zjištění, zda nebude stabilizovaný zdravotní stav pacienta negativně ovlivněn nároky, které na něho klade výkon práce, služby, povolání nebo jiných činností v konkrétních podmínkách nebo zdravotní stav pacienta je v souladu s předpoklady nebo požadavky stanovenými pro výkon práce, služby, povolání, jiných činností nebo pro jiné účely,

- **léčebně rehabilitační péče –** jejímž účelem je maximální možné obnovení fyzických, poznávacích, řečových, smyslových a psychických funkcí pacienta cestou odstranění vzniklých funkčních poruch nebo náhradou některé funkce jeho organismu, popřípadě zpomalení nebo zastavení nemoci a stabilizace jeho zdravotního stavu; v případě, že

jsou při jejím poskytování využívány přírodní léčivé zdroje nebo klimatické podmínky příznivé k léčení podle lázeňského zákona, jde o lázeňskou léčebně rehabilitační péči,

- **ošetřovatelská péče –** jejímž účelem je udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem, a dále rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je péče o nevyléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti,

- **paliativní péče –** jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyléčitelnou nemocí,

- **lékárenská péče a klinicko – farmaceutická péče** (dále jen ¸lékárenská péče'), jejímž účelem je zajišťování, příprava, úprava, uchovávání, kontrola a výdej léčiv, s výjimkou transfuzních přípravků a surovin pro výrobu krevních derivátů podle zákona o léčivech, laboratorních chemikálií, zkoumadel, dezinfekčních přípravků, a dále zajišťování, uchovávání, výdej a prodej zdravotnických prostředků podle zákona o zdravotnických prostředcích, zajišťování, uchovávání, výdej a prodej potravin pro zvláštní lékařské účely; v rámci této péče je dále poskytováno poradenství, konzultační služby a další služby v oblasti prevence a včasného rozpoznávání onemocnění, podpory zdraví a posuzování a kontrola účelného, bezpečného a hospodárného užívání léčivých přípravků a postupů s tím spojených.

(Zákon č. 147/2016 Sb., §5 odst.2).

Formy zdravotní péče

Formami zdravotní péče jsou (Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování č. 147/2016 Sb., § 6) :

- **ambulantní péče,**
- **jednodenní péče,**
- **lůžková péče**
- **zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta.**

1.3.1 Financování zdravotní péče v České republice

V České republice je stanoveno, že každý občan je povinen být pojištěn u zdravotní pojišťovny. Nejedná se o soukromé zdravotní pojištění u komerčních pojišťoven, ale o veřejné zdravotní pojištění, které je ukotveno v legislativě České republiky a to konkrétně Zákonem o veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Tento zákon byl v roce 2015 novelizován. Zdravotně pojištěni jsou všichni občané trvale žijící na území České republiky nebo zaměstnanci, které zaměstnává zaměstnavatel s trvalým pobytem nebo sídlem na území České republiky. Sazba u zdravotního pojištění je stanovena 13,5 % z minimálního vyměřovacího základu. Tento vyměřovací základ je odvozen od průměrné měsíční mzdy, která je vyhlášena Ministerstvem práce a sociálních věcí. Pro tento rok, 2017, je průměrná měsíční mzda stanovena na 14 116 Kč (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2017).

Plátcem zdravotního pojištění je jak zaměstnavatel tak zaměstnanec. Zaměstnavatel je podle Zákona č. 592/1992 Sb., zaplatit 9 % z uvedené hrubé měsíční mzdy a zaměstnanec je povinen přispět 4,5 % z hrubé měsíční mzdy (Zákon č. 592/1992 Sb.).

Nemocenské pojištění není v rámci zdravotního pojištění, ale je částí sociálního pojištění a spadá pod Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Veřejné zdravotní pojištění je založeno na principu solidarity. Prostřednictvím všech registrovaných, státem uznaných zdravotních pojišťoven, je hrazena zdravotní péče všem nemocným lidem, kteří ji potřebují. Veškeré finanční prostředky jsou přerozdělovány vzájemně mezi pojišťovnami, aby byla rovná péče pro všechny občany zajištěna.

Ve Vyhlášce č.348/2016 Sb., jsou jasně definovány podmínky, za kterých jsou hrazeny zdravotní služby s cílem zlepšit zdraví, ale i zmírnit utrpení nemocných. Do hrazených zdravotních služeb spadají i tyto služby: ošetřovatelská, rehabilitační a paliativní.

Na území české republiky momentálně působí 7 zdravotních pojišťoven:

111 Všeobecná zdravotní pojišťovna

201 Vojenská zdravotní pojišťovna

205 Česká průmyslová zdravotní pojišťovna

207 Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví

209 Zaměstnanecká pojišťovna Škoda

211 Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR

213 Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna

(Ministerstvo zdravotnictví, 2014).

Tab. 1.2: Přehled počtu pojištěnců jednotlivých zdravotních pojišťoven po krajích k 1.1. 2016

Kraj/ Pojištovna	VZP	VoZP	ČPZP	OZP	ZPŠ	ZP MV	RBP	Celkem za kraj
Hlavní město Praha	701 920	68 520	11 456	267 095	918	131 606	730	1 182 245
Středočeský kraj	701 838	68 457	162 699	125 505	98 249	137 400	281	1 294 429
Jihočeský kraj	380 126	85 536	33 029	30 514	33	94 167	77	623 482
Plešský kraj	317 429	53 371	59 166	39 596	84 459	47	47	554 115
Karlovarský kraj	188 612	23 071	26 368	14 683	23	30 489	49	283 295
Ústecký kraj	542 328	59 706	54 801	44 153	252	104 203	1 605	807 048
Liberecký kraj	317 833	43 125	11 511	19 972	6 471	35 434	70	434 416
Královehradecký kraj	312 326	52 514	33 207	24 990	33 721	88 124	75	544 957
Pardubický kraj	346 894	38 384	33 943	22 520	309	66 107	171	508 328
Kraj Vysočina	367 012	20 370	48 452	14 134	44	54 030	282	504 324
Jihomoravský kraj	644 649	87 896	114 999	49 964	58	229 332	22 975	1 149 873
Olomoucký kraj	247 686	61 752	220 268	19 544	60	70 784	8 203	628 297
Zlínský kraj	361 294	16 759	64 046	16 898	27	59 426	59 691	578 141
Moravskoslezský kraj	377 045	20 051	352 189	29 578	105	93 386	333 113	1 205 467
Kraj není znám	111 136	1 361	4 467	5 094	1 555	4 681	5 485	133 779
Celkem za ZP	**5 918 128**	**700 873**	**1 230 601**	**724 240**	**226 284**	**1 199 216**	**432 854**	**10 432 196**

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016: upraveno

Všeobecná zdravotní pojišťovna má dlouhodobě největší počet pojištěnců v České republice. V současné době je to téměř 60 % všech pojištěných osob. V tabulce 1.2 můžeme vidět přehled za poslední rok 2016, kolik která z pojišťoven má svých klientů.

Pojištěnec má právo podle zákona č. 48/1997 sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů podle § 11 písmene **a**) jednou za 12 měsíců změnit svoji zdravotní pojišťovnu. Je povinen takto učinit vždy do 1. dne kalendářního pololetí.

2. Domácí péče v České republice

V úvodu je potřeba definovat domácí péči. Jedná se o integrovanou individuální formu zdravotní a sociální péče. V rámci této péče je poskytnuta klientovi, pacientovi ošetřovatelská péče zdravotnické povahy, ale i psychoterapeutická pomoc. Personál, který takovouto péči zajišťuje jsou zdravotní sestry, které mohou pracovat zcela bez dohledu jiného zdravotnického pracovníka. V loňském roce, 2016 proběhla změna Vyhlášky č.55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků. V §4 je definováno, jaké kompetence má všeobecná zdravotní sestra. Tato vyhláška je nahrazena vyhláškou č.2/2016 Sb. s účinností od 18. ledna 2016 (Vyhláška č.2/2016 sb.§ 4).

Odborná způsobilost zdravotní sestry je jasně definována v zákoně č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických činností (Zákon č. 96/2004 Sb., Hlava II § 5).

Domácí zdravotní péče může být poskytnuta pacientovi nejen na podkladě rozhodnutí ošetřujícího či praktického lékaře, ale i pokud si sám o ni požádá. Pacienti i v domácím prostředí mají svoje práva (Zdravotnictví a medicína, 2002).

Domácí zdravotní péče je v České republice hrazena z veřejného zdravotního pojištění a nese odbornost 925. Je poskytována výhradně agenturami domácí péče.

2.1 Legislativa

Charakteristika domácí péče je: *„Domácí péčí je zdravotní péče poskytovaná pacientům na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci v jejich vlastním sociálním prostředí. Domácí péče je zaměřena zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti"* (Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR 12/2004: 13).

Dále v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách je definována domácí péče jako jedna z forem poskytnuté zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí nemocného.

„Zdravotní péčí poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta jsou návštěvní služba domácí péče, kterou je ošetřovatelská péče, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče" (Zákon č. 147/2016 Sb. § 1).

V zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění je domácí zdravotní péče uvedena jako zvláštní ambulantní péče. V případě, že je praktickým nebo ošetřujícím lékařem indikována, je tato péče hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Do domácí péče lze tedy i podle paragrafu 22 písmene **a**) zahrnout i paliativní péči, pokud se jedná o pacienta v terminálním stádiu (Zákon č. 48/1997 § 22).

Termíny vztahující se k danému segmentu

V České republice se nejčastěji používají termíny domácí péče, Home Care, domácí ošetřovatelská péče nebo domácí zdravotní péče. Všechna tato označení mají tentýž význam, jež je poskytnutí zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta, které je možné propojit s úkony sociální péče.

Každoročně vzrůstají výdaje na dlouhodobou léčebnou péči. Za posledních 10 let je skutečně trendem nemocného člověka přesouvat se zpět do jeho domácího prostředí, deinstitualizace. Výdaje na domácí dlouhodobou péči jsou poskytovány především ze státního rozpočtu (72 %) a zdravotními pojišťovnami (28 %) (Český statistický úřad, 2014).

Můžeme se setkat i s termínem komplexní domácí péče. Tento termín vyjadřuje propojení zdravotních a sociálních služeb, ale nelze opominout, že musíme zařadit i laickou část formy pomoci. Tímto se myslí podle autorky Misconiové spolupráce rodinných příslušníků, sousedů a nejbližšího okolí nemocného člověka vyžadujícího domácí péči. Je to multidisciplinární tým lidí pečujících o nemocného (Misconiová, 1995).

V řadě evropských zemí se používají dva základní termíny týkající se domácí péče. Termín ***Home Care*** – je termín, který znamená v překladu a významu domácí zdravotní péči. Kdežto druhý používaný termín ***Home Help*** – je termín, který označuje výkony domácí, sociální pomoci. U nás v České republice se tyto termíny spojují v jeden, jak jsem uvedla výše v textu (Jarošová, 2007).

2.2 Historie domácí péče

Historie domácího ošetřování sahá až do počátku 12. století. Nejvíce se ošetřování nemocných v domácnostech rozšířilo na konci 13. století a to za pomoci řádových sester, které pravidelně navštěvovaly nemocné u nich v domácnostech. Dohled nad řádovými sestrami měl vždy příslušný farář (Jarošová, 2007).

S příchodem různých řádů, v nichž byly nejvíce zastoupeny sestry vincentky a agustiánky se začalo ošetřování nemocných více šířit do malých obcí (Kutnohorská, 2010).

Moderní pojetí domácí péče je datováno na rok 1859, kdy William Rathbone, obchodník a filantrop pocházející z Liverpoolu, měl těžce nemocnou manželku a které

zajistil sestru Mary Robinson, aby se o ni starala u nich doma. Jeho manželka nakonec nemoci podlehla, ale on se rozhodl, že bude podporovat tuto sestru v její práci a to v jedné z nejchudších čtvrtí v Liverpoolu. Chtěl, aby navštěvovala nemocné v jejich obydlích a poskytovala jim ošetřovatelskou péči. Avšak bylo zjištěno, že není zcela jasně daný řád v péči o nemocné a není kvalifikovaný personál ošetřovatelek. Požádal proto o spolupráci nejznámější sestru a zakladatelku moderního ošetřovatelství Florence Nightingalovou, aby mu pomohla se založením odborné školy pro budoucí ošetřující personál (Hanzlíková a kol., 2009).

Rozvoj domácí péče byl přerušen dvěma světovými válkami, kdy nemocní byli soustředěni do tehdejších špitálů a nebylo tak dostatek ošetřovatelů, kteří by mohli docházet za nemocnými k nim domů. K návratu myšlenky pokračování domácí péče došlo až v 70. letech 20. století. Tento návrat byl způsoben stárnutím obyvatelstva a zvyšování počtu nemocných, závislých na cizí pomoci (Misconiová, 2008).

U nás v Čechách největší osobností rozvíjející a podporující péči o nemocné u nich doma byla Anežka Přemyslovna. Založila v roce 1223 Laické bratrstvo špitální a podporovala vznik špitálnictví v Čechách. Z dalších osobností, které pokračovaly v budování špitálů a péči o nemocné v sociální oblasti, byla Marie Terezie. Alice Masaryková, manželka prezidenta se zasloužila o založení Československého červeného kříže, který realizoval první kroky v domácí péči. Už v té době věděli, že domácí péče není tak finančně nákladná, jako péče poskytnutá v nemocničním prostředí a i proto se myšlenka domácí péče dost podporovala (Misconiová, 2008).

Po konci druhé světové války se v tehdejším Československu převedla veškerá péče pod Ústav národního zdraví. Ministerstvo zdravotnictví v roce 1950 pověřilo Československý červený kříž, aby do své agendy převedl veškerou ošetřovatelskou péči o nemocné v rodinách (Misconiová, 2008). Téhož roku byla založena první škola, ve které se vzdělávaly zdravotní sestry v oboru domácí péče (Hanzlíková a kol., 2007).

Odpovědnost za poskytování domácí péče na sebe o dva roky později převedl stát. Cílem bylo aby v rámci zdravotních středisek působily geriatrické zdravotní sestry, které měly svoji činnost a náplň práce definovány právní úpravou (Jarošová, 2007).

Největšího rozvoje a transformace se dočkala domácí péče až po roce 1989. V rámci demokratických principů a tržní ekonomiky se začalo transformovat celé zdravotnictví. Roku 1991 ve Francii proběhl první evropský kongres o domácí péči, který měl vliv na vývoj domácí péče u nás v České republice. V roce 1996 již byla Česká republika reprezentována Asociací domácí péče České republiky, která je jednou ze sedmi organizací zakládající

Světové organizace domácí a hospicové péče se sídlem ve Washingtonu (Misconiová, 2008).

Prvním, kdo začal zajišťovat domácí péči, bylo středisko české katolické charity v roce 1990. V témže roce bylo ošetřeno v domácí péči 18 klientů. Následující rok 1991 Ministerstvo zdravotnictví zajistilo na další dva roky státní dotaci 28 miliónů Kč a domácí péče byla legislativně schválena (Misconiová, 1998).

První agentura poskytující domácí péči vznikla také v roce 1991. Během toho roku bylo ošetřeno celkem 1 459 klientů a další rok už bylo ošetřeno 6 742 klientů. Proto bylo potřeba, aby začaly vznikat nové agentury, neboť poptávka po domácí péči byla vysoká (Misconiová, 1998).

V roce 1993 se prudce navýšil počet poskytovatelů domácí péče na počet 234, který v následujících letech pokračoval. Ošetřující i praktičtí lékaři začali vnímat domácí péči jako komplexní přístup k nemocným a ochota spolupracovat s agenturami postupně narůstala. Rok 1993 se stal významným rokem, neboť byla založena Asociace domácí péče, která začala sdružovat personál a předložila etické stanovy, podle kterých by se měli pracovníci v domácí péči řídit (Misconiová, 1998).

Asociace domácí péče založila v roce 1994 Národní centrum domácí péče za účelem předávání informací nejen odborné společnosti, ale i té laické. Národní centrum domácí péče zajišťuje také kontinuální vzdělávání v této oblasti (Misconiová, 1998).

Po roce 1995 prudký nárůst agentur domácí péče nebyl už tak vysoký, ale zvýšila se poptávka po poskytnutí domácí péče (Misconiová, 1998).

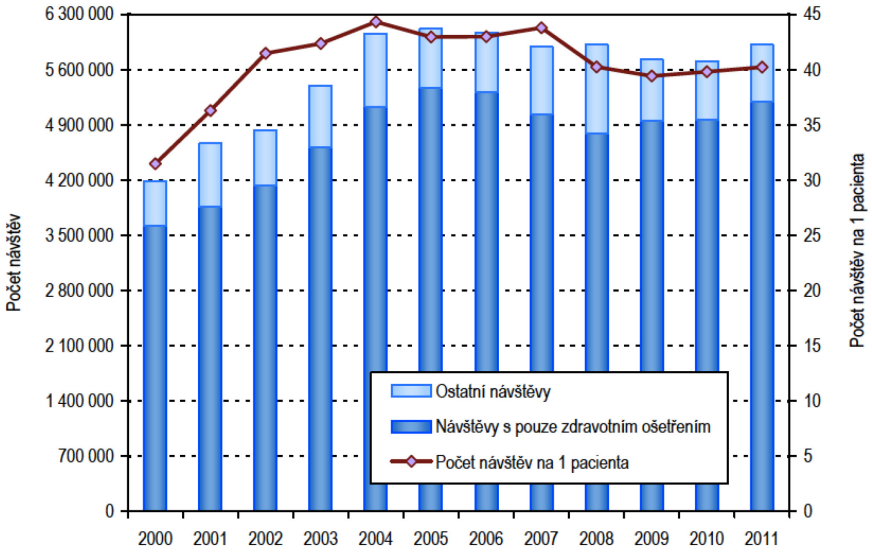
2.2.1 Domácí péče v letech 2004–2013

Údaje Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) veřejně dostupné bohužel nabízí data pouze do roku 2011 ohledně poskytování domácí péče. Nová, aktuální data od roku 2013 nejsou ještě dostupná.

Poskytování domácí zdravotní péče se postupně zvyšuje. Tento nárůst je způsoben demografickými ukazateli stárnutím obyvatelstva a podporou terénní formy zdravotní ošetřovatelské péče.

V roce 2013 bylo na území České republiky zaregistrováno 496 pracovišť poskytující domácí péči. Domácí zdravotní péči využilo více než 146 000 nemocných. Více jak 80 % těchto pacientů bylo ve věku 65 let a více (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2013).

Největší nárůst počtu poskytovatelů byl zaznamenán v roce 2005. Domácí péči nabízelo 494 pracovišť. Počet ošetřujících návštěv byl v tomto období také nejvyšší. Po roce 2005 docházelo k menšímu snižování jak agentur, tak poskytované péče. Vývoj ošetřujících návštěv můžeme vidět v grafu 2.1 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2012).



Graf 2.1: Vývoj počtu návštěv v rámci domácí zdravotní péče v letech 2000–2011
Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2012a: 6

Ze statistických dat poskytnuté Ústavem zdravotnických informací a statistiky z roku 2012 můžeme pozorovat, že příjemcem domácí zdravotní péče je průměrně 7 % seniorů.

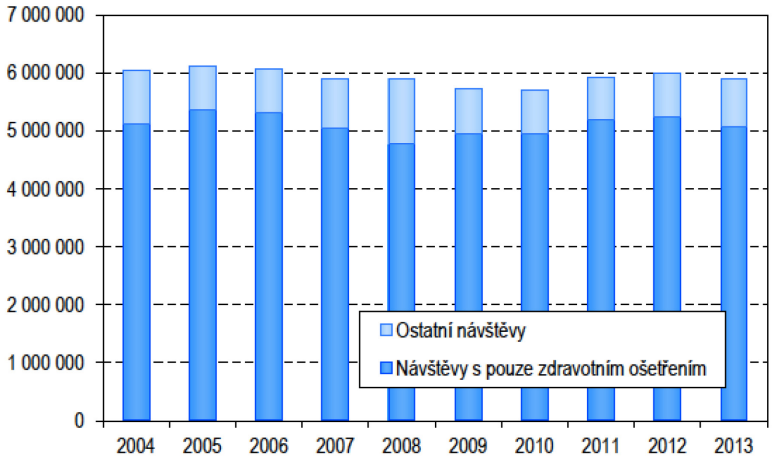
V souvislosti s demografickými daty lze předpokládat, že potřeba domácí zdravotní péče bude narůstat (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2012a).

Na území Středočeského kraje bylo počátkem roku 2011 celkem 1 274 000 obyvatel, z nichž 11 789 byli pacienti a klienti vyžadující domácí péči (Český statistický úřad, 2012).

V 86 % pacientů ošetřených v domácí péči se jednalo o chronicky nemocné (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2012a).

Porovnáme-li data z let 2004–2013 (graf 2.2), můžeme vidět, že v počtu návštěv

v rámci domácí zdravotní péče bylo vykonáno ke konci roku 2013 okolo 5 miliónů návštěv oproti roku 2005, kdy návštěv bylo nejvíce téměř 5,6 miliónů za celou dobu statistického sledování.



Graf 2.2: Vývoj počtu návštěv v rámci domácí zdravotní péče v letech 2004–2013
Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky,2013a

Segment domácí péče i dlouhodobé léčebné péče (LDN) mají trend stále narůstat. V grafu 2.2 vidíme, jak jaký byl vývoj pacientů domácí péče v letech 2004–2013.

2.3 Charakteristika domácí péče

Domácí péče je po roce 1989 jeden z nejrychleji se rozvíjejících sektorů ve zdravotnictví. Tento nárůst je způsoben především zjištěním na základě prováděných výzkumů a spoluprací se zahraničím, že pacienti se léčí lépe v domácím prostředí.

Bohužel v dobách vlády komunistické strany se pacienti nemohli léčit doma, socialistické zdravotnictví bylo postaveno na základech ne partnerského přístupu k nemocným, ale na paternalismu. Lékař byl ten, kdo za pacienta rozhodoval.

V dnešní době je pacientům umožněno nejen být ve svém domácím prostředí, ale také spolupráce, spolurozhodování o své nemoci a následné léčbě.

Od vzniku domácí péče v České republice dochází k nárůstu poskytovatelů této péče. Posledních pět let je trendem přesouvat dlouhodobě nemocné spíše do domácí prostředí a to nejen z hlediska působení na lidskou psychiku, ale i z hlediska ekonomického. Náklady na ústavní léčbu ve zdravotnických zařízeních jsou mnohem vyšší než v domácím prostředí.

Služby domácí péče využívají lidé, u nichž není možné, aby se o ně postarala například rodina. Je proto namístě spolupráce s agenturou poskytující kvalifikovanou domácí péči.

Mezi nejčastější výkony domácí péče patří: Měření fyziologických funkcí, sledování hladin glykémie a následná aplikace léků nebo inzulínu s edukací, převaz kožních a jiných defektů na těle nemocných, odběr biologického materiálu, aplikace injekcí a infúzí a rehabilitace.

Složení pacientů, kteří potřebují domácí péči, převažují především senioři, neboť u nich převládá snížená schopnost soběstačnosti z důvodu nejen nemoci, ale i stáří.

V tabulce 2.1 můžeme vidět, kolik bylo potřeba v letech 2009–2013 vynaložit finančních prostředků ve vybraných segmentech zdravotní péče. Lze vypozorovat mírně se zvyšující trend v poskytování domácí péče. Ke konci roku 2011 využilo služeb domácí péče 147 tisíc pacientů. Přibližně 79 % z těchto pacientů byli lidé ve věku 65 let a více. Bylo uskutečněno téměř 6 miliónů návštěv u nemocných v jejich domácím prostředí.

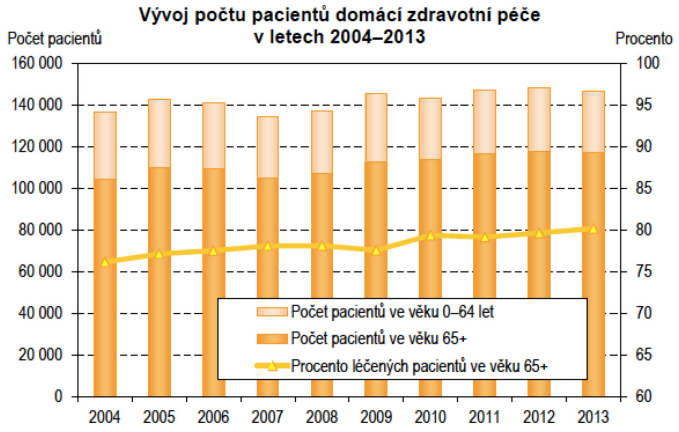
Oproti roku 2010 došlo k nárůstu poskytovatelů domácí péče o 8 nových pracovišť a tento trend i nadále pokračuje (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2012).

Tab. 2.1: Přehled segmentů zdravotní péče v letech 2009–2013 v mil. Kč

Segment zdravotní péče	2009	2010	2011	2012	2013
Ambulantní péče	54 379	55 511	58 000	58 761	60 059
Léčebně rehabilitační péče	2 174	2 226	2 427	2 533	2 615
Domácí zdravotní péče	1 368	1 318	1 376	1 388	1 549
LDN	3 944	2 218	2 342	2 399	2 224

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2013, upraveno

V grafu 2.3 lze vidět nárůst ošetřených pacientů ve věku nad 65 let v rozmezí let 2004–2013.



Graf: 2.3 Vývoj počtu pacientů domácí zdravotní péče v letech 2004–2013

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2013:62

Domácí péči nelze poskytovat u akutních stavů vyžadující rychlý zásah lékařů a speciálního vybavení, kterým disponují zdravotnická zařízení nemocničního typu. Proto se v mnoha případech domácí péče doporučuje a využívá, tam kde nemocný trpí chronickým onemocněním a jeho domácí prostředí dovoluje, aby mohl být ošetřován doma. V rámci poskytování domácí péče je možné zároveň pacientovi poskytnout i balíček sociálních služeb, neboť Zákon o sociálních službách definuje stupně závislosti, od kterých se odvíjí výše příspěvku pro nemocného (Zákon č. 108/2006 Sb. § 7–12).

Formy domácí péče

V České republice je domácí péče poskytována v základních pěti formách (Jarošová, 2007):

Akutní domácí péče (domácí hospitalizace)

Tato péče je poskytována u pacientů s akutním krátkodobým onemocněním, jež nevyžaduje hospitalizaci. Nejčastějšími diagnózami jsou onemocnění kardiovaskulární, neurologické, urologické a gastrointestinální. Tato forma domácí péče je specializovaná a zajišťuje ji zdravotní sestra mající dostatečné zkušenosti v dané oblasti onemocnění.

Časově lze ohraničit v rozmezí několika dnů maximálně týdnů.

Dlouhodobá domácí péče

Forma této péče je v ČR nejrozšířenější a je určena nemocným s chronickým onemocněním. Jedná se nejčastěji o nemocné po cévním mozkové příhodě, nemocné s roztroušenou sklerózou, nemocné paraplegiky nebo kvadruplegiky a nemocné s komplikovanými diabety.

V této dlouhodobém typu péče lze poskytovat komplexní péči, která zahrnuje i oblast sociální. Péče trvá v řádu několika měsíců.

Preventivní domácí péče

V rámci této péče jsou v pravidelných intervalech, které většinou určí ošetřující lékař, monitorovány fyziologické funkce (krevní tlak, puls aj.). Veškeré změny jsou ihned konzultovány s lékařem. Péče je indikována opět ošetřujícím lékařem, který i zároveň

stanovuje její pravidelnost a délku.

Domácí hospicová péče

Tento typ péče je určen klientům, kteří se nachází v preterminálním nebo terminálním stadiu života. Jedná se o pacienty trpící nádorovým onemocněním. Prioritou v tomto typu poskytované péče je management bolesti, aby zdravotní sestry uměly a umožnily pacientovi důstojný odchod, především bez bolesti. Časový rozsah takto poskytnuté péče je většinou stanoven na 6 měsíců. Je kladen velký důraz na přítomnost blízkých pacienta, aby neumíral sám. Tento typ péče je z hlediska psychiky nejnáročnější.

Domácí péče ad hoc (jednorázová domácí péče)

Jde zpravidla o provádění odborných úkonů zdravotních sester, jako je odběr biologického materiálu, jednorázové aplikace injekcí bez toho, že by musela být zavedena pravidelná domácí péče.

Indikace domácí péče

Poskytnutí domácí péče je dnes závislé na indikaci od ošetřujícího lékaře a nebo praktického lékaře pacienta. Tento způsob je nastaven tak proto, že domácí péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Je ale samozřejmě možné, že pacient nebo rodina si může sám vybrat agenturu domácí péče, která poskytuje služby za plné finanční spoluúčasti klienta nebo jeho rodiny. Vždy je ale zapotřebí zdravotní stav zkonzultovat nejprve s lékařem.

Jestliže indikuje domácí péče praktický lékař pro dospělé nebo pediatr, vystavuje poukaz, jehož platnost je 3 měsíce. Ošetřující lékař z nemocničního zařízení může též vystavit poukaz, ale ten má platnost obvykle maximálně 14 dní. Proto je vždy po propuštění z nemocničního zařízení, aby pacient v co nejkratší době navštívil svého praktického lékaře.

Poukaz na domácí péči je možno vystavovat opakovaně a tak pokračovat v domácí péči několik měsíců či let.

Rozsah poskytnuté domácí péče určuje praktický lékař a to na základě metodiky dané pojišťovny. Lékař musí stanovit délku jedné ošetřovací návštěvy. Ta může být buď: 15 minut, 30 minut, 45 minut či 60 minut. Nezbytné je i stanovení denní frekvence návštěv, ta se pohybuje od jedné návštěvy za 24 hodin až po 3 návštěvy za 24 hodin. Poté je potřeba stanovit frekvenci návštěv v týdnu (1x až 7x).

Lékař musí též do poukazu vypsat kódově používaný materiál, zda zdravotní sestra

bude navštěvovat nemocného o svátcích, víkendu nebo v nočních hodinách. Kódy je potřeba všechny domluvit při smluvním ujednání s pojišťovnou. Toto provádí agentury, které mají smlouvu se zdravotními pojišťovnami.

Zdravotní pojišťovny hradí domácí péči v plném rozsahu, až 3 hodiny denně. U výjimečných případů, týkající se především umírajících nemocných lze dosáhnout navýšení nejen návštěv, a tím i úhradu poskytnuté služby.

Pokud by pojišťovna nechtěla hradit více péče, pacienti a jejich rodiny mají další možnosti, jak zaplatit nutnou domácí péči. V dnešní době existují spolky, organizace sponzorující nemocné. Lze využít i grantů.

Agentura domácí péče

Agentury domácí péče bývají nejčastěji zřizovány státní správou, samosprávou, zdravotnickým zařízením ambulantního nebo lůžkového typu, zdravotními sestrami, lékaři, humanitárními nebo charitativními organizacemi a dalšími subjekty. Těmto všem zřizovatelům je doporučeno, aby službu domácí péče nabízeli klientům nepřetržitě, 24 hodin, 7 dní v týdnů včetně státních svátků, sobot i nedělí (Jarošová, 2007).

Personál, který je zaměstnán v agenturách domácí péče je především zdravotnický – zdravotní sestry, které mohou pracovat bez odborného dohledu. Podle statistiky z roku 2013 podíl zdravotních sester se specializací v agenturách domácí péče byl 51 % oproti roku 2011, kdy počet sester byl 41 % (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2011, 2013).

Personál agentur poskytující domácí péči doplňují ještě fyzioterapeuti, lékaři, sociální pracovníci, psychologové, logopedi a další pracovníci ze systému sociální a zdravotní oblasti.

Celý tým je řízen manažerkou nebo vrchní sestrou, která zajišťuje plánování a realizaci ošetřovacích návštěv.

Výhody domácí péče

Poskytování domácí péče má několik nesporných výhod. Jednou z nejpodstatnějších je zcela jistě fakt, že má pozitivní vliv na psychiku nemocného. Je prokázáno, že člověk

mající možnost léčby ve svém domácím prostředí se daleko rychleji uzdravuje a lépe spolupracuje na léčbě svého onemocnění. Ve svém domově se cítí více v bezpečí, pohodlně a nezastupitelnou součástí je jistě soukromí, které v nemocničním prostředí lze s obtížemi zajistit. Nemalý vliv má to, že nemocnému může být na blízku více jeho rodina, přátelé, sousedé a další lidé z jeho nejbližšího okolí. Někdy může nastat situace, že pacient nemůže být doma a je umístěn do sociálního zařízení, které dobře supluje domácí prostředí. I do těchto zařízení jako jsou charitní domovy apod.

Vzhledem k poskytování domácí zdravotní péče se zkracuje doba pobytu ve zdravotnickém zařízení nemocničního typu. Zároveň se snižují celkové náklady na léčby daného pacienta, pokud může být doma. Při hospitalizaci pacienta hrozí vysoké riziko přenosu nozokomiálních nákaz. Toto riziko nehrozí, pokud je pacient léčen doma, a proto se preferuje co nejdříve nemocného propustit do domácího léčení a doporučení domácí péče. Zcela jistě poskytování domácí péče není tak finančně nákladné pro zdravotní pojišťovny, jako kdyby musel být pacient hospitalizován na nemocničním lůžku.

Rizika domácí péče

Je namístě se zmínit o možných rizicích vázajících se na poskytování domácí péče. Je důležité nejen o nich vědět, ale snažit se jim předcházet:

- Nemocný není pod stálou nepřetržitou kontrolou jako při hospitalizaci v nemocnici. Je proto nezbytné správně rozvrhnout frekvenci a délku ošetřovacích návštěv.
- Nevhodné podmínky pro nemocného. Může se stát, že u nemocného člověka vyžadující poskytování domácí péče chybí základní hygienická a jiná vybavení. Stále ještě se můžeme setkat v dnešní době s nevyhovujícími hygienickými podmínkami u nemocných žijících na vesnicích apod. (chybí toaleta, není koupelna). V těchto případech je lepší spojit se s příslušnou agenturou poskytující sociální služby.
- Nemocný není dostatečně seznámen s pracovní náplní zdravotní sestry a požaduje po ní úkony vztahující se mimo její pracovní kompetence – úklid, nákupy apod.
- Vysoké nároky na zdravotní sestry, které vykonávají ošetřovatelskou specifickou péči u klientů. Zdravotní sestry musí být nejen psychicky odolné, ale především se musí umět rychle racionálně rozhodovat bez přítomnosti lékaře.

- Zdravotní sestra pracuje bez přímého dohledu. Je namístě, aby byla pečlivě a detailně vedena zdravotnická dokumentace, do které se zapisují všechny postupy a změny u ošetřovaných klientů.
- Nedůvěra praktických lékařů v poskytování domácí péče. Nutnost mít stálý kontakt s praktickým lékařem ošetřovaného klienta, pravidelné konzultace, předávání informací, kontroly u něj v ordinaci a nebo jeho osobní návštěvy u ošetřovaných klientů. Dbát na správnou komunikaci mezi agenturou a lékaři.

III Praktická část

3. Výzkumná část

3.1. Cíl výzkumu

Téma celé diplomové práce je založení soukromé agentury domácí péče. Proto jsem se rozhodla provést marketingový průzkum pro budoucí plánování strategie pro provozuschopnost soukromé agentury poskytující domácí péči. Z výsledku průzkumu bude snazší porozumět dané problematice, co očekávají nejen praktičtí lékaři od této agentury, ale zda jsou potenciální pacienti si schopni za služby zaplatit i vzhledem k faktu, že tato péče je plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Celý výzkum má explorační cíl.

Za respondenty jsem si vybrala praktické lékaře a potenciální klienty, pacienty. Byli to pacienti, kteří navštívili v průběhu 14 dní svoje praktické lékaře a vyplnili u nich mnou předložený dotazník. Začleněni byli pouze praktičtí lékaři pro dospělé, neboť praktičtí lékaři pro děti a dorost se s domácí péčí nedostávají vůbec do kontaktu v rámci mladší skladby pacientů.

Výzkumné otázky

1. Budou moji agenturu domácí péče praktičtí lékaři doporučovat nemocným, kteří potřebují péči v domácím prostředí?
2. Budou ochotni potenciální pacienti si tuto nabízenou službu platit i přes informovanost, že mají možnost si služby nechat hradit z veřejného zdravotního pojištění?
3. Podle jakých kritérií praktičtí lékaři doporučují agenturu domácí péče?
4. Je dostatečná nabídka v poskytování domácí péče v okrese Praha-východ, konkrétně v okruhu 30 km od města Úvaly?

3.2 Metodika výzkumu

Zvolila jsem typ kvantitativního výzkumu pomocí strukturovaných dotazníků. Při dotazníkovém šetření by zajištěna anonymita respondentů a i možnost získání informací v relativně krátkém čase. Dotazníky přikládám v přílohách č.3 a č.4.

Výběr vzorků

Závěry z provedených šetření jsou platné pro praktické lékaře dospělých v oblasti 30 km od města Úvaly okresu Praha-východ.

Výběr byl založen na základních údajích, že poskytovaná domácí péče je nejčastěji využita u seniorů a obyvatel, jejichž věk je 65 let a více. Vycházela jsem ze statistických údajů, neboť v okresu Praha-východ žije 23 856 obyvatel ve věku 65 let a více (Český statistický úřad, 2016).

Tab. 3.1 Přehled praktických lékařů pro dospělé vybraných pro výzkumné šetření

Město/obec	**Počet prakt. lékařů**
Brandýs n/ Labem	12
Čelákovice	7
Kamenice	3
Kostelec n/ Černými lesy	3
Lázně Toušeň	1
Mirošovice	1
Mochov	1
Ondřejov	1
Říčany	8
Stříbrná Skalice	1
Šestajovice	1
Škvorec	1
Úvaly	5
Velké Popovice	1
Zeleneč	1
Celkem	**47**

Zdroj: Vlastní tvorba

Praktičtí lékaři byli vybráni z lokalit výše uvedených měst a obcí (viz tabulka 3.1). Bylo tak učiněno vzhledem k tomu, jakou lokalitu bychom jako nově vzniklá agentura zajišťovali. Celkem se mi podařilo oslovit a též vyplnit dotazníky s každým praktickým

lékařem pro dospělé na území okresu Praha-východ a to v počtu 47 lékařů. Jinak na celém územním celku se nachází 68 praktických lékařů pro dospělé. Praktické lékaře jsem vybírala v co nejbližší dostupnosti sídla naší agentury domácí péče. Maximální vzdálenost byla předem určena a to 30 km v okruhu města Úvaly.

Sběr dat

Sběr dat probíhal v rozmezí měsíců března a dubna 2017. Sama jsem si předem domluvila osobní schůzky s vybranými praktickými lékaři, abych je na nich mohla osobně informovat o dotazníkovém šetření a vysvětlit jim účel celého šetření. U všech osobních schůzek byli všichni praktičtí lékaři ochotni vyplnit mi na počkání dotazník. Návratnost od praktických lékařů byla stoprocentní. Tato technika osobní distribuce a sběru dotazníků zaručila návratnost mnohem vyšší než u ponechání dotazníků v ordinacích lékařů. Řídila jsem se doporučením autora Dismana (Disman, 2008), že je mnohem efektivnější osobní předložení dotazníků a i jejich převzetí zpět. U dotazníků určené pro pacienty tomu bohužel tak nebylo. Z celkového počtu 141 dotazníků se mi navrátilo 100. Návratnost byla 71 % z celkové počtu oslovených pacientů.

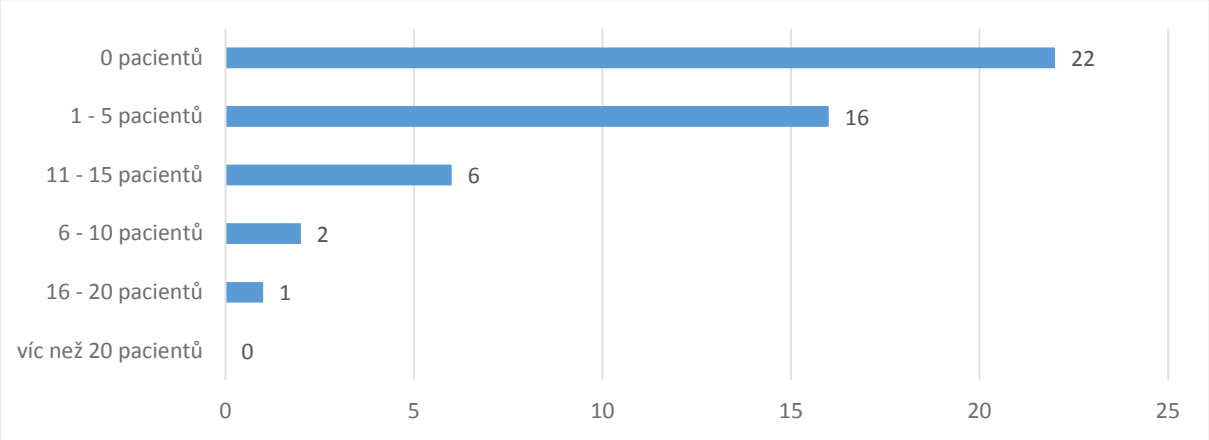
1.3 Analýza dat

Všechna získaná data a odpovědi byly zpracovány v programu Microsoft Excel. Výsledky šetření jsou analyticky a přehledně zpracovány v tabulkách a grafech. Ke každému je uveden podrobný komentář vysvětlující danou tabulku nebo graf.

Výsledky dotazníkového šetření mezi lékaři

Dotazníkového šetření mezi lékaři se zúčastnilo 47 respondentů. Na základě odpovědi na první otázku v dotazníku jsem zjistila, že téměř polovina z nich nemá v současnosti žádného pacienta s domácí péčí, třetina jich má jednoho až pět pacientů s indikovanou domácí péčí. Lékaři s větším počtem pacientů využívajících službu domácí péče tvořili méně než pětinu vzorku (viz graf 3.1).

Graf 3.1: Počet pacientů lékaře, kteří využívají domácí péči



n=47

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

Z níže uvedené tabulky 3.2 je zřejmé, že nejznámější a nejčastěji využívanou agenturou poskytující domácí péči v okolí města Úvaly je **ProCare Medical** – 13 lékařů uvádí spolupráci s ní a pouze 2 respondenti vůbec neznali. Tuto agenturu poměrně těsně následuje **Farní Charita Neratovice**, jejíž služby využívají pacienti 10 kontaktovaných lékařů a neznají ji pouze 3 ze 47. Méně využívané jsou agentury Advantis Medical, TopHlep a Domimed (3 resp. 1 a 1 lékařů uvádí spolupráci s nimi). Služby ostatních agentur nejsou využívány a tyto agentury jsou lékařům téměř neznámé.

Tab. 3.2: Spolupráce lékařů s agenturami domácí péče

Název agentury	**Počet respondentů, kteří s agenturou spolupracuji**	**Počet respondentů, kteří s agenturou spolupracovali v minulosti**	**Počet respondentů, kteří o agentuře vědí, ale nespolupracují s ní**	**Počet respondentů, kteří agenturu neznají**
ProCare Medical, s.r.o. Praha Vinohrady	13	9	23	2
Farní charita Neratovice, Domácí zdravotní péče, Čelákovice	10	7	27	3
Advantis Medical s r.o., Úvaly	3	0	29	15
TopHelp s r.o., Brandýs nad Labem – Stará Boleslav	1	0	18	28
Domimed, s r.o., Úvaly	1	1	16	29
Centrum sociální péče Jirny, o.p.s., Jirny	0	1	26	20
Antonia senior services s r.o., Měšiče	0	0	17	30
Ivona Peterková, Brandýs nad Labem – Stará Boleslav	0	0	12	35
Alena Bendová, Dobřejovice	0	1	4	42
Lastrona s r.o., Lhota	0	0	7	40

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Následující tabulka 3.3 ukazuje, jakým způsobem hodnotí lékaři agentury domácí péče, s kterými mají zkušenosti (uvedena data pro agentury, které hodnotili více než 3 respondenti)**. Celkově nejlépe je hodnocena Farní charita Neratovice**, především díky nejlepší časové návaznosti služeb na hospitalizaci, dále jsou jako velmi nebo spíše dobré hodnoceny kvalita a časová dostupnost poskytované péče. Relativně nejhůře, ovšem stále jako spíše dobrá je popisována informovanost o průběhu zdravotní péče směrem k praktickému lékaři.

Agentura **ProCare Medical** je hodnocena poněkud hůře, především je slabší informovanost o průběhu zdravotní péče, její služby hůře navazují na pacientův pobyt v nemocnici a také je nižší časová dostupnost jejich služeb.

Služby obou hlavních agentur domácí péče v lokalitě jsou celkově hodnoceny jako spíše dobré.

Tab. 3.3: Hodnocení služeb agentur poskytujících domácí péči

Název agentury	**Kvalita poskytované zdravotní péče**	**Časová dostupnost poskytované zdravotní péče**	**Návaznost poskytované zdravotní péče**	**Odbornost poskytované zdravotní péče**	**Komunikace s agenturou domácí péče**	**Informovanost o průběhu zdravotní péče**
Farní charita Neratovice	1,6	1,6	1,5	1,7	1,8	1,9
ProCare Medical, s.r.o.	1,7	2,3	2,5	2,0	1,9	2,7

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Poznámka: Hodnocení na škále od 1 do 4, kde 1 znamená velmi dobrá, 2 docela dobrá, 3 spíše špatná a 4 velmi špatná

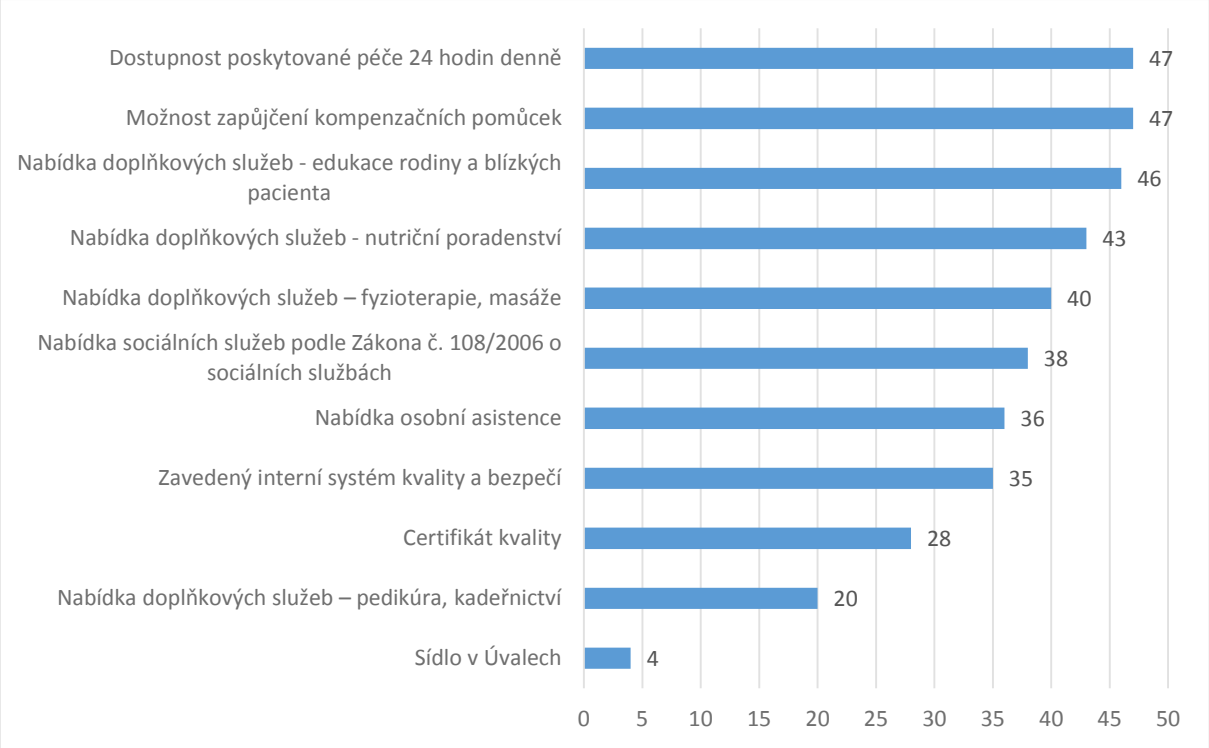
Podle dotazovaných praktických lékařů je nejdůležitějším kritériem z nabídky v dotazníku dostupnost poskytované péče během celého dne a noci (za nejdůležitější je považuje 42 respondentů), toto kritérium vybrali všichni respondenti, stejně jako možnost zapůjčení kompenzačních pomůcek.

Z nabídky doplňkových služeb se jako nejdůležitější jeví edukace rodiny a blízkých pacienta, dále pak ostatní možnosti (nutriční poradenství, fyzioterapie a masáže, sociální služby, osobní asistence). Méně než polovina respondentů považuje za důležitou nabídku pedikúry a kadeřnických služeb.

Zavedený interní systém kvality a bezpečí a certifikát kvality jsou nezbytné podle přibližně dvou třetin respondentů.

Pouze minimum lékařů považovalo za nezbytné, aby agentura domácí péče měla sídlo v Úvalech.

Graf 3.2: Kritéria, která by měla splňovat agentura poskytující domácí péči



n=47

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

Výše uvedený graf 3.2 obsahuje hodnocení položek, které byly nabídnuty k výběru přímo v dotazníku. Někteří respondenti však vybírali možnost „jiné“ a uváděli jako důležité dodržení především některých základních kvalit služeb domácí péče. Zmiňovali především

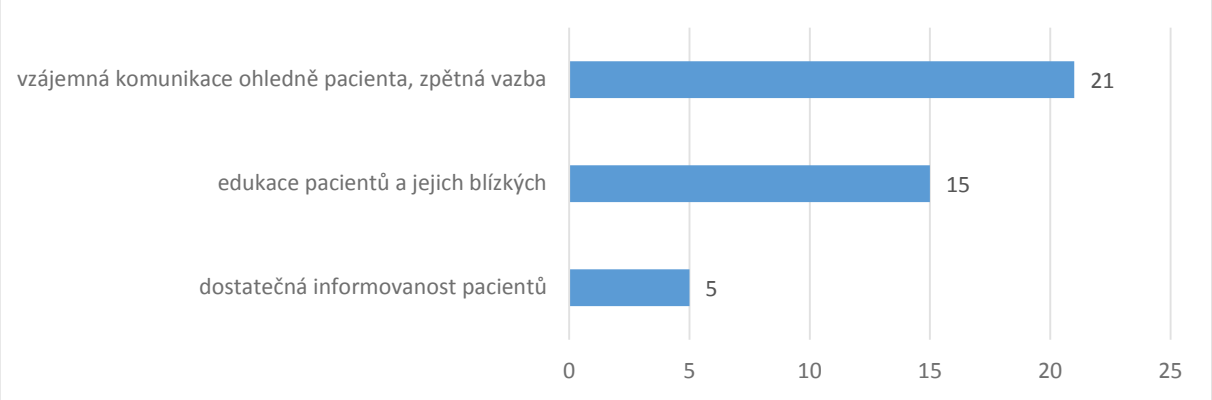
důležitost zdravotnického personálu – je třeba, aby byl dostatečně kvalifikovaný a profesionální (4x) a aby agentura měla dostatek zdravotních sester pro tuto práci (3x). Děle se objevil požadavek na rychlé převzetí pacienta do domácí péče (2x), větší ochota ke spolupráci s praktickými lékaři (1x) a větší flexibilita agentur domácí péče (1x).

V grafu 3.3 vidíme, že největším nedostatkem ohledně služeb agentur domácí péče, s kterými mají respondenti zkušenosti, je **nedokonalá komunikace mezi agenturou a praktickým lékařem**, chybí zpětná vazba od agentury směrem k lékaři. Tento problém uvedlo 21 praktických lékařů.

Celkem 15 respondentů, tedy necelá třetina, považuje za problém nedostatečnou edukaci pacientů a jejich blízkých ze strany agentury.

Informovanost ze strany agentury domácí péče směrem k pacientům chybí pouze podle 5 respondentů.

Graf 3.3: Co chybí ve službách agentur domácí péče



n=47

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

Kromě možných nedostatků v domácí péči uvedených v dotazníku mohli respondenti vybrat i možnost „jiné“ a navrhnout vlastní odpověď. 6x se objevila zmínka o nedostatku profesionality v péči o pacienty, 3 respondenti uvedli jako problém nedostatek personálu pro provádění domácí péče. Dále se v odpovědích znovu objevila potřeba rychlejšího přebírání pacientů do domácí péče a vnímání nedostatku časové flexibility agentur.

V rámci otevřené otázky po konkrétních problémech (tab. 3.4), s kterými se lékaři při kontaktu s agenturami domácí péče setkali, se jako nejčastější problém (10x) objevila příliš

dlouhá čekací doba na přijetí pacienta do domácí péče, často více než 14 dní. Podle některých lékařů by přitom byla vhodná doba maximálně 3 dny. S podobnou četností (8x) respondenti upozorňovali na nedostatek personálu agentur a jeho fluktuaci.

Další problémy vnímají praktičtí lékaři ve způsobu provádění domácí péče – objevuje se neprofesionální jednání s pacienty, lékaři nedostávají dostatečnou zpětnou vazbu od pracovníků domácí péče. Problémy se špatnou komunikací lékaři zaznamenali i u pacient – pracovníci domácí péče je málo informují o tom, jaké úkony a proč jsou jim prováděny. Zaměstnanci agentur jsou také někdy málo empatičtí vůči pacientům, špatně plánují návštěvy v domácnostech, případně jsou tyto návštěvy příliš rychlé.

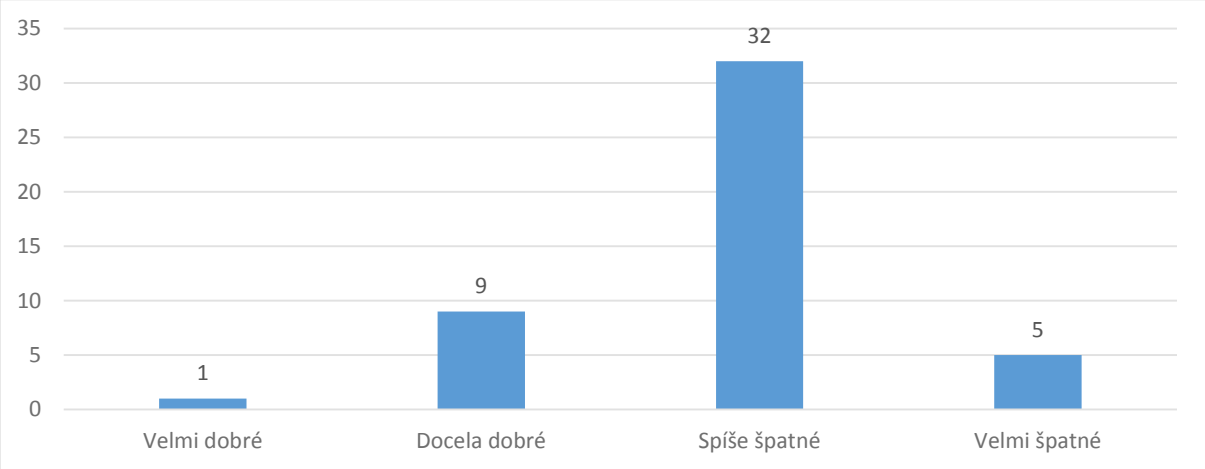
Tab. 3.4: Konkrétní problémy, s kterými se lékaři setkali ve službách agentur domácí péče

Problém	**Počet uvedení**
dlouhé čekací doby pro pacienty na zavedení domácí péče	10
nedostatek personálu, nestálý personál	8
neprofesionální jednání s pacienty	5
chybějící zpětná vazba o průběhu péče o pacienta	4
špatná informovanost pacienta	3
chybějící empatie	3
špatné plánování péče	2
příliš rychlé návštěvy	1

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

Fakt, že jedním ze závažných problémů domácí péče v oblasti Praha-východ je nedostatek pracovníků poskytujících tuto péči, potvrzuje i graf 3.4. Vidíme v něm, že 32 respondentů, tedy více než 2/3 se domnívá, že pokrytí služeb domácí zdravotní péče v této oblasti je spíše špatné.

Graf 3.4: Hodnocení pokrytí služeb domácí zdravotní péče na území Praha-východ

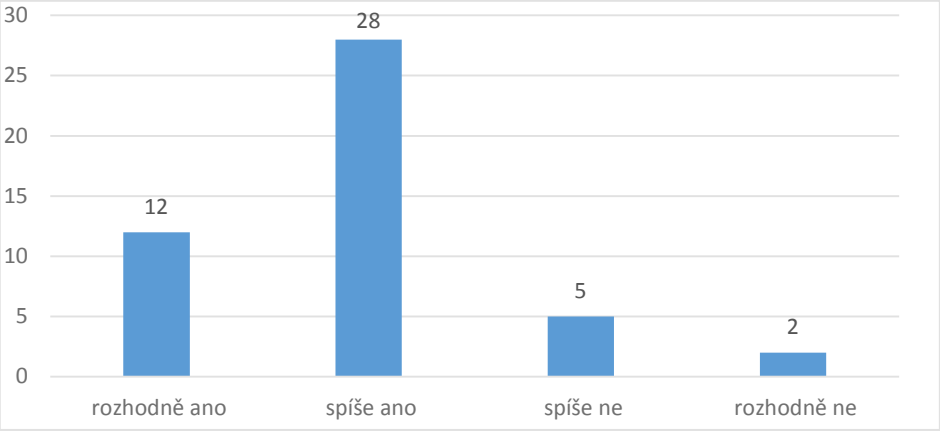


n=47

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

Co se týče otázky vhodnosti příspěvku pacientů na domácí péči, téměř 2/3 respondentů (28 lékařů) se domnívají, že by pacienti měli přispívat na domácí péči, 12 z nich uvádí, že by se platby za péči měli rozhodně účastnit (viz graf 3.5).

Graf 3.5: Mají pacienti přispívat na domácí péči?

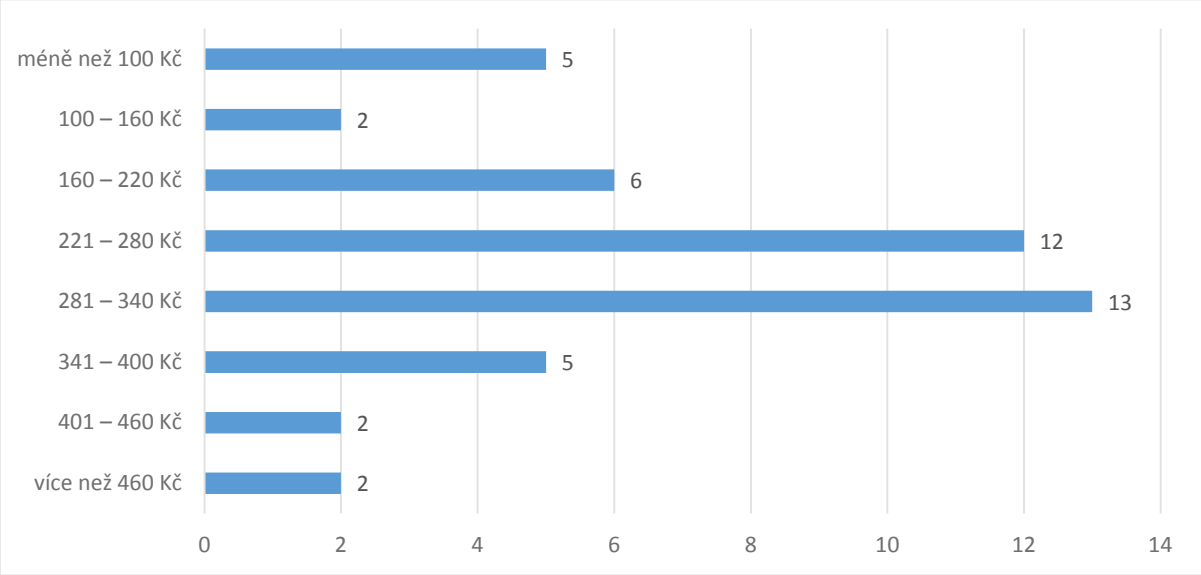


n=47

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

Následující graf 3.6 ukazuje, že více než polovina respondentů (25) doporučuje jako vhodný příspěvek na domácí péči od pacientů či jejich blízkých částku mezi 221 a 340 Kč. Průměrná výše doporučovaného příspěvku je okolo 280 Kč.

Graf 3.6: Adekvátní částka příspěvku na hodinu domácí péče (podle praktických lékařů)

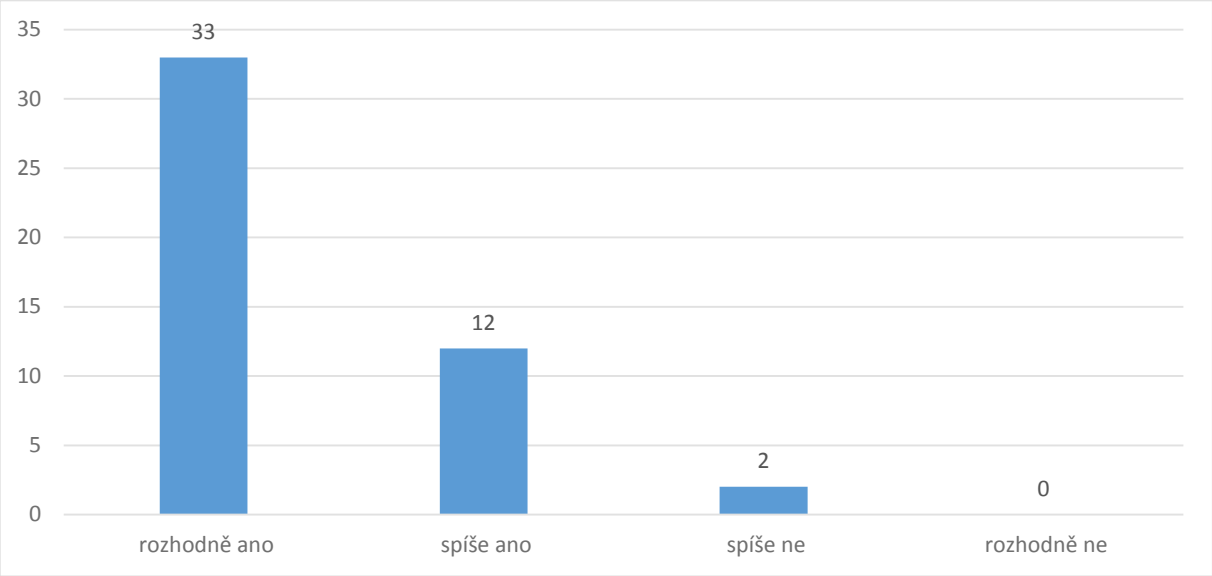


Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

V další části dotazníku byl respondentům představen koncept nové agentury domácí péče s názvem Helping Hand Home care s.r.o. (popis byl součástí dotazníku, viz příloha č.3).

Drtivá většina oslovených lékařů (45 ze 47) spíše nebo rozhodně vítala vznik této agentury, proti jejímu vzniku se vyjádřili pouze dva respondenti. Tyto odpovědi znázorňuje graf 3.7.

Graf 3.7: Uvítal/a byste vznik nové agentury domácí péče Helping Hand Home care s.r.o.

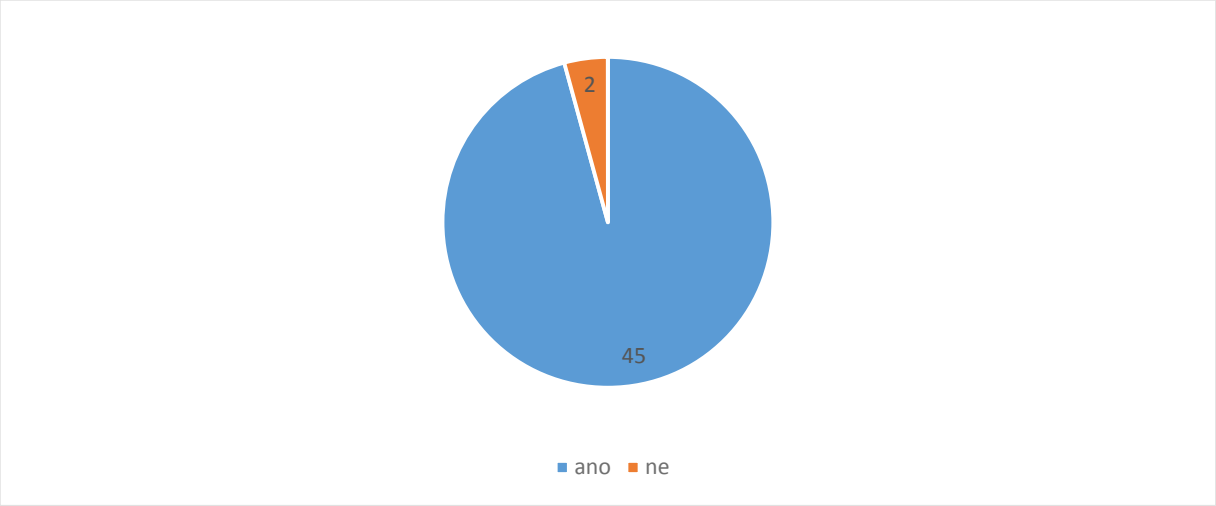


n=47

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

Stejně tak drtivá většina respondentů uvádí, že bude novou agenturu domácí péče doporučovat svým pacientům, pouze 2 oslovení lékaři o doporučování agentury neuvažují (viz graf 3.8).

Graf 3.8: Budete doporučovat novou agenturu?



n=47

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

Důvodem pro doporučování nové agentury lékaři je především jejich úvaha, že pacienti by měli mít možnost se sami rozhodnout, zda budou za domácí péči platit nebo ne (zmíněno 13x). Část respondentů předpokládá, že novou agenturu budou pacientům doporučovat až po získání vlastní zkušenosti, osobním představení personálu a zkušenostech jiných lékařů či pacientů (zmíněno 9x).

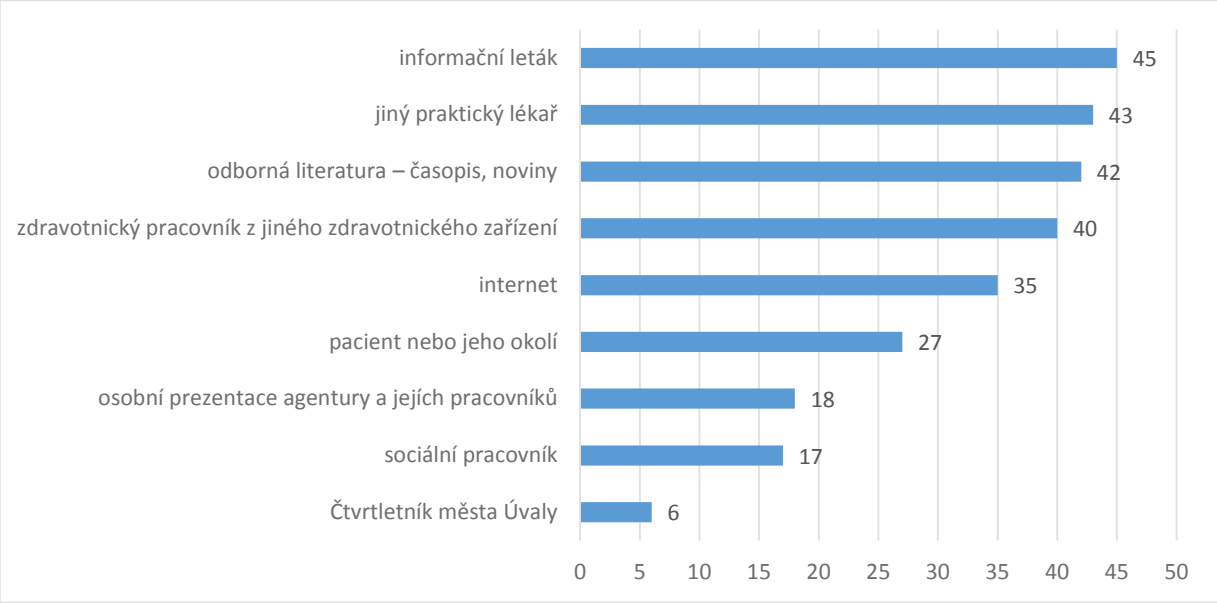
V popisu nabídky služeb agentury respondenty zaujalo a přesvědčilo k zprostředkovávání agentury pacientům především:

- profesionalita, vzdělaný personál, kvalifikované vedení (11x)
- rychlé přijetí pacienta do péče (9x)
- možnost využití cizích jazyků (5x)
- velká nabídka služeb (3x), zejména hospicová péče (3x), péče a edukace pacientů se stomií (3x)

V závěru dotazníku lékaři odpovídali na otázku, jakým způsobem by měla nová agentura informovat lékaře o své existenci (graf 3.9) . Téměř všichni (45 ze 47 respondentů) souhlasí s informováním lékařů pomocí informačního letáku. Velká část lékařů důvěřuje doporučením svých kolegů, 43 ze 47 schvalují reference od praktických lékařů jako vhodný způsob informování o službách agentury. Následují další odborné zdroje v podobě zveřejnění v odborném tisku (vybráno 42x) a reference od jiného zdravotnického pracovníka (40x). 18 respondentů uvedlo možnost, která se v seznamu odpovědí nenacházela, a to osobní prezentaci agentury a jejích pracovníků přímo u praktického lékaře – osobní zkušenost s agenturou se ukázala jako důležitá podmínka doporučování agentury pacientům.

Nejmenší důvěře těší informace vytištěná ve Čtvrtletníku města Úvaly (zvolenou pouze 6x). Reference od sociálního pracovníka se také nejeví jako vhodný zdroj informace.

Graf 3.9: Preferovaný způsob informování



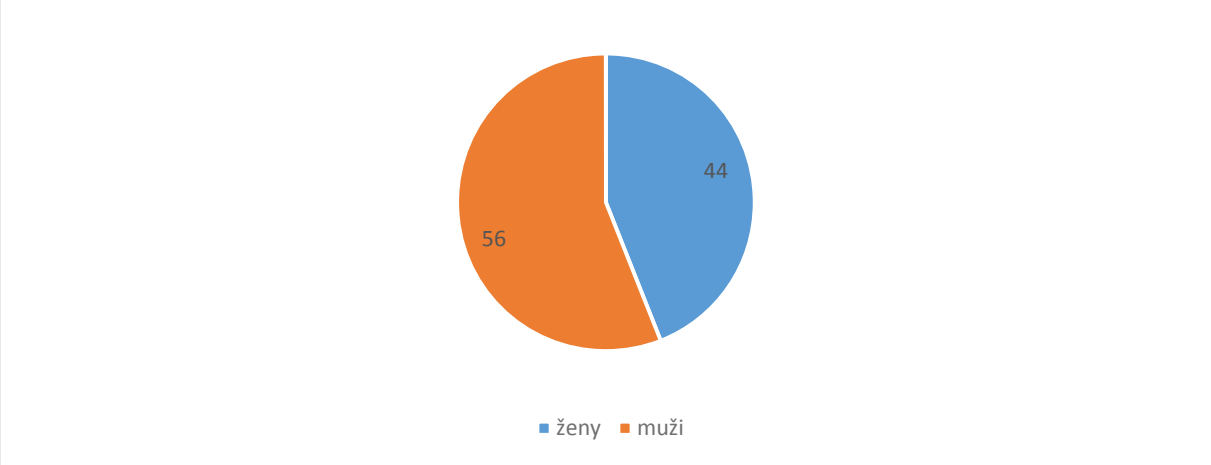
n=47

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

Výsledky dotazníkového šetření mezi pacienty

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 100 osob, mírně převažovali muži (56 respondentů) nad ženami (44 respondentek). Toto zobrazuje graf 3.10.

Graf 3.10: Rozdělení mužů a žen ve výzkumném vzorku

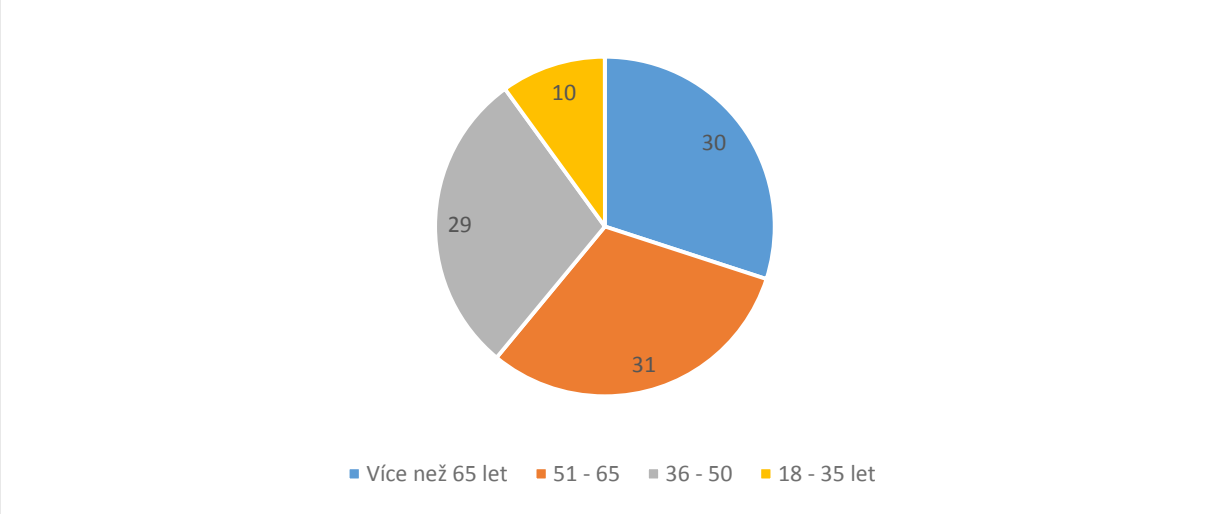


n=100

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

V grafu 3.11 vidíme, že převažovali respondenti vyššího věku, lidé starší než 50 let tvořili více než 60 %.

Graf 3.11: Věk respondentů

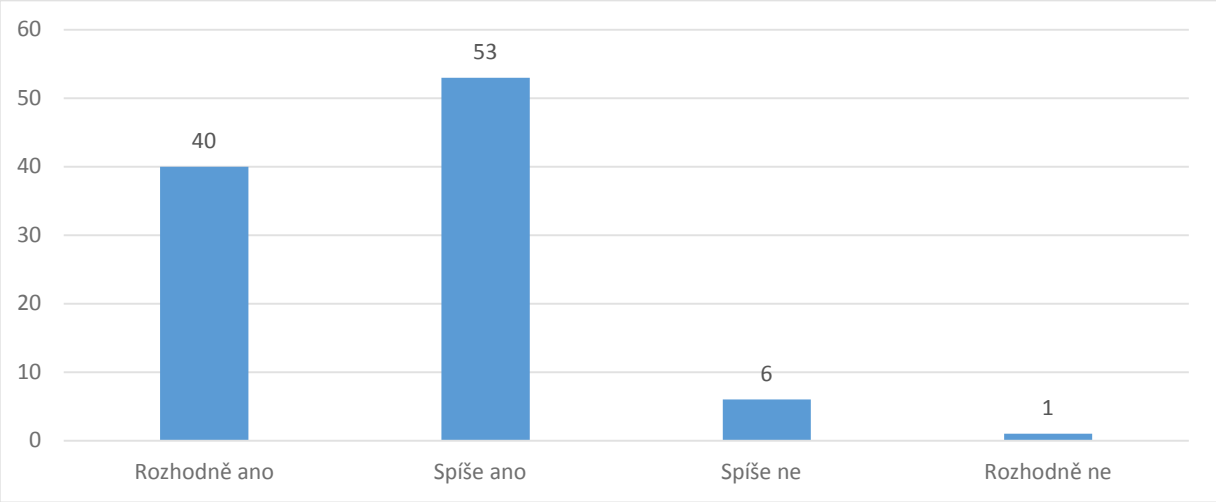


n=100

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

Všem respondentům byla nejprve představena nová agentura domácí péče Helping Hand Home care s.r.o., popis jejích služeb byl stejný jako v případě dotazování lékařů. Převážnou většinu respondentů popis služby zaujal, 40 % respondentů uvedlo, že je zaujal rozhodně a 53 % bylo spíše osloveno nabídkou (viz graf 3.12).

Graf 3.12: Zaujala Vás nabídka služeb agentury?

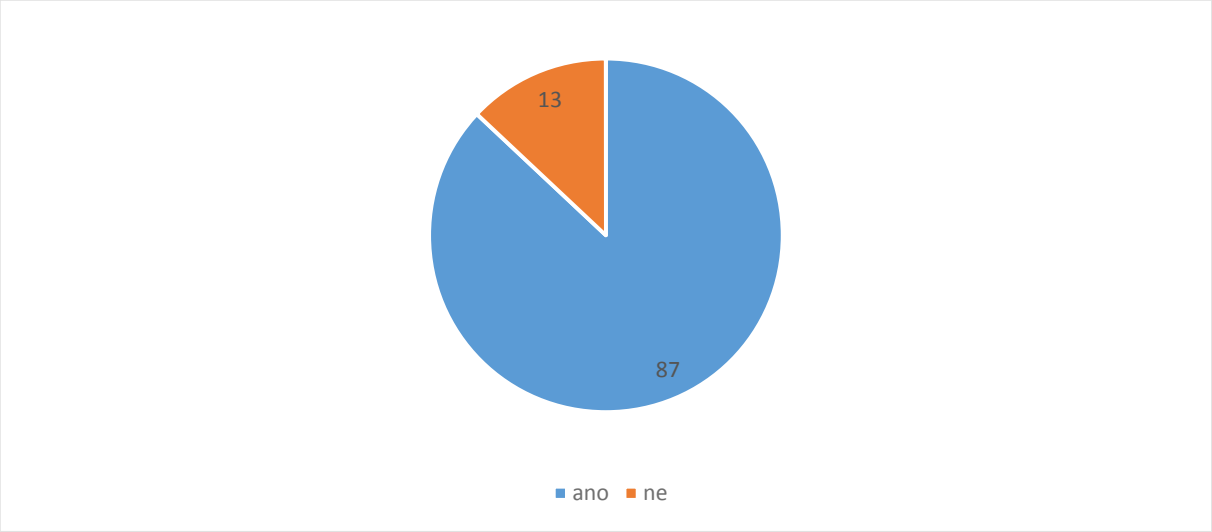


n=100

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

Na otázku, zda by pacienti byli ochotni platit za služby poskytované agenturou domácí péče, odpovědělo téměř 90 % z nich pozitivně, pouze 13 respondentů uvedlo odpověď „ne" (viz graf 3.13). Jako důvod neochoty platit za tyto služby byl nejčastěji uveden nízký příjem, především důchod, pouze dvakrát byl zmíněn principiální nesouhlas s platbou za podobné služby, které by vždy měly být hrazeny ze zdravotního či sociálního pojištění.

Graf 3.13: Ochota k placení za domácí zdravotní péči (pacienti)

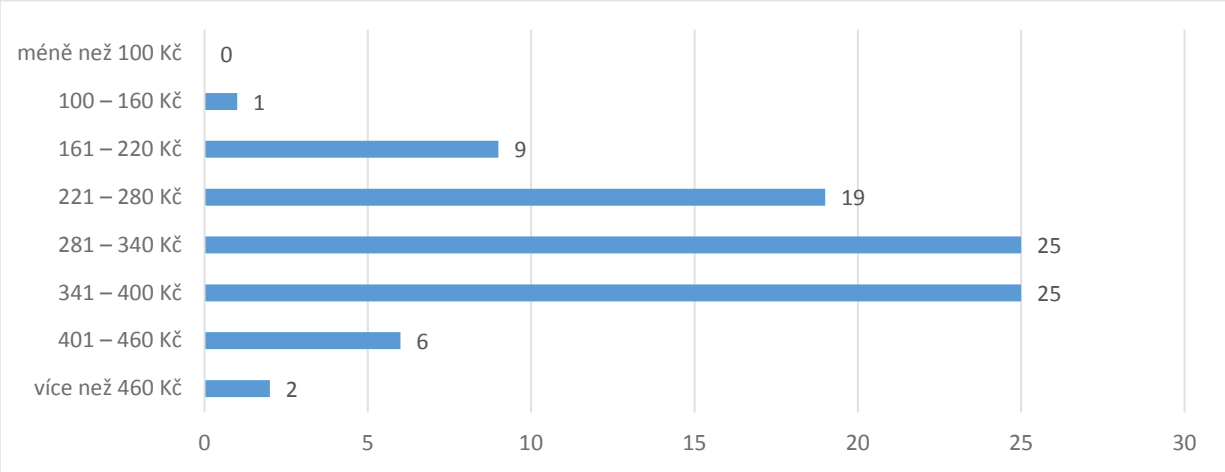


n=100

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

Pacienti, kteří jsou ochotni přispívat na domácí péči, si měli vybrat výši této částky za hodinu domácí péče. Polovina respondentů si zvolila částku 281 – 400 Kč. Průměrná částka platby na hodinu se blíží 340 Kč, je tedy vyšší, než jakou uváděli jako adekvátní lékaři. Pacienti si zřejmě potřebnost služeb nově vznikající agentury uvědomují silněji než praktičtí lékaři (graf 3.14).

Graf 3.14 – Částka, kterou by pacienti byli ochotni platit za hodinu domácí péče



n=87

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

3.4 Shrnutí výsledků

Odpovědi na výzkumné otázky:

1. Budou moji agenturu domácí péče praktičtí lékaři doporučovat nemocným, kteří potřebují péči v domácím prostředí?
   Odpověď na první výzkumnou otázku je ano, lze předpokládat, že drtivá většina oslovených lékařů v okolí města Úval bude doporučovat služby nově vzniklé soukromé agentury domácí péče nabízející služby.

2. Budou ochotni potenciální pacienti si tuto nabízenou službu platit i přes informovanost, že mají možnost si služby nechat hradit z veřejného zdravotního pojištění?
   Ano, velká část pacientů je ochotna za tyto služby platit. Průměrně by pacienti byli ochotni platit částku okolo 340 Kč.

3. Podle jakých kritérií praktičtí lékaři doporučují agenturu domácí péče?
   V situaci, kdy v daném regionu je ne zcela dostatečná nabídka služeb domácí péče a hlavním problémem je dlouhá čekací doba na převzetí pacienta do domácí péče, nejdůležitějším kritériem je rychlé převzetí pacienta do péče. Důležitými kritérii je také dostupnost poskytované péče během celých 24 hodin, profesionalita a odborné vzdělání personálu.

4. Je dostatečná nabídka v poskytování domácí péče v okrese Praha – východ, konkrétně v okruhu 30 km od města Úvaly?
   Ne, pokrytí služeb domácí péče je v této lokalitě spíše špatné.

4. Strategická analýza

Při snaze založit agenturu poskytující odbornou ošetřovatelskou a lékařskou péči, je zapotřebí si uvědomit, že jsou přítomné multifaktoriální vlivy, které ovlivní nejen založení agentury, ale především její fungování a působnost v dané lokalitě. Je potřeba toto analyzovat, neboť vše nám posléze ovlivní cíle, kterých chceme jako profesionální agentura dosáhnout.

Rozhodla jsem se využít ve své práci analýzu nejen obecného okolí, ale i oborovou a vnitřní. Nejlépe tyto tři analýzy jsou zahrnuty ve SWOT analýze, která nám zanalyzuje silné, slabé stránky agentury a také poukáže na možné příležitosti a hrozby (Veber, 2014).

4.1 Analýza obecného okolí

Pro určení obecného okolí a jeho vlivu jsem si zvolila PESTL analýzu, též označovanou jako prostředek určení změn okolí. Faktory, které se podílejí jsou:

- ***Sociální***
- ***Legální***
- ***Ekonomické***
- ***Politický***
- ***Technologický***

4.1.1 Sociální faktory a zdravotní stav obyvatelstva

V posledních 10 letech můžeme sledovat, že dochází v České republice k výrazným změnám v oblasti lidského stárnutí. Lidé se dožívají vyššího věku, než tomu bylo v minulosti. Tato změna je jasně vidět v provedených každoročních tabulkách, které nám poskytuje Český statistický úřad.

Index stáří v budoucnu výrazně poroste. Vyvrcholí k 1. 1. 2063, kdy na 100 dětí podle očekávání připadne 277 seniorů (dnes 113 seniorů). Stav, kdy seniorů bude 2,5krát více než dětí, by měl trvat celou druhou polovinu století. Součástí článku je do časopisu vložený plakát s grafickým znázorněním vývoje obyvatelstva ČR (Český statistický úřad, 2014).

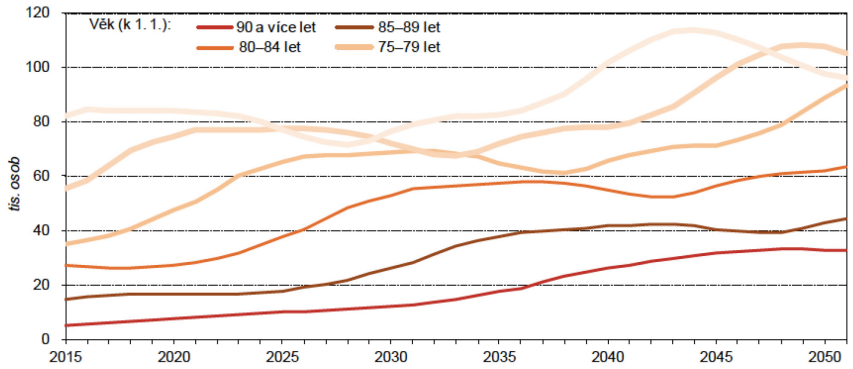
Lze zaznamenat skutečně narůstající trend v počtu seniorů.

Tab. 4.1 Počet a věkové složení obyvatel k 31. 12.2015– Středočeský kraj

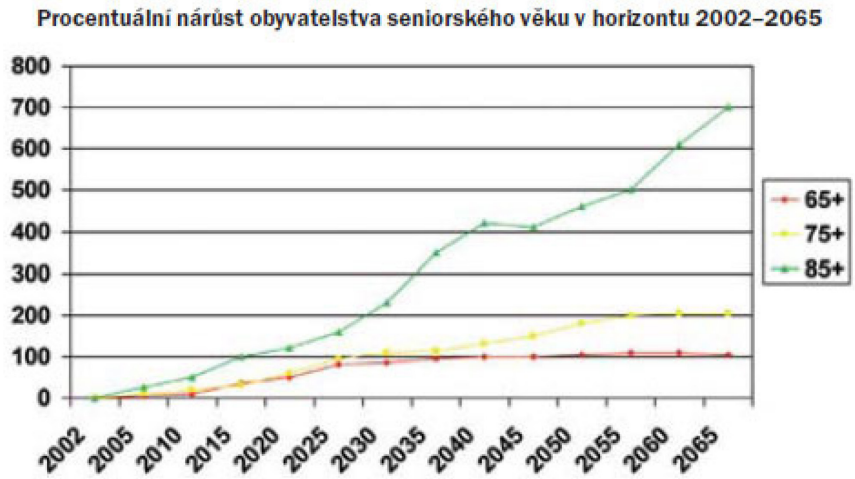
Období	Počet obyvatel celkem	15-64let	65 a více	Průměrný věk
2006	1 175 254	834 952	166 228	40
2007	1 201 827	853 824	169 814	40
2008	1 230 691	871 832	175 369	40
2009	1 247 533	877 036	180 854	40
2010	1 264 978	881 823	186 448	40,1
2011	1 279 345	880 832	195 120	40,3
2012	1 291 816	878 467	203 992	40,4
2013	1 302 336	875 654	212 030	40,6
2014	1 315 299	874 701	219 811	40,7
2015	1 326 876	873 382	227 290	40,8

Zdroj: Český statistický úřad území Středočeského kraje 2015

Z výše uvedené tabulky 4.1 můžeme vypozorovat, že průměrný věk se stále zvyšuje. Pokud se zaměříme na počet obyvatel v posledních 9 letech starších 65 let, můžeme vidět jejich nárůst v počtu tisíců. Populace ve Středočeském kraji stárne a je logické, že s tímto fenoménem bude potřeba více zdravotní péče.



Graf 4.1: *Projekce počtu obyvatel Středočeského kraje ve věku 65 let a více do roku 2050*
Zdroj: Český statistický úřad, 2016



Graf 4.2: Procentuální nárůst obyvatelstva seniorského věku v horizontu 2002–2065
Zdroj: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2017

Podle projekce v grafu 4.2 bude pokračovat nárůst počtu seniorů po celou dobu. V začátku dojde k mírnému nárůstu ve věkových skupinách 75–79 a 80–84 let, poté mírně klesne, ale ke konci projektovaného období dojde k opětovnému nárůstu (Český statistický úřad, 2016: 22).

Podle dostupných zdrojů statistik Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR v roce 2013 bylo ve Středočeském kraji celkem 25 nemocnic, z toho Léčeben pro dlouhodobě nemocné 6. Vyčísleno na počty lůžek v nemocnicích celkem 8 790 z toho 5 142 lůžek pro dlouhodobě nemocné.

Pokud porovnáme s rokem 2003, kdy bylo 14 zařízení pro dlouhodobě nemocné s počtem lůžek 3 798, je viditelné, že těchto zařízení razantně ubylo, ale co do počtu lůžek se zvýšilo (Zdravotnická ročenka 2003, ÚZIS).

Tab. 4.2 Hodnoty jednotlivých segmentů zdravotní péče v letech 2009–2013 (absolutní částky v mil. Kč)

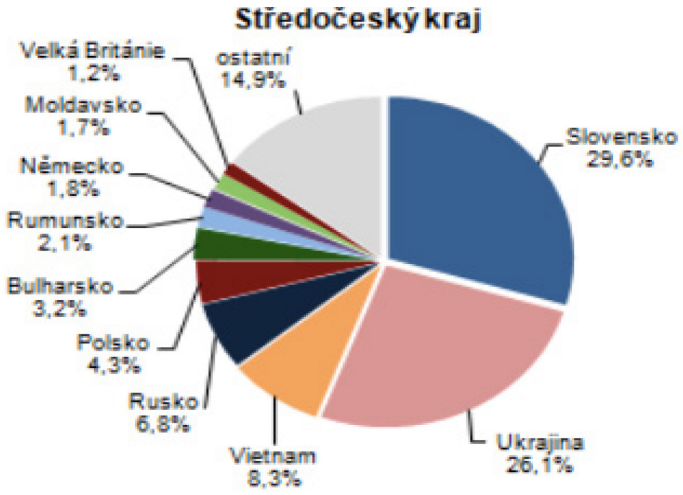
Segment zdravotní péče	2009	2010	2011	2012	2013
Domácí zdravotní péče	1 368	1 318	1 376	1 388	1 549
ústavní péče LDN	3 944	2 218	2 342	2 399	2 224

Zdroj: Vlastní tvorba

Tabulka 4.2 ukazuje náklady spojené s léčbou pacientů ve dvou typech zdravotní péče a je viditelné, domácí zdravotní péče narůstá a naopak ústavní péče v LDN lehce klesá. Tento

fenomén je dán i tím, že pacienti mohou využívat službu domácí péče od roku 1990 díky velké medializaci a právům pacientů na volbu léčby a péče svojí osoby (Historie domácí péče, 2016).

Mezi sociální faktory jsem zařadila vliv občanů z cizích zemí. Na území Prahy-východ v roce 2016 bylo přihlášeno k trvalému pobytu celkem 7 389 cizinců. Největší zastoupení měli občané pocházející ze Slovenska, Ukrajiny, Vietnamu a Ruska (graf 4.3). V předchozích letech tomu bylo naopak, kdy největší zastoupení cizinců ve Středočeském kraji měli občané z Ukrajiny (Český statistický úřad, 2017).



Graf 4.3 Zastoupení cizinců s trvalým pobytem ve Středočeském kraji v %
Zdroj: Český statistický úřad, 2017

4.1.2 Legislativní oblast

Legislativa má zásadní vliv na založení agentury poskytující domácí péči. Definuje formu, určuje za jakých podmínek budou poskytovány služby, v jakém rozsahu a jak budou hrazeny.

Uvádím nejvýznamnější zákony vztahující se nejen k založení agentury domácí péče, ale i k jejímu fungování v oblasti poskytované péče v domácím prostředí.

Listina základních práv a svobod v článku 31 obsahuje formulaci: „*Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.”* (Zákon č.2/1993 Sb., čl. 31).

Pokaždé musí být pacientovi nabídnuta možnost bezplatné zdravotní péče. Jak jsem uvedla výše, i domácí péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Proto je nezbytné, aby každý potenciální klient byl o této skutečnosti informován a měl tak právo volby, zda zvolí soukromou agenturu domácí péče.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, jasně definuje, kdo je plátcem pojistného, jaká má práva, ale i povinnosti. Podle § 11 má pacient právo na výběr a změnu zdravotní pojišťovny. V tomto zákoně v § 13 je informace o tom, že ošetřovatelská a paliativní péče je hrazena právě z veřejného zdravotního pojištění. Tato péče je vykonávána agenturami domácí zdravotní péče.

Zákon č. 147/2016 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování jasně vymezuje podmínky poskytování zdravotních služeb. Od § 11 po § 19 zákona, jsou definovány podmínky pro poskytování zdravotních služeb, co je potřeba k udělení oprávnění poskytovat tyto služby a jaké rozhodnutí o udělení oprávnění obdrží žadatel.

V souvislosti s tímto zákonem byly vydány vyhlášky:

Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Požadavky kladené na poskytování domácí zdravotní péče je potřeba uvést, že tuto péči podle vyhlášky smí vykonávat pouze všeobecná zdravotní sestra, která je způsobilá k výkonu povolání bez odborného dohledu. Vyhláška obsahuje i výkony ošetřovatelské, rehabilitační a paliativní péče.

Vyhláška č.98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci definuje a určuje podmínky pro vedení a uchovávání dokumentace týkající se zdravotního stavu klientů v domácí péči. Podle § 5 odstavce 2 je povinností poskytovatelů domácí péče uchovávat dokumentaci po dobu 5 let a tato lhůta započne 1. dnem od posledního provedeného zápisu do dokumentace.

Vyhláška č.92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. Podle Přílohy č. 9 této vyhlášky musí pracoviště domácí péče být technicky a věcně vybaveno. Jsou menší rozdíly ve vybavení pracovišť podle poskytovaných služeb péče. Bude odlišné vybavení u agentur poskytující hospicovou, paliativní péči a jiné u pracovišť poskytující léčebně rehabilitační péči. Námi založená agentura bude splňovat vybavení pro poskytování ošetřovatelské péče a paliativní péče.

Reformy Ministerstva zdravotnictví

S příchodem v roce 2017 na Ministerstvu zdravotnictví byly stanoveny nové cíle reforem. Níže uvádím ty, které by mohly mít vliv na agenturu domácí péče:

Návrh na zakotvení hospicové péče do právních předpisů ČR – Tento návrh je uvítán velkou částí odborné společnosti zabývající se touto problematikou. Podstatou je rychlost zajištění této péče, neboť stále je nedostatek personálu, který by se o takto nemocné v terminálním stadiu nemocí postaral a poskytl odbornou zdravotní péči (Ministerstvo zdravotnictví, 2017a).

Návrh zákona, který by změnil zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání. Zrušení kreditního systému nejen u zdravotních sester, větší kompetence specializovaných zdravotních sester, změna vysokoškolského bakalářského studia, které je stále potřeba k dosažení vzdělání všeobecné zdravotní sestry (Ministerstvo zdravotnictví, 2017b).

Zákon o dlouhodobé péči

Cílem tohoto zákona o dlouhodobé péči je zajistit kvalitní, dostupnou dlouhodobou péči. Dlouhodobou péči nelze definovat jen z hlediska sociální péče, ale je potřeba uvést, že dlouhodobá péče znamená i zdravotní péči. V současné době nejsou tyto služby jasně definovány podle konkrétních individuálních potřeb klientů. Někteří z nich jsou umístěny v léčebnách pro dlouhodobě nemocné a další klienti třeba i se stejnou diagnózou v pobytových zařízeních sociálního typu, kde se ale na platbě za tuto péči podílí několik aktérů – Ministerstvo práce a sociálních věcí, kraj a i samotní pacienti. Právě v léčebnách dlouhodobě nemocných mají tito pacienti péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění. Avšak tyto léčebny jsou limitovány lůžky, která mohou svým klientům nabídnout. Z dlouhodobého hlediska tato péče vychází pojišťovny i mnohonásobně dráž, než kdyby pacienti byly ošetřování ve svém domácím prostředí.

Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ministerstvo práce a sociálních věcí již zapracovaly společné připomínky. Zákon ale stále nezačal platit (Zdravotnický deník, 2015).

4.1.3 Ekonomická oblast a její faktory

Vliv ekonomického růstu ovlivňuje i to, zda budou, začínající podnik, agentura

úspěšní nebo ne. Záleží na rozsahu příležitostí a hrozeb, před které bude agentura postavena.

Česká ekonomika dynamicky roste, ve druhém čtvrtletí 2016 byl reálný růst hrubého domácího produktu 3,6 % meziročně. Hlavní vliv na růst měl zahraniční obchod. Nejrychleji rostoucí složkou domácí poptávky byla a zůstává soukromá spotřeba. Zaměstnanost v prvním pololetí meziročně vzrostla o 1,8 % a míra nezaměstnanosti se pohybovala okolo 4,1 %. Předpokládá se, že v tomto roce 2017 by mělo reálné HDP zpomalit a dosáhnout 2,5 %. Zatím nejsou ještě aktuální data vůči nezaměstnanosti, ale předpokladem je, že bude nižší než v roce 2016 a to 3,9 %.

Míra inflace by mohla oproti roku 2016 zrychlit na 1,2 %. V roce 2016 byla její hodnota na 0,5 % (Ministerstvo financí, 2016).

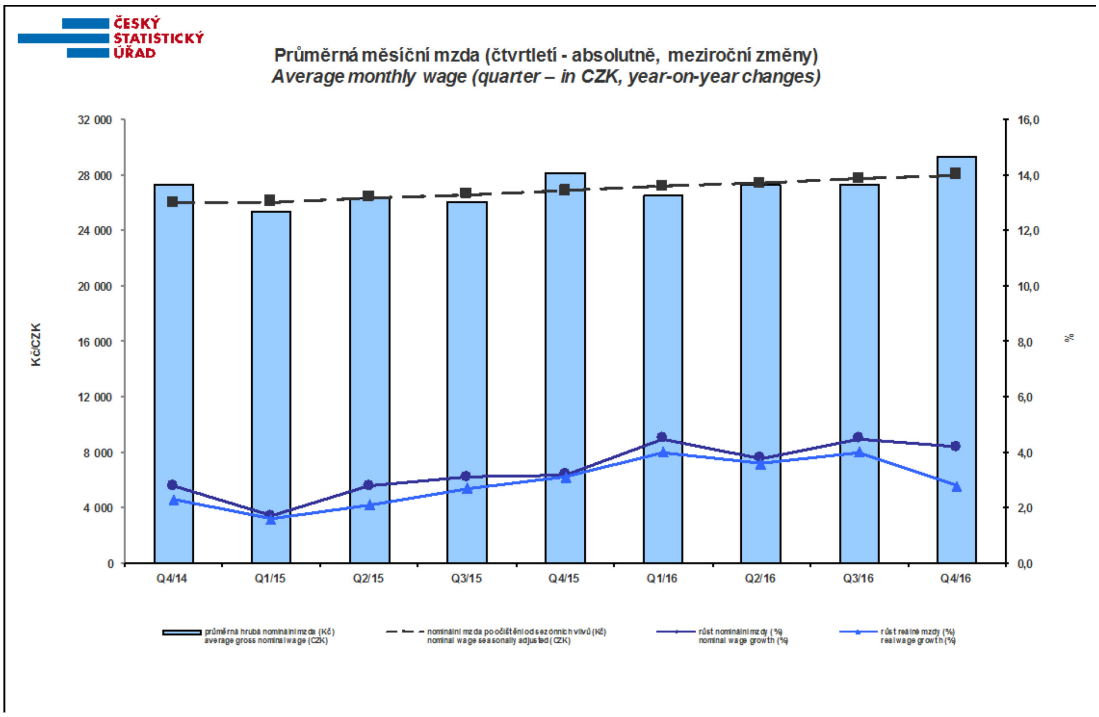
Spotřebitelské ceny meziročně vzrostly o 2,5 %. Toto bylo způsobeno nárůstem v oddíle potravin a nealkoholických nápojů především nárůst ceny u zeleniny až o 15,2 %. Naopak ceny oděvů a obuvi byly o 1,4 % nižší (Český statistický úřad, 2017).

Vývoj hrubé měsíční mzdy je pozitivní. V roce 2016 ve čtvrtém čtvrtletí vzrostla reálně o 2,8 %. Průměrná mzda v České republice tak činila 25 061 Kč (Český statistický úřad, 2016).

Průměrná hrubá mzda u všeobecných zdravotních sester se specializací se v roce 2016 pohybovala okolo 29 859 Kč. Průměrná mzda u všeobecných sester bez specializace byla 22 340 Kč. (Informační systém o průměrném výdělku, 2016:34).

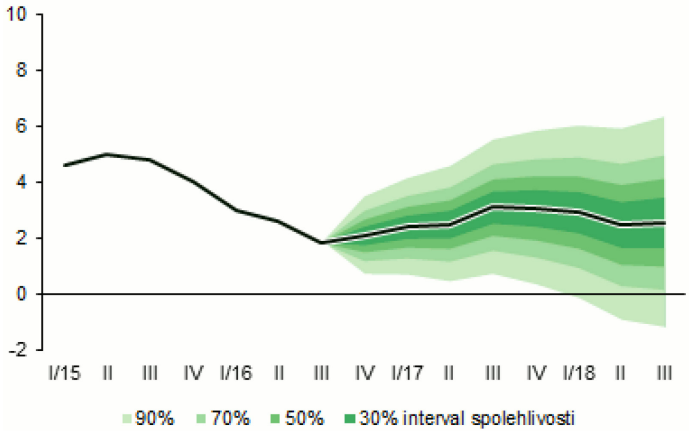
Všeobecné zdravotní sestry pracující v soukromé sféře mají od roku 2017 nárok na zaručenou mzdu ve výši 98,10 Kč/hodinu. Od tohoto roku jsou totiž rozlišeny dva základní pojmy – mzda a plat v Zákoníku práce. Mzda se vztahuje na zaměstnance pracující v soukromé sféře a plat na zaměstnance pracující ve státním sektoru. Plat je určen platovými tabulkami (Ošetřovatelství.info, 2017).

V grafu 4.4 můžeme pozorovat vývoj mezd za období od 4. kvartálu 2014 do 4. kvartálu roku 2016. Hrubá mzda v České republice se reálně zvýšila o 2,8 %. Medián činil 25 061 Kč. V podnikatelské sféře se reálně mzda zvýšila o 2,3 % oproti nepodnikatelské sféře, kde se reálně mzda zvýšila o 4,6 %. Meziroční přírůstek činil 1 122 Kč v roce 2016 (Český statistický úřad, 2017).



Graf 4.4 Průměrná měsíční mzda čtvrtletí – absolutně, meziroční změny

Zdroj: Český statistický úřad, 2017



Graf 4.5 Prognóza HDP

Zdroj: Česká národní banka, 2017

V grafu 4.5 můžeme vidět, jakou určila prognózu ČNB pro rok 2017 a 2018, že meziroční růst reálného HDP bude v těchto letech stejný, tj. 2,8 % (Česká národní banka, 2017).

4.1.4 Politická oblast

Od roku 2013 kdy proběhly poslední volby do Parlamentu ČR a zvítězila strana ČSSD, dochází k postupným změnám v oblasti poskytování nejen sociální péče, ale i zdravotní. Tato strana má ve svém programovém prohlášení především zajištění spravedlnosti a rovnosti v oblasti sociální rovnosti a dostatečně a adekvátně poskytnuté zdravotní péče. Upřednostňuje, aby lidé měli tuto péči hrazenou z veřejného rozpočtu, z povinného zdravotního pojištění. Proto hlasovala například o zvýšení speciální daně pro občany, kteří vydělávají více jak 100 000 Kč hrubého, aby státu odváděli vyšší daň - *solidární daň* - jejíchž výběr půjde právě na pomoc těm slabším a chudším občanům (ČSSD, 2016).

Solidární daň se platí z částky nad 48násobek průměrné mzdy. Pro rok 2015 činila průměrná mzda 26 611 Kč, proto se solidární daň za rok 2015 platí z hrubé mzdy ze zaměstnání nebo dílčího základu daně ze samostatné výdělečné činnosti z částky nad 1 277 328 Kč. Solidární dani nepodléhají příjmy z kapitálového majetku, pronájmu nebo ostatních příjmů, platí se pouze z nadlimitního příjmu ze zaměstnání nebo samostatné výdělečné činnosti (Ipodnikatel, 2015).

Naopak politické uskupení TOP 09 neustále opakuje v čele se svým bývalým ministrem financí, aby si lidé začali nejen přispívat na zdravotní péči, ale platili si ji sami. Jinak dle slov pana Kalouska není možné mít kvalitní zdravotní péči (Deník.cz, 2016).

Ministerstvo práce a sociálních věcí zcela podporuje péči nejen sociální, ale i zdravotní prováděnou terénně, v domácím prostředí. Jedná se poskytování péče v jeho přirozené komunitě (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2010).

Otázkou zůstává, jak dopadnou volby, které se budou konat tento rok, neboť v preferencích vede hnutí ANO v čele s ministrem financí Andrejem Babišem, který by byl podle svých slov rád, aby si občané více přispívali na zdravotní péči (Parlamentní listy, 2017).

4.1.5 Technologické faktory

Rozvoj v oblasti zdravotnictví a především nových materiálů k ošetření ran, materiály jako jsou stomické pomůcky apod., je rok od roku lepší. Možnosti využití přístrojové techniky v domácím prostředí (dýchací ventilátory, nebulizace, infúzní pumpy, enterální pumpy) umožňují pacientům, že mohou být ve svém domácím prostředí a není již nutné provádět hospitalizaci těchto pacientů.

V posledních několika letech je stále kladen důraz, aby péče o pacienta byla přesunuta mimo zdravotnická zařízení a nebylo třeba pacienty hospitalizovat.

S rozvojem moderních přístrojů a pomůcek stoupají úměrně nároky na personál, který bude tyto přístroje obsluhovat a také eventuálně edukovat pacienty. To se netýká jen nemocničního personálu, ale i personálu pracujícího v agenturách domácí péče.

Informační technologie v dnešní době jsou již neodmyslitelnou součástí našich životů a i toto odvětví vyžaduje neustálé zdokonalování. Dle ČSÚ v roce 2015 bylo počítačem a internetem vybaveno více než 3,1 miliónu českých domácností (73 %). Internet v roce 2015 poprvé používalo více jednotlivců než počítač. *„Z hlediska podílu uživatelů internetu v dospělé populaci Česko v roce 2014 dokonce přesáhlo průměr EU28. Internet totiž v české populaci ve věku 16 až 74 let užívalo 79,7 % osob, zatímco průměr unijních zemí činil 78,0 %,"* vysvětluje předsedkyně ČSÚ Iva Ritschelová. Za posledních pět let došlo také ke změně vybavenosti domácností moderními technologiemi. Stolní počítač byl nahrazen přenosným, který v roce 2015 používala již více než polovina domácností. Dvojnásobně stoupl i počet domácností se dvěma a více počítači. Mobilní telefon v roce 2015 nepoužívala jen 3 % osob starších 16 let. 37 % jednotlivců se prostřednictvím svých mobilních telefonů připojovalo k internetu (Český statistický úřad, 2016).

4.1.6 Analýza obecného okolí – shrnutí

V analýze obecného okolí jsem nenašla zásadní hrozby, které by ovlivňovaly otevření soukromé agentury domácí péče. Naopak dané příležitosti, které vedou k realizaci daného projektu a jsou to tyto:

- stárnutí obyvatel – potenciální nárůst klientů do domácího ošetřování

- podpora ze stran politiků – momentálně je velký tlak ze strany politiků ANO, TOP 09, aby si lidé přispívali na zdravotní péči a více si šetřili.
- stálý pokračující trend přesunu dlouhodobé zdravotní péče do domácího prostředí.

4.2 Analýza oborového okolí

Pro vypracování analýzy oborového okolí jsem si vybrala model podle M. E. Portera. Tento model pracuje s pěti prvky v odvětví a jeho rizik. Podstatou tohoto modelu je možná prognóza vývoje konkurenční situace ve zkoumaném odvětví domácí péče na základě odhadu možného chování 5 subjektů a objektů působících na tomto trhu a z jejich strany hrozící rizika (Business management, 2016).

- Stávající konkurence
- Potenciální konkurence
- Dodavatelé
- Kupující
- Substituty

4.2.1 Stávající a potencionální konkurenti

Možnost, že v oblasti poskytování domácí zdravotní péče nebude žádná konkurence, nelze vyloučit. Naopak, stále přibývá agentur poskytující domácí péči a dokonce ještě s přidanými doplňkovými službami. Proto je dobré znát i svoji možnou konkurenci. Je třeba zdůraznit, že námi poskytovaná služba musí mít jasně dané cíle i plány, které budou fixně dané a podle aktuálnosti budeme umět flexibilně reagovat na možné změny. Námi poskytované služby nebudou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, tak, jak poskytuje většina agentur domácí péče. Proto je prioritou, být co nejpřesvědčivější a poskytovat nadstandardní služby.

Počet organizací poskytující domácí péči je v oblasti Praha-východ celkem 11. Jsou to všechny registrované agentury poskytující domácí péči. Tyto agentury poskytují služby ve spolupráci s pojišťovnami, klienti mají vše hrazeno z veřejného zdravotního pojištění (Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb, 2016).

To, že by na trh vstoupila nová společnost, poskytující domácí péči a to i za úhradu zdravotního pojištění je velice pravděpodobné. Především v politice státu České republiky, jak už jsem výše uvedla, že je podporováno, aby péče o nemocné byla postupně transformována z nemocnic a zdravotnických zařízení do domácího prostředí. A další neméně vážná situace a realita je, že obyvatelstvo podle demografických údajů stárne, dožívá se vyššího věku a s přibývajícími léty dochází u lidí k propukání různých onemocnění, a tím pádem logicky k potřebě zdravotní péče.

Bariérami, které by mohly ovlivňovat vstup nových konkurenčních společností, by mohly být tlaky ze stran zdravotních pojišťoven regulující navázání smluvních vztahů s novými společnostmi. V případě realizace otevření naší agentury by toto nemělo mít zásadní vliv, neboť chceme a je naší prioritou poskytovat služby, které budou plně hrazeny ze strany klienta bez účasti pojišťovny.

Z provedeného výzkumného šetření vyplynulo, že pokrytí služeb domácí péče je nedostačující viz 3.5.

4.2.2 Dodavatelé

Vzhledem k tomu, že se bude jednat o soukromé podnikání tohoto subjektu, můžeme rozdělit dodavatele do několika skupin:

- zdravotnické pomůcky a materiál
- energie
- ostatní – do této kategorie lze zařadit nutné vybavení kanceláře kancelářským nábytkem, potřebami, nájem za poskytnuté prostory kanceláře, úklid, telekomunikační služby.

Z této kategorie je asi nejméně ovlivnitelná energie. Bohužel v České republice je monopol na dodávku energie, zde nemůžeme očekávat vyjednávací sílu.

Kde naopak lze vyjednávat o ceně a dostupnosti, je dodávka zdravotnických pomůcek a materiálu. Jelikož je velice dobře český trh saturován mnoha firmami nabízející zdravotnické pomůcky a materiál, je možné vyjednávat i o cenách. I z hlediska jistě velkého objemu spotřeby zdravotnického materiálu.

V případě třetí skupiny – kancelářské pomůcky a vybavení, naše síla vyjednávání nebude tak silná jako v případě zdravotnických pomůcek a materiálu. Jelikož se u vybavení kanceláře bude jednat o jednorázový nákup, nebude moc možností tlaku na nižší cenu. Posléze v nákupu tonerů, papíru a kancelářských potřeb, zde vidím možnost vyjednávání o ceně. Služby typu úklidu a oprav, i tady síla vyjednávání nebude tak silná.

4.2.3 Kupující

Kupujícími a to doslova, naše služby, budou klienti, nemocní lidé, kteří budou našimi zákazníky. I přes všechno musím použít tuto terminologii, neboť oni si tu službu budou kupovat, platit.

Vyjednávací síla s těmito klienty, pacienty bude velmi významnou součástí celé spolupráce naší agentury. Je třeba ukázat potenciálním klientům, že jsme opravdu schopni poskytnout nadstandardní péči právě proto, že si ji sami hradí z vlastních zdrojů. Bude se dbát na profesionální vystupování, jednání a individuální přístup ke každému z klientů. Vše musí být podpořeno vzájemnou dohodou a spokojeností a toho lze dosáhnout jen dostatečnou komunikací, jasně stanovenými cíli organizace. Veškerá jednání a péče bude zadokumentována a archivována po nezbytně dlouhou dobu a to pro případ úmrtí klienta minimálně 5 let. Jelikož budou existovat i standardy pro ošetřující personál, nemusí se klient obávat, že by byl o něco „ochuzen" a s těmito standardy bude seznámen hned na první schůzce a budou také dostupné na webových stránkách organizace.

Ti, kdo se budou také podílet na zprostředkování domácí péče, budou především praktičtí lékaři. Každý z nich v oblasti Praha-východ bude mít v ordinaci naše informační letáky, které nabídne pacientovi, který bude potřebovat formu domácího ošetřování. Pacient si bude moci vybrat mezi konkurencí a námi. Významnou roli viz výzkum, který poukazuje na časovou a personální dostupnost agentur poskytující domácí péči za úhradu z veřejného zdravotního pojištění.

Z provedeného šetření v rámci dotazníků pro pacienty vyplynulo, že jsou ochotni si za služby domácí péče platit z vlastních zdrojů, nezávisle na úhradách od zdravotních pojišťoven (graf 3.14).

Informace z provedeného výzkumného šetření ukázaly i ochotu výše finančního příspěvku za službu domácí péče (graf 3.15).

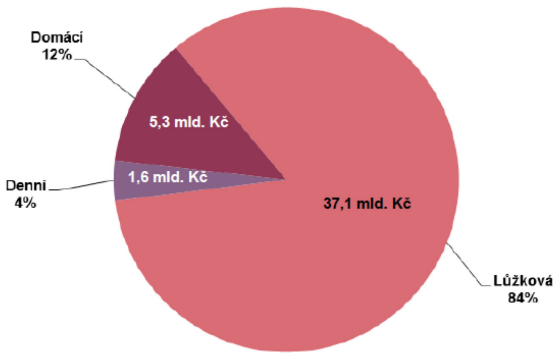
4.2.4 Substituty

Jako hrozbu možných substitutů lze spatřit ve zdravotnických zařízeních lůžkové části nebo pobytových zařízeních sociálních služeb. Tuto hrozbu vidím jako reálnou avšak ne natolik ohrožující z důvodu obsazenosti lůžek daných zařízení. I tyto substituty jsou limitovány počtem lůžek.

Nejčastějším substitutem u klientů nacházející se v terminálním stavu jsou hospice. Těch ale v okolí Prahy-východ není mnoho – dle dostupných zdrojů se nachází 3 hospice v této oblasti. Jejich celkový počet lůžek je 60. Je třeba uvést, že i v těchto zařízeních si klienti musí platit služby, minimálně 400 Kč za jeden den a je třeba k tomu přičíst i platbu za stravu, která je na den minimálně 70 Kč (Asociace hospiců, 2016).

Ministerstvo práce a sociálních věcí už od roku 2010 prosazuje, aby domácí péče byla poskytována více. Proto je i výhodnější z hlediska financování přesouvat více zdravotní péči do domácího prostředí (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2010).

V grafu 4.6 lze vidět velké procentuální zastoupení hrazené lůžkové péče. Pouhých 12 % je zdravotní péče poskytnutá v domácím prostředí. Výdaje zdravotních pojišťoven jsou mnohem vyšší než u domácí péče 37,1mld. Kč (Český statistický úřad, 2016).



Graf 4.6: Výdaje na dlouhodobou zdravotní péči v ČR podle typu poskytnuté péče, 2014 (mld. Kč; %)

Zdroj: Český statistický úřad, 2016

4.2.5 Shrnutí

Příležitosti x hrozby v daných odvětvích

Příležitosti

- nedostatečné pokrytí služby domácí péče v oblasti Praha-východ
- časová dostupnost a flexibilita – poskytnutí služby v průběhu jednoho týdne, žádné
- pořadníky a dlouhé čekací doby na sjednání návštěv u klienta
- ochota pacientů hradit si péči z vlastních zdrojů

Hrozby

- financování služeb z vlastních zdrojů – stále převládá názor společnosti, proč by si pacienti měli něco platit, když na to mají nárok z veřejného zdravotního pojištění
- konkurence – především konkurence ze stran agentur spolupracujících s pojišťovnami, u kterých jsou klienti pojištěni
- hrozba fluktuace zdravotnického personálu – dle zdrojů v tomto odvětví služeb dochází k vysoké fluktuaci a odchodům zcela mimo zdravotnictví personálu, především sester

4.3. Vnitřní analýza

Vnitřní analýzu lze provádět až po otevření a fungování agentury. Proto tuto analýzu nešlo provést. Můžeme vycházet a hodnotit až z proběhlého výzkumného kvantitativního šetření, které bude provedeno za účelem založení organizace poskytující domácí zdravotní péči.

Lze však již nyní říci, že mezi silné stránky organizace bude zcela jistě patřit erudovanost pracovníků, především ošetřujícího personálu a komunikace v jazyce klienta. Zdravotní sestry budou přijímány formou přijímacího pohovoru a to i za účasti psychologa.

Tato práce v terénu obnáší nejen fyzickou, ale především psychickou zátěž, umět se rozhodnout v daném okamžiku, a proto spatřuji přítomnost psychologa na místě.

4.3.1 Poskytování služby

Přijetí zakázky – zavolá rodina nebo přímo klient a domluví se schůzka přímo v agentuře. Klient je poučen, že má vzít s sebou veškeré lékařské zprávy a doporučení, které mu byly vydány po propuštění z nemocničního zařízení nebo přímo praktickým lékařem. Po domluveném termínu se sejde klient eventuálně s jeho rodinou v agentuře na první pohovor, kde bude účast nejen sestry manažerky, ale i sestry, která se bude o klienta starat. Zajistí se i přítomnost lékaře specialisty, aby se klient poučil nejen lékařem, ale i sestrou, jak bude péče o něj probíhat. Zdravotní sestra, která bude ke klientovi dojíždět a starat se o něj, bude náležitě představena. Než se s klientem podepíše Smlouva o poskytování ošetřovatelské a odborné péče vše se s klientem a jeho rodinou, pokud si to on sám přeje probere dopodrobna.

Bude dán prostor na otázky ze strany klienta. Podstatou výborné spolupráce je vzájemné porozumění a pochopení. Je třeba klientovi ukázat, že se nemá čeho obávat. Posléze si každý z účastníků vezme smlouvu a proberou bod po bodu. Každá smlouva má jasně daný základ, ale může se lehce upravovat v návaznosti na individuální zdravotní stav klienta, tj. každý klient bude potřebovat jinou péči – například pouze odpojení a napojení infúze, aplikace injekcí na tišení bolesti apod. Toto vše musí být jasně definováno ve smlouvě o poskytnutí služeb. Ve smlouvě bude taktéž jasně daná částka, za kterou je služba poskytována. Částka je již včetně DPH a je konečná. Jelikož se jedná o službu, která se počítá na odpracované hodiny dané sestry, je tato částka uvedená jako sazba za 1 hodinu odvedené služby.

Zajištění potřebných pomůcek pro daného klienta je především věcí jeho praktického lékaře. Pokud tak není možno učinit, pomůcky předepisuje odborný lékař a jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění klienta. Jinak klient má samozřejmě založenu svojí vlastní kartu, do které se budou zapisovat veškeré informace o klientovi (změna potřeb, zdravotní stav apod.).

Sestra, která se bude starat o klienta v jeho domácím prostředí, pojede společně se sestrou manažerkou k němu domů. Na každé první návštěvě bude přítomna sestra manažerka, aby dohlédla na to, že poskytovaná služba bude probíhat bez problémů. Ponechá

telefonní kontakt nejen na sebe, ale i na sestru, která je přidělena klientovi, aby se mohli v jakémkoliv případě potřeby obrátit na agenturu.

Po této návštěvě bude provedeno celkové zhodnocení situace a provedené intervence.

Harmonogram návštěv pacienta bude rozplánován na minimálně 3 týdny a to pro případ, kdyby došlo k nějakým náhlým změnám (odvoz klienta do nemocnice při zhoršení jeho zdravotního stavu, úmrtí apod.).

A velice důležitá věc a to nejen k ochraně klienta, ale i samotné agentury – každý klient také podepíše Souhlas o zpracování jeho osobních údajů (Zákon 101/2000Sb., o ochraně osobních údajů).

Zdravotní sestry musí splňovat základní požadavky podle aktuální legislativy ČR a to zákon č. 96/2004 Sb., že jsou registrovány a smějí pracovat bez dozoru (Zákon č.96/2004 Sb.).

Do pracovního poměru jsou přijaty sestry pouze po prokázání předchozí praxe a podaných referencí od zaměstnavatele. Musí projít přijímacím pohovorem, u kterého je přítomna sestra manažerka, lékař a psycholog.

Péče o klienty je poskytována v okolí 30 km od místa kanceláře firmy. Veškeré informace jsou podány nejen klientovi, ale i všem zaměstnancům.

4.3.2 Hmotné zdroje

Podle přílohy č. 9 k Vyhlášce č. 92/ 2012 Sb. je potřeba, aby agentura vlastnila hmotný majetek. Příloha č. 9 k Vyhlášce č. 92/2012 Sb. určuje toto nezbytné vybavení pro kontaktní pracoviště:

- nábytek pro práci všeobecné sestry
- kartotéční skříň, pokud není zdravotnická dokumentace vedena výhradně v elektronické podobě
- připojení k veřejné telefonní síti mobilní
- tonometr
- fonendoskop
- teploměr lékařský
- pomůcky k odběru biologického materiálu
- pomůcky pro ošetřování chronických ran

- pomůcky pro katetrizaci močového měchýře ženy
- glukometr
- irigátor, pokud je péče poskytována pacientům s potížemi při vyprazdňování
- pomůcky pro poskytnutí první pomoci včetně kardiopulmonální resuscitace, tj. resuscitační rouška, rukavice, výbava pro stavění krvácení
- box pro přepravu biologického materiálu.

Kontaktní pracoviště musí mít minimální plochu 10 m^2 a sanitární zařízení pro 4 zaměstnance.

Podle výše uvedeného zákona bude vybavení obsahovat i tyto zdravotnické náležitosti: pulsní oxymetr, pomůcky pro odběr biologického materiálu, pomůcky pro ošetřování chronických ran a dekubitů, pomůcky pro katetrizaci močového měchýře u mužů a žen, funkční pomůcky pro nácvik soběstačnosti klienta, rukavice, výbava pro stavění krvácení, odsávačka, nasogastrické sondy, boxy na biologický materiál, boxy na přepravy biologického materiálu.

V budoucnu možný nákup 2 osobních aut formou leasingu pro sestry sloužící noční směny (Vyhláška 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče).

4.3.3 Lidské zdroje

Majitelem a managerem agentury domácí péče bude absolvent FHS UK oboru řízení v sociálních a zdravotnických organizacích. Jeho praxe v oboru domácí péče bude alespoň 2 roky v oboru domácí péče. Jeho znalosti budou nejen z oblasti zdravotnictví, ale i z oblasti sociálních služeb. Bude zároveň majitelem, společníkem a jednatelem agentury.

Na pozici vrchní sestry bude všeobecná zdravotní sestra s dlouholetou praxí u lůžka, která se ale bude umět orientovat v problematice domácí péče, jejímu plánování. Tato sestra bude mít osvědčení o práci bez odborného dohledu a bude též zástupcem v odborných věcech při nepřítomnosti manažera agentury. I ona bude společníkem agentury.

Na pozice všeobecných sester budou přijaty sestry, které mají alespoň 3 roky práce u lůžka. Nejsou kladeny požadavky k přijetí, že budou muset mít specializaci jako je ARIP,

ale zcela jistě toto bude výhodou. Tyto sestry budou muset plynně hovořit alepoň jedním ze 4 světových jazyků – anglický, německý, ruský a italský.

Agentura bude klást důraz na další vzdělávání svých pracovníků. U sester se především zaměření na péči v domácím prostředí, možnost prezentovat svoje výsledky a péči na odborných seminářích.

Vedoucí pracovníci, vrchní sestra a manažer, budou umět strategicky řídit chod agentury, umět reagovat na poptávku. Manažer bude rovněž zajišovat finanční řízení společnosti. Pouze pro účely vystavování vystavování daňových přiznání má externě zajištěnou účetní.

4.3.4 Finanční zdroje

Vlastník agentury vloží na počátku svoji vstupní investici a to ve výši 1 000 000 Kč. Tyto finanční prostředky budou využity na vybavení agentury a je počítáno i s tím, že v prvních měsících nebude dostatek klientů. Podle provedených analýz by měla agentura dosahovat zisků při pravidelném ošetřování 25 klientů za měsíc, čehož by mohla dosáhnout v 5. měsíci od začátku podnikání (viz kapitola 5.2.7).

4.3.5 Marketing a jeho faktory

Propagace agentury bude zajištěna formou informačních letáků, které budou předány do ordinací praktických lékařů. Do dalších zdravotnických zařízení, jakými jsou nemocnice v okolí a v hlavním městě Praze, budou též osobně předány tyto letáky na ředitelství nemocnic. Bude to učiněno tímto způsobem z důvodu, že klienti jsou hospitalizovaní i v nemocnicích a jejich ošetřující lékaři jim následně doporučují domácí péči. Je proto nezbytné, aby už v nemocnici měli potenciální klienti informaci, že existuje naše agentura.

Z další kanálů distribuce bude využit webový portál, kde potenciální zájemci najdou základní informace nejen o fungování agentury, ale dozví se, kdo je bude ošetřovat. U každého z pracovníků bude fotka a krátký profesní životopis. Je zcela na místě, aby klienti co nejlépe poznali personál a mohli mu důvěřovat.

Informační letáky budou též distribuovány na příslušné úřady v obcích a městech. Bude požádáno u příslušných obecních úřadů, aby informaci o naší nově vzniklé agentuře přidali na své webové stránky. Další distribuce je popsána v kapitole 5.3.4.

4.3.6 Shrnutí vnitřní analýzy

V této kapitole shrnuji silné a slabé stránky plánované agentury domácí péče Helping Hand s r.o.

Silné stránky:

Dostupnost a umístění agentury HH – dostupná lokalita, přímo ve středisku praktických a odborných lékařů, možnost parkování.

Vysoká erudovanost personálu – kvalifikovaný, odborně vzdělaný personál, hovořící alespoň jedním světovým jazykem, majitel agentury vzdělaný v oboru zdravotní a sociální péče, s praxí v oboru.

Financování pouze vlastními zdroji – nezávislost na cizích zdrojích, bez závazků k bankovním institucím.

Flexibilita v nabízených službách – důraz na individuální přístup ke klientům a preferencím nejen časovým vůči klientům.

Dva jednatelé společnosti – možnost zastoupení v nepřítomnosti jednoho z nich.

Motivace vlastníků a dalšího personálu – poskytnutí nejlepší možné péče i vzhledem k tomu, že si ji klienti hradí bez přispění zdravotní pojišťovny.

Slabé stránky:

Soukromá společnost – nutnost budování dobrého jména, orientace na nové potenciální klienty, postupné získávání nových klientů.

Vysoké počáteční náklady – náklady na vybavení agentury, vysoký vstupní kapitál, předpoklad výplat mezd bez toho, že by agentura na ně vydělala v počátečních měsících podnikání.

Závislá pouze klientech – potřeba získat minimálně 25 pravidelných klientů měsíčně, aby agentura nebyla ve ztrátě.

4.4 SWOT analýza

Tato analýza mi posloužila jako přehled všech provedených analýz a zjištění, které bych ráda později doplnila o zjištění z kvantitativního výzkumu, který budu realizovat v průběhu zimního období. SWOT analýze jsem se věnovala v teoretické části viz kap. 1.1.2.

Stručný a jasný přehled SWOT analýzy uvádím v tab. 4.3.

Tab. 4.3 SWOT analýza

Silné stránky	Slabé stránky
• Dostupnost a místo sídla agentury • Financování vlastním kapitálem • Personální erudovanost • Individuální přístup • Rychlost jednání • Motivace • Nadstandartní kvalita služeb	• začínající organizace • vysoké počáteční náklady • financování pouze samoplátci
Příležitosti	**Hrozby**
• Demografické stárnutí populace • Trend přesouvání léčení klientů do domácího prostředí • Dlouhé čekací doby u zavedených agentur agentur a organizací • Ochota klientů platit službu domácí péče z vlastních zdrojů	• Vysoká vyjednávací síla lékařů, praktiků určujících domácí péči • Konkurence • Riziko fluktuace zdravotnického personálu

Zdroj: vlastní tvorba

O-T analýza (Opportunity – Threath)

Tato analýza umožňuje ještě lepší zobrazení rizik a příležitostí, tj. příležitostí a ohrožení. Využívá výsledky SWOT analýzy a poskytne nám ucelený obraz (Exner a kol., 2005).

Tab. 4.4 O-T analýza

Příležitosti	**význam***	**pravděpodobnost****	**skóre*****
Demografické stárnutí populace	4	5	20
Trend přesouvání léčby klientů do domácího prostředí	5	4	20
Dlouhé čekací doby u zavedených agentur	4	3	12
Ochota klientů hradit péči z vlastních zdrojů	5	5	25
Celkem skóre příležitostí			**77**
Hrozby	**význam**	**pravděpodobnost**	**skóre**
Vysoká vyjednávací síla lékařů, praktiků	4	4	16
Konkurence	4	5	20
Riziko fluktuace zdravotnického personálu	4	3	12
Péče hrazená pojišťovnami	5	4	20
Celkem skóre rizik			**68**

Zdroj: vlastní tvorba

Vysvětlivky: Hodnocení významu a pravděpodobnosti na relativní škále 1-5 (5=max.)

- ***význam** – je dán velikostí reálně dosažitelného finančního zisku nebo ztráty v případě hrozeb
- ** pravděpodobnost dosažení uvedeného zisku v případě realizace příležitosti, respektive pravděpodobnost dosažení ztráty v případě, že nebude u hrozby použita obranná strategie
- ***celkový pohled na výši příležitostí versus rizik je dobrým indikátorem současného a budoucího stavu agentury

O-T analýza nám ukazuje, že populace stárne a bude tedy vyšší poptávka po odborné zdravotní péči a u čekacích dob na započetí domácí zdravotní péče je také ukazatel, který lze využít ve svůj prospěch.

U hrozeb z této analýzy lze vidět dvě velmi vysoké a to především konkurence a riziko fluktuace personálu. Tyto dva ukazatele lze jen těžko ovlivnit, neboť pokud konkurence spolupracuje s pojišťovnami, které za klienta hradí péči, je jasné, že klienti, kteří nemají dostatek finančního zabezpečení, upřednostní agenturu, která spolupracuje s pojišťovnou a oni nemusí nic doplácet.

Z výsledků O-T analýzy plyne, že počet seniorů stále roste a nadále se bude zvyšovat. Politická snaha přesouvat zdravotní i sociální péči do domácího prostředí nám dává možnost uplatnit se na trhu i přesto, že si klienti budou službu hradit. Je dostatek agentur poskytující domácí péči, ale jejich hlavními problémy a nedostatky je málo kvalifikovaného personálu a tím i způsobená časová tíseň pro možnost zařazení klienta do jejich plánů domácí péče a návštěv (tab. 4.4.).

5. Podnikatelský plán – navrhovaná část

Na podkladě provedených zjištění ze strategické analýzy, praxe a především výzkumného šetření navrhuji podnikatelský plán na založení soukromé agentury domácí péče. Podnikatelský plán je sestaven s ohledem na podkladě potenciálních hrozeb a rizik i příležitostí, které se mohou promítnout do podnikání v této oblasti. Struktura podnikatelského plánu byla představena v teoretické části diplomové práce.

5.1 Popis společnosti

Předmětem podnikatelského plánu je agentura poskytující zdravotní péči v domácím prostředí a to za přímou úhradu od klientů. Tato agentura bude zřízena jako společnost s ručením omezením a její jméno bude Helping Hand HM, s r.o..

Obr.5.1: Logo agentury Helping Hand HM, s. r.o.

Zdroj: Vlastní tvorba

Cílem této agentury je zajistit nemocným kvalitní, profesionální, zdravotní péči v jejich domovech. Domácí zdravotní péče bude poskytována na území Praha-východ, oblast Brandýs nad Labem, Úvaly a jejich přilehlé obce v okruhu 30 km.

Jak z malého průzkumu v oblasti Prahy-východ vyplynulo, je zde evidováno 11 agentur domácí péče, které zajišťují danou oblast, ale kapacitně nezvládají ošetřovat obyvatele. Obyvatelé menších vesnic jsou tak odkázáni na nemocnice v okolí a nebo by si velmi rádi zaplatili tyto zdravotní služby z vlastních zdrojů.

Po dohodě s praktickými lékaři bude proveden řádný kvantitativní výzkum, který by měl ukázat, kolik obyvatel, potencionálních klientů je ochotno si domácí zdravotní službu zaplatit.

Agentura bude zajišťovat kvalifikovanou ošetřovatelskou a paliativní péči.

Specializací agentury bude především poskytnutí ošetřovatelské péče v oblasti gastrointestinálního traktu, klientů odkázaných na parenterální, enterální výživu, klienti po provedené stomii a to nejen na GIT, ale i například stomii urogenitální.

Klienti budou edukováni, jak se sami mohou o tyto vstupy a výstupy starat, pokud již není přítomna zdravotní sestra.

Z těchto důvodů budou zaměstnány zdravotní sestry, které jsou zkušené a ochotné se i nadále vzdělávat a absolvovat kongresy a prezentovat svoji práci.

Vize společnosti Helping Hand HM s.r.o.:

- dokonalá znalost problematiky onemocnění GIT
- poskytování vysoké kvality a bezpečné ošetřovatelské péče
- empatický a individuální přístup ke každému z klientů
- komunikace mezi zaměstnanci, ošetřujícím personálem, klienty a jejich rodinami
- nabídka nadstandardního přístupu a rozsahu ošetřovatelské péče dle každého klienta individuálně
- bezplatná poradna o zprostředkování sociální péče a nároků na ni
- poskytnutí služeb i klientům hovořící jiným jazykem než českým.

Zahájení činnosti agentury je naplánováno na leden 2018. Agentura bude založena pouze jedním společníkem, který bude zároveň jednatelem, manažerem funkce ošetřovatelské péče. Druhým jednatele agentury bude zdravotní sestra, která bude mít

pravomoc k zastupování prvního jednatele a bude na pozici vrchní sestry. Tato zdravotní sestra bude splňovat veškeré požadavky o své odbornosti podle Zákona o nelékařských zdravotních povoláních 96/2004 Sb.

Sídlo agentury bude v pronajatých prostorách ve městě Úvaly, kde je zajištěno i parkování pro zaměstnance a eventuálně rodiny klientů objednávající si služby agentury. Prostory budou vybaveny kancelářským nábytkem a bude zde jedna místnost, která bude vedena jako sklad potřebného materiálu.

Agentura bude v blízkosti ordinací praktických lékařů a to z důvodů dostupnosti pro potencionální klienty. Bude vytvořena a uzavřena Smlouva o dohodě o provedené práci se dvěma lékaři, kteří mají atestaci z interního oboru a jedním lékařem chirurgem.

V budoucnu bychom zvažovali nabídku služeb rozšířit o domácí práce, jako je základní úklid domácnosti klienta, dovoz nákupu, kadeřnictví a pedikúra a manikúra v rámci jejich domovů. To bychom viděli jako možnou spolupráci s místními podnikatelskými subjekty v oblasti těchto služeb.

5.2 Produkt

Produktem bude poskytování odborné ošetřovatelské péče klientům v domácím prostředí formou pravidelných návštěv. Domácí péče slouží k zajištění nezbytné péče o klienty v domácnostech, aby mohli být doma a ne v nemocničním zařízení. Jedná se poskytnutí následné péče. Smysl produktu spočívá především v tom, umožnit klientům zůstat v domácím prostředí a nebýt nucen zůstávat v nemocničním zařízení, když se jedná o péči v rámci sesterských kompetencí.

Tato služba bude poskytována 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, včetně svátků. Služba, jelikož bude individuální, tzv. ušita každému klientovi na míru, dle jeho potřeb, vše bude zaznamenáno ve Smlouvě o poskytnutí odborné ošetřovatelské péče.

Ošetřovatelský den u klienta bude zahrnovat tyto aktivity:

- pomoc s hygienou klienta
- monitorace základních fyziologických funkcí
- převazy a ošetření defektů u klienta
- aplikaci injekcí a podávání léků

- pomoc při základní sebeobsluze,
- edukační proces v rámci podávání parenterální a enterální výživy dalším členům rodiny, kteří se spolupodílejí na péči o klienta
- péče a edukace o stomii
- měření glykémie
- edukace při aplikaci inzulínu
- odběr biologického materiálu dle ordinace lékaře.

Agentura domácí péče se bude zaměřovat nejen na krátkodobě nemocné, ale i na klienty, kteří potřebují dlouhodobou odbornou pomoc v rámci svého zdravotního stavu. Vzhledem ke skladbě obyvatelstva lze předpokládat, že agentura bude pečovat o seniory a lidi po úrazech, kteří jsou upoutáni na lůžko nebo na invalidní vozík a nejsou plně soběstační.

U klientů, kteří se budou nacházet v terminálním stavu nemoci bude agentura zajišťovat péči vztahující se k důstojnému doprovázení člověka, který umírá.

Termíny návštěv a konzultací se budou u každého klienta odvíjet od jeho zdravotního stavu a vše bude při první návštěvě vrchní sestry a lékaře zaznamenáno do Smlouvy o poskytnutí odborné sesterské a lékařské pomoci. Každá tato smlouva se může v průběhu oboustranné dohody individuálně upravovat a to především podle aktuálního zdravotního stavu klienta.

Každý z klientů bude mít telefonní kontakt na vrchní sestru, která v případě potřeby zajistí nejen konzultaci po telefonu, ale i odborné ošetření.

5.2.1 Produktové silné stránky

V agentuře budou zaměstnány jen ty zdravotní sestry, které mohou pracovat bez odborného dohledu. Tyto zdravotní sestry budou zkušené, především z oblasti ošetřování chronických ran, péče o klienty s deficitem metabolismu, potřebou UPV (umělé plicní ventilace a péče o dýchací cesty) a jejich předností bude zcela individuální přístup ke každému z klientů. Potřeby klientů budou na prvním místě v péči o ně.

Jsme si plně vědomi, že pro klienta bude důležité, aby se o něj starala jedna stálá sestra, proto plánování bude nastaveno tak, aby tato sestra navštěvovala klienta, aby se zamezilo

střídání sester. Klienti jsou na jakékoliv změny velice citliví a to zejména, pokud se jedná o chronicky nemocné a seniory. Naše pracovníky budeme motivovat k setrvání v naší agentuře prostřednictvím benefitů ve formě finančních odměn, ale i podporou v dalším vzdělávání a prezentaci vlastních výsledků na odborných seminářích a konferencích. Chceme tím zamezit jejich fluktuaci.

Veškerá zdravotní péče bude poskytována v souladu interního hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb. Podle ustanovení §47 odst. 3 písmene b) zákona č.372/2011 Sb., je naše agentura povinna zavést tento systém hodnocení kvality a bezpečí. Standardy kvality budou zpracovány v rozmezí minimálních požadavků podle Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR č.5/2012. Standardy týkající se ošetřovatelské péče a ošetřovatelského procesu budou součástí každé dokumentace klienta. V tomto typu dokumentace se bude pravidelně a podrobně zaznamenávat, například ošetřování chronických ran, aktivizace klientů, jejich potřeb apod. Interní systém kvality a bezpečí nám může zajistit vysokou kvalitu poskytované péče, ale i usnadnit a zrychlit práci našich zaměstnanců. Je potřebné, aby naši zaměstnanci vnímali proces zajištění interní kvality a bezpečí jako velice důležitý, jehož prostřednictvím budeme moci měřit efektivitu naší práce a budeme mít podklady pro plánování a řízení chodu celé agentury. Při tvorbě manuálů pro kvalitu a bezpečí bude naše agentura vycházet z metodiky, kterou vydala Spojená akreditační komise (Spojená akreditační komise, 2016).

Tato společnost SAK již má na svých stránkách i pilotní verzi standardů kvality a bezpečí pobytových zařízení sociálních služeb. Lze tedy očekávat, že v budoucnu budou standardy vytvořeny i pro sekci poskytování domácí zdravotní péče (Spojená akreditační komise, 2017).

Klíčová je spolupráce s praktickými a ošetřujícími lékaři. Jsou to ti, kteří rozhodují prioritně o tom, zda klient bude potřebovat domácí péči a ti, kteří se rozhodnou, zda doporučí soukromou agenturu nebo se jen o ní zmíní i přesto, že musí nejprve klienta, pacienta informovat o skutečnosti, že ze zákona má právo na plně hrazenou domácí péči v rámci svého pojištění.

Je proto velmi důležité navázat vzájemné bližší vztahy mezi agenturou a praktickými lékaři, více s nimi komunikovat.

Agentura domácí péče se bude účastnit i aktivit pořádaných městem Úvaly a přilehlými obcemi, aby se mohla dostat do podvědomí místních obyvatel. Chtěli bychom se podílet na spolupráci i s místními podnikateli a podporovat i místní charitativní spolky. Tuto myšlenku máme jako další strategií pro zapsání se do podvědomí obyvatel. Je podstatné a

neodmyslitelné, že lidé uvidí, že peníze, které zaplatí za služby, část může být využita i na jiné smysluplné účely.

5.2.2 Produktová rizika

Největším rizikem našeho produktu je zcela jistě fakt, že naše služby jsou plně hrazeny klienty a nebudeme mít žádnou smlouvu se zdravotní pojišťovnou. Je to skutečně velké riziko, ale podle výše uvedeného výzkumného šetření můžeme vidět, že jsou obyvatelé okolí Úval a přilehlých obcí ochotni hradit si službu domácí péče bez přispění svojí zdravotní pojišťovny. Je pro ně rozhodující především kvalitní péče a rychlost zařazení klienta do plánovaných návštěv.

Agentury kooperující v námi stanové lokalitě spolupracují s více pojišťovnami, takže mají větší možnosti snáze získat klienty. Ale jak už jsem se zmínila výše, klienti musí dlouho čekat, než si je agentury zařadí do programu návštěv, neboť tyto agentury mají velký nedostatek kvalifikovaného personálu.

5.2.3 Rozsah našich služeb

V našem případě bude jednotkou produktu jedna ošetřovací hodina, 60 minut. Předpokládáme, že ve většině případů klientů bude vyšší procentuální zastoupení chronicky dlouhodobě nemocných. Proto vycházíme z jedné ošetřovací hodiny. Z toho vyplývá, že měsíčně poskytneme klientovi 30 návštěv, což je 360 návštěv u klienta za jeden kalendářní rok.

U seniorů a chronicky nemocných pacientů lze předpokládat, že budou tuto službu ošetření vyžadovat po celý rok.

V tabulce 5.1 uvádím přehled odhadu počtu ošetřených klientů v prvních třech letech fungování agentury.

Tab.5.1: Počet klientů v jednotlivých měsících po dobu prvních třech let podnikání agentury

1.rok	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	**Celkem**
Počet klientů	4	10	14	20	25	30	35	35	35	35	35	35	
Počet hodin	240	600	840	1200	1500	1800	2100	2100	2100	2100	2100	2100	**18780**
Noví klienti	6	4	6	5	5	5	5	2	4	4	5	4	55
2.rok	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Počet klientů	35	40	40	45	45	45	45	50	50	50	50	50	
Počet hodin	2100	2400	2400	2700	2700	2700	2700	3000	3000	3000	3000	3000	**32700**
Noví klienti	4	5	2	2	7	7	4	6	7	5	5	7	**61**
3. rok	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Počet klientů	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	
Počet hodin	3000	3000	3000	3000	3000	3000	3000	3000	3000	3000	3000	3000	**36000**
Noví klienti	6	6	5	8	4	7	7	7	8	7	6	7	78

Zdroj: Vlastní tvorba

V prvním roce provozu agentury předpokládáme, že ošetříme maximálně 35 klientů, což činí 18 780 hodin.

V následujícím roce a ve třetím roce podnikání ošetříme maximální počet, a to 50 klientů. Plánujeme, že v průběhu druhého roku podnikání budeme muset přijmout další zaměstnance, zdravotní sestry. Na hlavní pracovní poměr zaměstnáme v počátku 4 zdravotní sestry a 4 sestry na Dohodu o provedené práci (DPP). V průběhu let chceme navýšit pracovní tým sester na 10 na hlavní pracovní poměr a 7 na Dohodu o provedené práci (DPP).

5.2.4 Kalkulace ceny produktu – kvalifikovaný odhad na poskytnutí péče

Poskytované služby, jak bylo uvedeno výše se měří v hodinách. Na každého klienta v průměru připadají 2 hodiny poskytnuté péče. Na základě průzkumu trhu se stanovil počet klientů, jejichž poptávku jsme schopni uspokojit.

Předpokládáme, že zajistíme péči 50 klientů, tj. 3 000 hodin za měsíc (30 dní). V průměru to znamená, že bude poskytnuto 60 hodin na klienta.

Cenu jsme spočítali a stanovili i na základě průzkumu trhu a analýzy nákladů. A také, aby byly finance v rezervě pro možné finanční odměny 2x do roka pro personál.

Cena za 30 dní pro klienta je stanovena na 19 200 Kč a hodinová sazba je tedy 320 Kč. Jelikož si péči klient hradí sám a není žádná spoluúčast ze strany státu, pojišťovny či Kraje, je tato cena konečná.

5.2.5 Předpokládané náklady

Fixní

Je potřeba fixní náklady rozdělit na osobní, dlouhodobý majetek (leasing na auta), ostatní fixní náklady. Fixní náklady budou v prvním roce dosahovat 241 100 Kč.

Organizace v prvních 2–3 letech nebude disponovat žádným dlouhodobým majetkem, který by bylo možno odepisovat. V příloze č. 8 jsou rozčleněny veškeré fixní náklady.

Variabilní

Vzrůst nebo naopak pokles variabilních nákladů bude přímo úměrný počtu odpracovaných hodin u klientů v jednotlivých měsících.

Do variabilních nákladů bude započtena mzda pro sestry pracující na Dohodu o provedené práci. Jejich mzda bude činit sazbu hodinovou, 120 Kč/hodinu. Výše hrubé mzdy zdravotní sestry zaměstnané na hlavní pracovní poměr bude 20 000 Kč.

Pracovní doba sester bude stanovena na 8,5 hodiny, z čehož u klientů 7 hodin a zbytek pracovní doby, 1,5 hodiny je brán jako nutný čas na cestu mezi klienty. Zdravotní sestry budou mít tedy za měsíc odpracováno 160 hodin.

Podle doporučení bereme v úvahu při plánování skutečnost, že každý ze zaměstnanců bude čerpat dovolenou, tedy 240 dnů, které budou brány jako pracovní dny za celý kalendářní rok (Fofr, 1999).

Platby sociálního a zdravotního pojištění

Tyto platby budou placeny za přijaté zdravotní sestry na stálý pracovní poměr. U sester na Dohodu o provedené práci se tato povinnost přesouvá na ně samotné. Výše odvodů na jednu sestru činí 6 800 Kč/měsíc.

Celkové náklady nejen mzdové, ale i odvody na sociální a zdravotní pojištění budou v prvním roce činit celkovou částku 2 209 200 Kč. Pokud budou zaměstnány na plný úvazek 4 zdravotní sestry, vrchní sestra a plat manažerky.

U manažerky a vrchní sestry plat bude stanoven na výši 25 000 Kč hrubé mzdy, na odvodech za sociální a zdravotní pojištění je to 8 500 Kč za jednu osobu.

Spotřeba materiálu

Do spotřeby materiálu zařadíme především zdravotnický materiál, který bude potřeba u každého klienta. Jsou to většinou jednorázové pomůcky, které bude sestra každodenně používat (jehly, stříkačky, obvazový materiál, katétry, apod.).

Po odborné konzultaci a důkladných propočtech při průměrné spotřebě u jednoho klienta vychází cena materiálu na 50 Kč na jeden den. Měsíčně bude celková částka činit 1 500 Kč. Při počtu ošetřovacích hodin, jeden klient 2 hodiny denně, za měsíc 60 hodin a za jeden rok 720 hodin budou tyto náklady celkově u jednoho klienta 36 000 Kč.

Zdravotnické vybavení pro sestry v terénu

Než začne organizace fungovat, je třeba zajistit dostatečný pracovní materiál pro zdravotní sestry. Je třeba, aby sestra byla schopna pracovat samostatně v terénu a k tomu potřebuje toto vybavení: Fonendoskop, tonometr, teploměr, glukometr, nůžky, pinzetu, box na biologický materiál = 2 500 Kč/jedna sestra. Pokud plánujeme, že budeme zaměstnávat v budoucnu až 12 sester, bude zapotřebí nakoupit toto vybavení za celkovou cenu 30 000 Kč.

Náklady na dopravu

Všechny zdravotní sestry i ty, které budou na dohodu o provedené práci budou dostávat maximální příspěvek na dopravu 1 500 Kč/měsíc. V prvním roce předpokládáme že tato částka bude 108 000 Kč při počtu 6 zdravotních sester.

5.2.6 Předpokládané výnosy

Jelikož budeme organizace zcela závislá na samoplátcích, lze spočítat, kolik je potřeba ošetřit klientů, pokud jsme si stanovili hodinovou sazbu a také spočítali, jak fixní, tak variabilní náklady.

Příklad:

Klient potřebující ošetřit hluboký defekt na pravé dolní končetině, nutná pomoc při hygieně. Čas strávený u klienta bude zcela jistě 2 hodiny. Přičemž náklady na převazový materiál budou okolo 60–80 Kč. Práce sestry 120 Kč na hodinu.

Předpokládané výnosy můžeme zjistit především spočítáním si bodu zvratu, který nám ukáže, kde se budou naše výdělky rovnat nákladům a poté budeme moci vidět, kdy začne agentura vydělávat.

5.2.7 Analýza bodu zvratu

Abychom zjistili, zda bude naše organizace zisková a eventuálně od jaké doby, provedeme analýzu bodu zvratu. Bodem zvratu, bodem rentability rozumíme, kdy objem výroby se rovná celkovým nákladům (Synek a kol., 2003).

Pro výpočet využijeme vzorce **Q = FN / p-b**

Q – objem produkce

FN – fixní náklady

P – cena za jednotku

B – variabilní náklady na jednotku

Výpočet:

BEP = FC / SP - VC

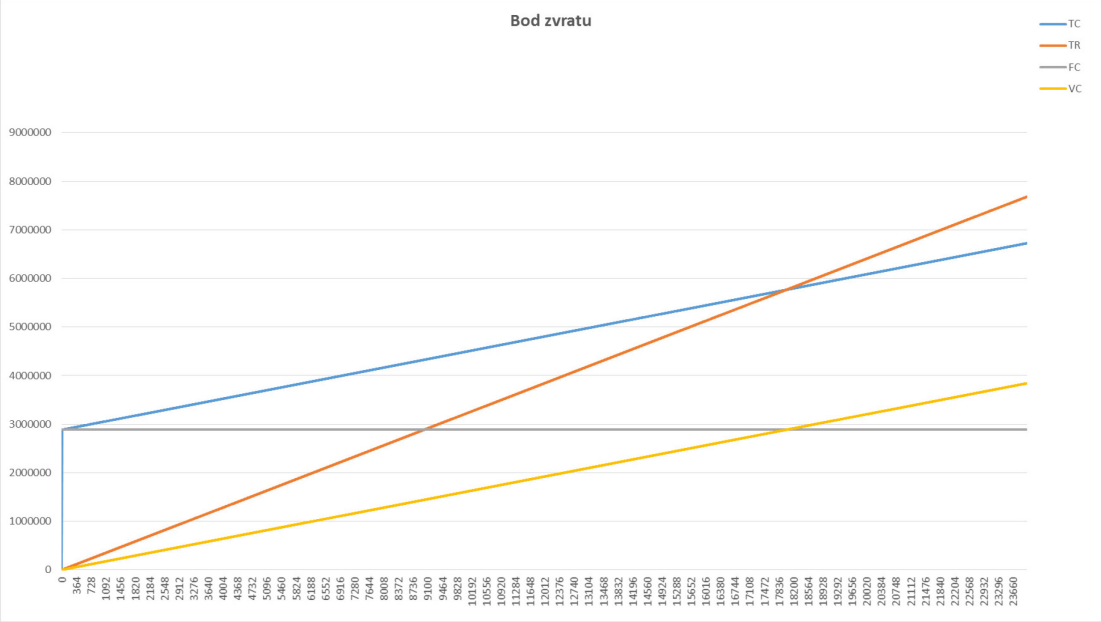
BEP = 2 882 400 / 320-160

BEP = 18015 hodin za jeden rok

Pokud počet hodin nutných za roční působení vydělíme počtem měsíců (12) výsledné číslo 1 501 hodin nám ukazuje, kolik je potřeba odpracovat hodin za 1 měsíc. Pokud i toto

číslo vydělíme počtem 60 hodin (hodiny u jednoho klienta měsíčně), výsledkem je 25, tj. kolik klientů je potřeba ošetřit měsíčně (graf 5.1).

Aby celá agentura mohla fungovat, je třeba zaměstnat minimálně 7 zdravotních sester.



Graf 5.1Bod zvratu

Zdroj: Vlastní tvorba

5.3 Marketingový plán

Je potřeba provést detailní a precizní marketingový plán a k tomu využít veškeré dostupné technologie, abychom zaujali a oslovili co největší počet lidí v dané oblasti, kde chceme službu domácí zdravotní služby poskytovat.

Marketing lze definovat jako „*řídící proces pro identifikaci, předvídání a uspokojování požadavků zákazníků za účelem dosažení zisku*" (Slavík, 2014:16).

5.3.1 Cíle

- společnost chce poskytovat v domácím prostředí klientům odbornou zdravotní péči
- společnost se chce dostat do povědomí obyvatel žijících na území Prahy-východ, ale i odborné veřejnosti jako jsou praktičtí lékaři a nemocniční zařízení

- společnost chce navázat spolupráci s praktickými lékaři, ale i lékaři v nemocničních zařízeních, kde ošetřují nemocné z okresu Praha-východ
- společnost v prvním roce své působnosti chce ošetřit minimálně 55 klientů.

5.3.2 Analýza marketingu

Organizace se chce soustředit na oblast Prahy-východ s počtem obyvatel 167,9 tisíc (12,7 % obyvatel kraje) a třetí nejvyšší hustotou zalidnění 222,2 obyvatel na km^2 se řadí Praha-východ k nejhustěji osídleným okresům kraje.

Na Praze-východ se nachází tato větší města: Brandýs nad Labem, Stará Boleslav, Říčany, Čelákovice, Kamenice, Kostelec nad Černými lesy, Odolena Voda, Úvaly. Celkem se v tomto území nachází ještě 100 menších obcí (Český statistický úřad, 2015). Obrázek 5.2 znázorňuje rozčlenění okresu Praha-východ.

Obrázek 5.2 Přehled okresu Praha-východ

zdroj: Krajská hygienická stanice Praha,2008

Profil klienta

Naše organizace bude poskytovat výše uvedené služby všem klientům bez omezení věku nebo diagnózy. Klienty můžeme rozdělit do základních třech skupin:

1. ***chroničtí nemocní*** vyžadující dlouhodobou péči – především senioři nad 65 let, velmi vážně nemocní, polymorbidní
2. ***nemocní v terminálních stavech*** – ti klienti, kteří mají taková onemocnění vedoucí k jistému postupnému odcházení, nutná aplikace a nastavení analgetické léčby většinou na bázi opiátů
3. ***nemocní krátkodobě*** – klienti, jejichž stav vyžaduje domácí péči jen na časově omezenou dobu a lze předpokládat jejich i třeba úplné vyléčení (úrazy, aplikace injekcí apod.).

V segmentu domácí péče se vyskytují klienti, kteří jsou starší 65 let a více. U těchto klientů se jedná většinou o dlouhodobou domácí péči v důsledku jejich chronických onemocnění, mívají omezenou plnou soběstačnost. S úplnou závislostí na cizí péči, se 4. stupněm závislosti je největší procentuální zastoupení klientů v domácí péči (Vachek, 2011).

Naše agentura bude poskytovat veškerou zdravotní péči. Pro oblast sociální pomoci, jako jsou terénní služby, zajištění pečovatelské služby bude naše agentura spolupracovat prozatím s jednou službou, a to Pečovatelskou službou Úvaly. Tato služba, která zajišťuje nejen svým obyvatelům, ale i obyvatelům v přilehlých obcích obědy.

Výhody pro klienta

Nemocný klient bude mít možnost zůstávat ve svém domácím prostředí, včetně svých blízkých. Nebude nucen dojíždět k lékaři kvůli například ošetření jeho ran apod.

Klienta nebude nutné hospitalizovat ve zdravotnickém zařízení, pokud to nebude život ohrožující stav. Tady lze nalézt velkou finanční úsporu vzhledem k celému systému zdravotnictví.

Pro klienta bude zajištěna profesionální a odborná služba na základě erudovaného ošetřujícího personálu.

Bude u každého klienta pohlíženo především na jeho individualitu a přístup k němu bude zcela jistě na velmi profesionální úrovni, empatický.

Klient i jeho rodina mohou v případě jakýchkoliv nejasností agenturu kdykoliv kontaktovat.

Při poskytování odborné péče má klient jistotu, že mu budou veškeré kroky léčby a úkony vysvětleny, a pokud bude zájem jeho i rodinných příslušníků, budou jim předány informace v daných oblastech ošetřování (aplikace injekcí, napojení a odpojení infúzí apod.)

Možnost komunikace v rodném jazyku klienta.

5.3.3 Analýza konkurence

Výhody naší organizace

- Velmi erudovaný ošetřující personál, který se bude kontinuálně vzdělávat v oblastech potřebných pro poskytování odborné domácí péče.
- Díky zajištění Standardů kvality a průběžného hodnocení procesů bude probíhat neustálá kontrola a tím i zajištění zpětné vazby na poskytovanou péči.
- Objednávky na domácí ošetřování možné přímou cestou, není třeba zjišťovat, co by hradila eventuálně danému klientovi jeho pojišťovna.
- Klient už při první schůzce bude vědět, jaká odborná péče mu bude poskytována, neboť to vše bude zaneseno písemně ve smlouvě, kterou uzavírá s organizací.
- Benefity pro naše pracovníky – teambuilding, týden dovolená navíc, příspěvky na další vzdělávání.

5.3.4 Propagace organizace

- Informace v rámci regionálních tiskovin.
- Prezentace u praktických lékařů a zdravotnických zařízeních nacházejících se v lokalitě Prahy-východ.
- Tvorba informačních letáků, kde bude stručně a zřetelně řečeno, co organizace nabízí.

- Tvorba webových stránek a stránek na sociální síti Facebook.
- Představení organizace na akcích pořádaných např. místními obecními úřady.

5.4 Personální zajištění

Vzhledem k zaměření naší agentury budou kladeny vysoké nároky na personál, především všeobecné zdravotní sestry. Agentura se bude řídit platnou legislativou, kdy všeobecné sestry musí splňovat jednu z hlavních podmínek, a to, že mohou pracovat bez odborného dohledu. Při přijímacích pohovorech na pozice zdravotních sester bude přítomen i psycholog, neboť naše agentura chce zajistit skutečně kvalifikované a především stresu odolné, povahově vyrovnané zdravotní sestry. Uvědomujeme si, že naši zaměstnanci budou svým jednáním a vystupováním reprezentovat naše cíle a vize.

Náš personál rozdělujeme do dvou skupin – ošetřující personál (zdravotní sestry) a management (jednatelka, vrchní sestra a externí účetní).

Při nástupu do zaměstnání musí všichni zaměstnanci projít vstupním školením, které bude naplánováno na jeden den. Zde budou seznámeni s vizemi a cíli naší agentury. Vrchní sestra s jednatelkou se seznámí s vedením ošetřovatelské dokumentace, interním systémem kvality a bezpečí, etickým kodexem a bezpečností a ochranou zdraví. O celém proškolení bude veden písemný záznam a dokumenty ke každé části školení budou podepsány školiteli, tak novými zaměstnanci.

Na začátku podnikání počítáme se zaměstnáním 4 zdravotních sester na hlavní pracovní poměr a 4 zdravotní sestry na Dohodu o provedené práci (DPP). V průběhu 2 – 3 let s nárůstem klientů bychom rádi zaměstnali 10 zdravotních sester na stálý pracovní poměr a podle potřeby doplnili o Dohody o provedené práci (DPP). Na Dohodu o provedené práci budou nasmlouváni i lékaři, kteří budou v pravidelné dny docházet do sídla agentury. Bude to chirurg a internista. V tabulce 5.2 uvádím přehled zaměstnaných osob v agentuře včetně Dohod o provedené práci (DPP).

Tab. 5.2: Přehled počtu zaměstnanců včetně na Dohodu o provedené práci

Zaměstnanci	**2018**	**2019**	**2020**
Managment	2	2	2
Zdravotní sestry	4 +4 (DPP)	10+4 (DPP)	10+7 (DPP)
Lékaři na DOP	2	2	2
Celkový počet zaměstnanců	**12**	**18**	**21**

Zdroj: Vlastní tvorba

5.4.1 Požadavky na personál

Zdravotní sestry – ošetřující personál

Všeobecná sestra se způsobilostí k výkonu povolání bez odborného dohledu a splatnou registrací

- minimálně 3 roky práce u lůžka
- schopnost plynule hovořit alespoň jedním světovým jazykem
- samostatnost, zodpovědnost a schopnost posouzení zdravotního stavu klienta
- specializace výhodou (ARIP, paliativní péče, psychiatrická péče)
- výhodou praxe již v domácí péči.

Náplň práce:

- zajištění ošetřování klientů v domácím prostředí
- zhodnocení jejich celkového zdravotního stavu
- vedení zdravotnické dokumentace.

Vrchní sestra

Bude přímou nadřízenou ošetřujícímu personálu (zdravotním sestrám). Bude zároveň jednatelem společnosti pro rozhodování v rámci zdravotní ošetřovatelské péče.

- všeobecná sestra se způsobilostí k výkonu povolání bez odborného dohledu a splatnou registrací
- praxe minimálně 5 let, z toho alespoň 1 rok na vedoucí pozici
- praxe v oboru intenzivní péče
- schopnost plynule hovořit německy, anglicky
- samostatnost, rozhodnost, aktivní přístup k dalšímu vzdělávání
- základní znalost PC.

Náplň práce:

- vedení zdravotnického personálu
- plánování a organizace návštěv u klientů
- komunikace s praktickými lékaři a nemocnicemi
- evidence zdravotnického materiálu
- podílení se na tvorbě standardů.

Manažerka

- Manažerkou bude jednatelka a majitelka organizace. Bude nadřízenou vrchní sestře.
- vysokoškolské vzdělání směru managment ve zdravotnictví
- výhodou zdravotní sestra s prací a platnou registrací
- praxe ve zdravotnictví minimálně 5 let
- orientace v problematice domácí zdravotní péče a sociálních služeb
- velmi dobrá znalost PC
- výborná znalost slovem i písmem Aj.

Náplň práce:

- tvorba strategického plánování organizace
- finanční řízení organizace
- tvorba standardů péče a kvality poskytovaných služeb klientům
- marketingová činnost – propagace organizace na konferencích apod.
- výběr personálu do organizace
- tvorba a vyúčtování klientům
- tvorba smluv uzavírajících se s klienty
- zajištění zdravotnického materiálu
- sledování změn a jejich uplatnění v poskytování domácí péče
- aktualizace webových a Facebookových stránek.

Externí účetní

Účetnictví bude poskytováno společností v daném oboru financí, které bude spolupracovat v rámci Dohody o provedené práci (DPP).

5.4.2 Benefity pro zaměstnance

Podpora jejich dalšího vzdělávání – pravidelná účast na kongresech zabývajících se problematikou nejen domácí péče, ale i seniorů, chirurgické konference apod. Personálu bude hrazeno ubytování, strava a poplatky s tím spojené. Maximální částka 7 000 Kč na osobu/2 dny. Důraz bude kladen i na aktivní činnost – přednášky, semináře apod. – finanční odměna ve výši 1 000 Kč. Zdravotní sestry budou dostávat příspěvek na dopravu ve výši 1 500 Kč na měsíc podle knihy jízd a doložených lístků na dopravu. Za jeden kalendářní rok možnost 3 dnů sick days. Každý zaměstnanec bude mít vlastní mobilní telefon, který bude mít neomezené volání.

5.4.3 Základní dokumentace v agentuře domácí péče

Služba je prováděna po dohodě s klientem a sestrou, která má na starosti plánování – manažerka (vrchní sestra).

- toto je podpořeno kontraktem podepsaným oběma stranami
- respekt k soukromí klienta a podpora jeho individuality
- jasně daný Kodex pracovníků pro poskytování domácí péče
- poskytnutí kvalitní péče
- rozhovory s klienty, které jsou individuálně vedeny, průběžné kontroly sestry manažerky
- sledování zdravotního stavu klienta
- vedení záznamů zdravotnické dokumentace jednotlivými sestrami
- zajištění spolupráce s nejen s praktickým lékařem, ale i odborným lékařem (internista, chirurg) a duchovní podpora
- počet kontaktovaných praktických lékařů a specialistů, vedení záznamů o jejich kontaktování, záznamy lékařů a duchovního do klientovi karty
- mapování potřeb klienta a vytvořené standardy kvality poskytované péče
- standardy a průběžné kontroly u klientů, předem ohlášené pouze klientovi.

5.5 Operační plán

Operační plán je nezbytnou součástí při plánování činnosti organizace. Je složen obvykle ze 3 fází: ***Přípravná, realizační a vyhodnocující***.

5.5.1 Přípravná fáze

Na začátku je potřeba si zjistit veškeré informace týkající se poskytování domácí péče v oblasti Praha-východ. Nejen legislativně-právní oblast pro provozování zcela soukromé organizace poskytující domácí péči, ale i informace od již vzniklých subjektů v této oblasti a lékařů, kteří doporučují klienty do domácí péče.

Na základě strategické analýzy je manažer, zakladatel organizace schopen vytvořit podnikatelský plán. Je třeba dostatečně dopředu si určit místo podnikání, výběr vhodných zaměstnanců, marketingovou strategii a především cíle organizace. Zakladatel organizace musí nejprve oslovit příslušný úřad a to v Brandýse nad Labem, Registr nestátních zdravotnických zařízení, kde musí doložit tyto dokumenty:

- občanský průkaz
- doklad o vzdělání – odborná způsobilost
- doklad z registru sester – Osvědčení o výkonu povolání bez odborného dohledu vydaný Ministerstvem zdravotnictví České republiky
- zdravotní způsobilost – vydané praktickým lékařem
- výpis z rejstříku trestů o své osobě
- provozní řád, který musí být už schválen Krajskou hygienickou stanicí
- smlouva o nájmu prostor za účelem podnikání v Úvalech
- výpis z obchodního rejstříku – prokazující vznik společnosti
- zajištění vhodného personálu – podání inzerce na webových stránkách České asociace sester, v periodicích (Zdravotnické noviny, časopis Florence).

5.5.2 Realizační fáze

Důležitou prioritou je mít výbornou spolupráci s praktickými lékaři v oblasti Praha-východ a samozřejmě i zdravotnickými zařízeními jako jsou nemocnice. Cílem je udržet si výbornou kvalitu a dostupnost poskytované péče, neboť nemalou měrou právě praktičtí lékaři a lékaři z nemocnic budou ti první, kdo podají informaci klientovi o našem fungování a naší nabídce.

Realizaci plánuji na začátek roku 2018 leden.

V začátku plánuji zaměstnat na plný pracovní poměr 4 zdravotní sestry a další 4 zdravotní sestry na Dohodu o provedené práci. Se stoupajícím počtem klientů budou sestry, které vykonávají práci na DPP převedeny na HPP. Na Dohodu o provedené práci budou i námi dostupní lékaři – internista a chirurg. Plánuji, že od druhého až třetího roku provozu bude mít organizace stálý pracovní tým a podle potřeby doplněný o DPP.

Ukázka poskytnuté služby

Příjem klienta – lékař, klient nebo rodina zkontaktuje naši organizaci a na základě domluvy s vrchní sestrou se domluví osobní schůzka přímo u klienta doma nebo v naší kanceláři.

Vrchní sestra zkontaktuje praktického nebo ošetřujícího lékaře daného klienta, aby se domluvila, co bude klient vyžadovat za zdravotní péči (i.v. infúze, převazy ran, injekce apod.).

Po sběru všech podstatných informací zdravotní sestra vybere zdravotní sestru, která bude přidělena klientovi. Poté domluví první návštěvu u klienta s příslušnou zdravotní sestrou. U první návštěvy bude pokaždé přítomna vrchní sestra, i proto aby ověřila skutečnost potřebných úkonů.

Klientovi nebo rodinným příslušníkům bude navrhnut termín na schůzku na podepsání Smlouvy o poskytnutí domácí péče. Bude v ní uvedeno vše detailně, jaké úkony a kdy bude klient navštěvován. Nesmí chybět částka v Kč za péči. Pokud se bude jednat o dlouhodobou péči, tato částka bude vyčíslena za celý jeden kalendářní měsíc. U poskytování krátkodobé péče, jako je například edukace aplikace injekcí, u které se předpokládá doba trvání maximálně 2 – 3 týdny, bude tato částka vyčíslena na jeden ošetřující den v Kč/hodinu.

5.5.3 Vyhodnocení

Manažer bude pravidelně vyhodnocovat nejen veškerou poskytnutou péči, ale především bude sledovat její kvalitu. K dispozici bude mít dokumentaci, která bude pravidelně vedena u každého klienta. Bude také vyhodnocovat náklady spojené spolu s fungováním organizace, jestli klesají nebo stoupají. Bude dělat potřebná opatření vedoucí k úspěšnosti organizace, spokojenosti klientů a jejich rodin.

Manažer bude moci získávat zpětnou vazbu od klientů a lékařů a to nejen za pomocí telefonických hovorů, ale především návštěv u klientů a jejich dotazováním. Vše bude pečlivě zaznamenávat, neboť i podle toho půjde hodnotit zaměstnance, ale i řešení možných vzniklých komplikací nebo nedorozumění mezi klientem a zdravotní sestrou.

Manažer bude mít svůj harmonogram, který bude pro něj vodítkem, co by měl v průběhu roku v organizaci sledovat a hodnotit. V tabulce 5.3 představuji plán aktivit, který bude mít manažer pro svojí potřebu, aby věděl, jaké má povinnosti, a mohla tak začít fungovat celé agentura.

V tabulce 5.3 uvádím harmonogram plánovaných aktivit pro roky 2017 a 2018. Některé aktivity budou probíhat souběžně ještě s dalšími a to opakovaně (výběrová řízení na personální obsazení, marketing, hodnocení činností).

Tab. 5.3: Harmonogram plánovaných aktivit pro prvních 8 měsíců roku 2018

Aktivita	01.01.18	01.02.18	01.03.18	01.04.18	01.05.18	01.06.18	01.07.18	01.08.18
Vypracování koncepce, strategie a analýza	[]							
Zápis do obchodního rejstříku		[]						
Výběrové řízení na personální obsazení			[]	[]	[]	[]	[]	[]
Registrace na Krajském úřadě			[]					
Marketing				[]	[]	[]	[]	[]
Hodnocení činností					[]	[]	[]	[]

Zdroj: Vlastní tvorba

5.6 Finanční plán

Při sestavování finančního plánu je potřeba finanční analýzy. Jedině tak lze zjistit efektivitu realizace projektu.

Předpoklad finančních zdrojů

Na počátku založení soukromé agentury bude zapotřebí vložit finanční částku jeden milión Kč jednatelem, vlastníkem společnosti. Tato částka bude za účelem pořízení vybavení pro práci ošetřujícího personálu a jelikož v počátku podnikání nebude dostatek klientů, je nezbytné vlastnit rezervní částku na výplaty zaměstnanců, a to minimálně na 3 měsíce dopředu.

Naše agentura nebude spolupracovat s žádnou zdravotní pojišťovnou, proto úvaha o rezervním fondu financí je zcela na místě.

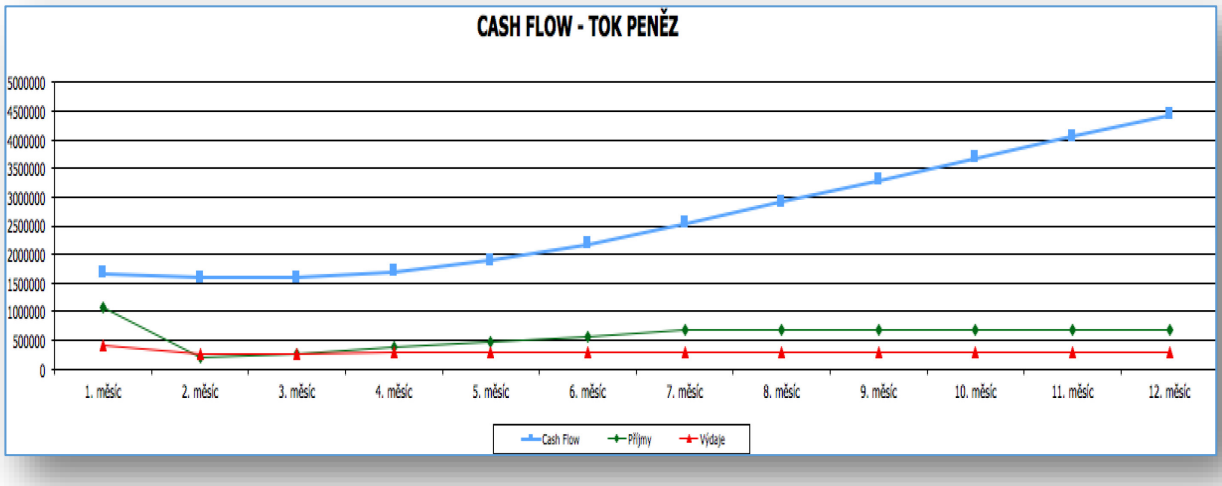
Zhodnocení finanční situace agentury

Informace důležité pro přehled o hospodaření agentury nám ukazují tyto výkazy: Cash–flow, výkaz zisku a ztrát, rozvaha (Graf 5.2).

Cash flow neboli výkaz peněžních toků zobrazuje změny v peněžních prostředcích společnosti (Čechová, 2011). V příloze č. 13 uvádím podrobný výkaz peněžních toků za rok 2018.

Ve druhém roce podnikání k 31. 12. 2019 lze očekávat kladný výsledek v hospodaření ve výši 3 868 289 Kč (viz příloha č. 5). K 31. 12. 2020 pak očekáváme výsledek hospodaření ve výši 3 557 600 Kč (viz příloha č. 6). Tato částka je nižší neboť plánujeme přijetí zdravotních sester na Dohodu o provedené práci a bude jim nabídnuto 15 000 Kč měsíčně. Všechny částky jsou uvedeny po povinném zdanění. Podle Obchodního zákoníku č.513/1991 Sb. v ustanovení § 124 jsme povinni mít na svém rezervní fondu minimálně 22 500 Kč. Toto bude dodrženo.

Graf 5.2 Přehled toku peněž za prvních 12 měsíců podnikání



Zdroj: Vlastní tvorba

Lze očekávat v příštích letech v rámci inflace nárůst jak fixních, tak variabilních nákladů. Ve svých výkazech na roky 2018 a 2019 to naše agentura nepromítla.

Pro úspěšné podnikání, abychom mohli zůstat v kladných číslech, je zapotřebí navyšovat počet ošetřených klientů, a tím i ošetřovacích hodin.

Tabulka 5.4 udává přehled nutných nákladů pro zavedení firmy včetně povinných plateb. V levém sloupci jsou tržby, které byly za prodej služby domácí péče. Ve výkazu zisku a ztrát je vypočítán čistý profit po povinném odvodu 19 % DPH.

Tab. 5.4: Výkaz zisku a ztráty k 31. 12. 2018

Výkaz zisku a ztráty k 31.12.2018			
Náklady		**Výnosy**	
Osobní náklady	**1 678 000**	**Tržby za prodej služby**	**6 009 600**
Náklady na ZP a ČSSZ	**530 400**		
Služby	**550 800**		
Zřizovací náklady	**243 400**		
Materiál	**555 000**		
Náklady celkem	**3 557 600**	**Výnosy celkem**	**6 009 600**
Profit hrubého	**2 452 00**		
Daň (19%)	**-465 880**		
Profit čistého	**1 986 120**		

Zdroj: Vlastní tvorba a výpočet

Rozvaha v tabulce 5.5 informuje o stavu majetku a zdrojů agentury k určitému datu (Kislingerová a kol., 2004). Pohledávky za klienty představují neuskutečněné platby za službu v posledním měsíci, tj. za prosinec 2018. Závazky k zaměstnancům jsou doposud nevyplacené mzdy a též nezaplacené sociální a zdravotní pojištění za prosinec 2018.

Tab. 5.5: Konečná rozvaha k 31. 12. 2018

Rozvaha k 31.12.2018			
Aktiva		**Pasiva**	
Běžný účet	2 720 220	Závazky k zaměstnancům	
Pohledávky za klienty	450 000	Mzdy	139 900
		Závazky k ČSSZ a ZP	44 200
		Kapitál	1 000 000
		Profit	1 986 120
Aktiva celkem	**3 170 220**	**Pasiva celkem**	**3 170 220**

Zdroj: Vlastní tvorba a výpočet

Významnou částí řízení agentury a jakékoliv organizace představuje dobře provedená finanční analýza. Je úzce spojena s účetnictvím, díky ní jsme schopni rozhodovat o dalších možných investicích.

Finanční analýza nám umožňuje zhodnotit vývoj zisku, likvidity, rentability, využití majetku.

Princip finanční analýzy a následného plánování je těsně spojeno s podnikovou kontrolou financí, která ukáže, zda jsme se rozhodli správně a nebo jsme se odchýlili od plánovaných cílů (Valach a kol., 1999).

Podle předpokládaného finančního vývoje agentury vypracovávám analýzu rentability vloženého kapitálu za první 3 roky podnikání, jež vyjadřuje zhodnocení vynaložených vlastních zdrojů do podnikání. Rentabilita vlastního kapitálu je jedním z klíčových ukazatelů a dává nám informaci, kolik čistého zisku připadá na jednu korunu námi investovaného kapitálu (Kislingerová a kol., 2004).

Pro její výpočet užiji vzorce ROE=Čistý zisk/Vlastní kapitál:

1. Rok: 1 986 120/1 000 000= +1,99 %
2. Rok: 3 868 289/ 1 000 000= + 3,8 %
3. Rok: 3 535 164/ 1 000 000= + 3,5 %

Vzhledem k prvnímu roku podnikání nelze předpokládat vysoké zisky. Vše se bude odvíjet od počtu ošetřených klientů. Při předpokladu dosáhnutí 55 klientů v následujících letech bude možné vyplatit část vloženého kapitálu vlastníkovi a eventuálně investovat do nákupu osobního vozidla pro účely návštěv u klientů.

5.7 Platná legislativa

Legislativa a to nejen v České republice nám definuje a určuje, jak a za jakých podmínek může fungovat agentura domácí péče. Ministerstvo práce a sociálních věcí vydalo Metodiku pro oblast zajištění péče v rámci transformace sociálních služeb.

Agentura domácí péče bude nestátním zcela soukromým zdravotnickým zařízením s právní formou společnost s ručením omezeným. Definice k takto založené společnosti uvádím v kapitole 1.2.

5.7.1 Legislativa

Zákon č. 147/2016 Sb., o zdravotních službách definuje domácí péči jako formu zdravotní péče poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí. Podmínky k provozování a financování domácí péče jsou zakotveny v řadě dalších předpisů a zákonů, jež uvádím v kapitole 4.1.2. Další zákonná opatření uvádím v příloze č. 2.

Aby mohla dobře fungovat agentura domácí péče, musí dodržovat platné zákony a ustanovení.

Zřizovatel agentury domácí péče nejen že musí znát zákony, které jsou platné v České republice, ale především se v nich musí umět orientovat a je povinen je dodržovat. Jinak zcela reálně hrozí pokutové sankce končící až odebráním licence na poskytování služby domácí péče.

5.8 Zhodnocení business plánu

Vzhledem k vysoké poptávce v dané lokalitě Prahy-východ a okolí 30 km okolo města Úval po kvalifikované a dostupné domácí péči, považuji za uskutečnitelný svůj business plán. Naše agentura by zároveň mohla šetřit finanční zdroje veřejných zdravotních pojišťoven, pokud by si klienti rádi hradili domácí péči ze svých vlastních zdrojů.

Jako možnou hrozbu vidím, pokud by došlo k razantnímu úbytku klientů jako samoplátců, poté by bylo namístě začít vyjednávat i s pojišťovnami.

Agentura bude poskytovat nejen precizně, vysoce kvalifikovanou domácí péči na základě individuálních potřeb klientů, ale do budoucna zvažuje navázat spolupráci s místními podnikateli v oborech služeb jako je nabídka pedikúry, kadeřnictví a spolupráce s dobrovolníky.

5.9 Doporučení

Pro dobré a kvalitní fungování agentury mohu doporučit následující:

Udržet a navazovat nové kontakty se stávajícími a novými praktickými lékaři v dané oblasti

- Udržet si dobré jméno u lékařů, ale i u laické veřejnosti

Vytvářet spolupráci se zdravotnickými zařízeními nejen v oblasti Praha-východ

- Kontaktovat a navázat spolupráci v nemocničních zařízeních (VFN, FNKV, nemocnice na Bulovce, ÚPMD Podolí, FN Krč aj.)

Udržet a stabilizovat pracovní tým ošetřujících sester

- Zabránit fluktuaci, zajistit efektivní vzdělávání pracovníků, podpora jejich práce

Sledovat a zvyšovat kvalitu bezpečí a poskytované péče

- Dodržovat předepsané standardy, neustálé zlepšování našich služeb
- Do budoucna v průběhu 5 let zavést ISO 9001:2009 normu a její certifikaci

Vyhledávání nových možností o rozšíření našich služeb

- Navázání spolupráce s místními podnikateli v oblasti služeb pro občany (pedikúra, kadeřnictví)
- Navázání spolupráce s dobrovolníky, kteří by například docházeli ke klientům a dělali jim společnost v rámci čtení knih, vyprávění apod.

V budoucnu bude zapotřebí pečlivě monitorovat potřeby našich klientů a ze získaných informací plánovat efektivnější nabídku našich služeb. Agentura bude sledovat nejen vlastní záznamy, ale soustředí se na sledování nových trendů pro oblast poskytování domácí péče. Vzhledem k prognózám stárnutí obyvatelstva lze přepokládat, že domácí péče bude více zapotřebí a bude trend přesouvat více dlouhodobou, ale i krátkodobou péči do domácího prostředí. Jak bylo poukázáno v prováděných výzkumných šetřeních, lidé upřednostňují léčení u sebe doma. Tato skutečnost má velmi silný pozitivní vliv na psychiku člověka, který se i následně lépe a rychleji léčí než v nemocničním zařízení.

IV. Závěr

Cílem této práce bylo správně sestavit business plán podnikání v oblasti domácí péče pro samoplátce. Práce byla zpracována pro oblast Praha-východ.

V první kapitole teoretické části popisuji podstatná teoretická hlediska, ze kterých posléze vycházím při zpracovaní podnikatelského plánu. V této kapitole je představen koncept strategického managementu, včetně strategické analýzy, jež je neodmyslitelnou součástí při plánování podnikatelského záměru. Rovněž se věnuji struktuře podnikatelského plánu, podle které v praktické části zpracovávám svůj vlastní podnikatelský plán. V následující kapitole právních forem podnikání definuji nejvhodnější právní formu podnikání, na jejíchž základě volím agenturu založenou jako společnost s ručením omezeným. Popisuji kroky, které je nutné podniknout pro založení této právní formy. V další části se zaměřuji na zdravotnictví v České republice, zvláště pak financování zdravotní péče.

Ve druhé kapitole teoretické části popisuji domácí péči, její právní ukotvení v českém právním řádu a též historii domácí péče. Je nutné připomenout, že segment domácí péče se neustále vyvíjí a poptávka po tomto druhu zdravotní péče roste.

Praktická část diplomové práce se skládá ze tří kapitol.

V první kapitole praktické části se věnuji popisu výzkumného šetření, které bylo provedeno za účelem získat informace o přítomnosti agentur domácí péče na území Prahy-východ, jejich kvalitou, dostupností z dotazníků předložených praktickým lékařům. Z dalších cílů bylo zjistit, zda jsou potenciální pacienti si ochotni/schopni za službu platit z vlastních zdrojů, proto i jim byly vytvořeny dotazníky. Výsledky provedených výzkumných šetření naplnili očekávané cíle – podařilo se nejen zjistit, zda jsou pacienti ochotni platit za služby ze svých zdrojů, ale i nedostatečné pokrytí služeb agentur domácí péče na území Prahy-východ.

Ve druhé kapitole praktické části pomocí strategické analýzy zjišťuji, zda je současná situace příznivá pro začátek podnikání soukromé agentury domácí péče. Analyzuji obecné a oborové okolí, které ovlivňuje a vytváří tak podmínky pro poskytování našich služeb. Pomocí vnitřní analýzy plánované agentury mapuji její silné a slabé stránky. Neopomíjím však vyzdvihnout příležitosti, ale i hrozby, které můžeme očekávat.

Na základě všech informací shrnutých ve SWOT analýze a z provedeného výzkumného šetření sestavuji podnikatelský plán na založení agentury domácí zdravotní péče. V plánu zvažuji fungování agentury v průběhu prvních třech let podnikání, popisuji společnost a charakterizuji její produkt. Zpracovávám marketingový plán, plánuji personální

obsazení do agentury, vyjmenovávám jednotlivé činnosti při plánování a realizaci tohoto projektu. Vypracovávám zároveň finanční plán. Z výsledků vyplývá, že by agentura měla dosáhnout bodu zvratu v prvním roce podnikání a nadále by mohla vykazovat zisk. V poslední části hodnotím podnikatelský záměr a nabízím doporučení pro kvalitní fungování agentury.

Jelikož navrhovaný podnikatelský záměr vychází z reálných potřeb nejen praktických lékařů, ale především pacientů, spatřuji tento projekt jako uskutečnitelný. Zároveň navrhuji důležité kroky, které povedou ke zkvalitnění poskytovaných služeb a uspokojování potřeb klientů.

Po zhodnocení celého vypracovaného projektu shledávám cíl práce naplněný.

Seznam použité literatury a zdrojů

Literatura:

1) Dedouchová, Marcela. 2001. *Strategie podniku*. Praha. C.H. Beck
2) Exner, Lubomír a kol. 2005. *Strategický marketing zdravotnických zařízení*. Praha: Professional Publishing
3) Fofr, Jiří a kol. 2012. *Tvorba a strategie a strategické plánování*. Praha: Grada Publishing
4) Fofr, Jiří.1999. *Podnikatelský plán a investiční rozhodování*. Praha: Grada Publishing
5) Gladkij, Ivan a kol. 2003. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press
6) Hanzlíková, Alžběta a kol. 2007. *Komunitní ošetřovatelství*. Martin: Vydavatelśtvo Osveta
7) Jarošová, Darja. 2007. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha: Grada Publishing
8) Keřkovský, Miloslav. 2009. *Moderní přístupy k řízení výroby*. Praha: C.H.Beck
9) Kutnohorská, Jana. 2010. *Historie ošetřovatelství*. Prah: Grada Publishing
10) Mallya, Thaddeus. 2007. *Základy strategického řízení a rozhodování*. Praha: Grada Publishing
11) Misconiová, Blanka. 1995. *Management komplexní domácí péče.* Praha: NCDP a Asociace domácí péče České republiky
12) Misconiová, Blanka. 1998. *Stručný průvodce domácí péče*. Praha: Asociace domácí péče České republiky
13) Slavík, Jakub.2014. *Marketing a strategické řízení ve veřejných službách*. Praha: Grada Publishing
14) Synek, Miloslav a kol. 2002. *Podniková ekonomika*. Praha. C.H.Beck
15) Synek, Miloslav a kol. 2003. *Manažerská ekonomika*. Praha: Grada Publishing
16) Trpišovský, Milan. 2016. *„Finanční řízení“*. Podklady k přednáškám ZS 2016/2017.Praha. FHS UK
17) Veber, Jaromír a kol. 2014. *Managment*. Praha: Managment Press
18) Wupperfeld, Udo. 2003. *Podnikatelský plán pro úspěšný start*. Praha: Management Press

Legislativní zdroje:

19) Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR č. 5/2012.
20) Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR č.12/2004.
21) Vyhláška č. 2/2016 Sb., Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků
22) Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků
23) Vyhláška 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení
24) Vyhláška č.348/2016 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2017
25) Zákon č. 108/2008 Sb., o sociálních službách
26) Zákon č. 218/2000 Sb., Zákon o rozpočtových pravidlech
27) Zákon č. 147/2016 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
28) Zákon č. 90/2012 Sb., o obchodních společnostech a družstvech (Zákon o obchodních korporacích)
29) Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních
30) Zákon č. 101/200 Sb., o ochraně osobních údajů
31) Zákon č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
32) Zákon č.162/1998 Sb., Listina základních práv a svobod

Internetové zdroje:

33) Asociace hospiců. 2016. Adresář poskytovatelů hospicové paliativní péče v Čr. [online]. Praha: Asociace hospiců [cit.24.10. 2016]. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/hospice-v-cr/ >
34) Česká národní banka. 2017, Aktuální prognóza ČNB, [online]. Praha: Česká národní banka, [cit. 26.3.2017], Dostupné z: http://www.cnb.cz/cs/menova_politika/prognoza/index.html#HDP

35) Česká strana sociálně demokratická. 2016. Dlouhodobý program ČSSD strany ČSSD, [online]. Praha: Česká strana sociálně demokratická [cit. 30.10.2016],Dostupné z: < https://www.cssd.cz/program/dlouhodoby-program-cssd/ >
36) Český statistický úřad, 2017. Indexy spotřebitelských cen – inflace – únor 2017.[online]. Praha: Český statistický úřad [cit.24.3.2017]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/cri/indexy-spotrebitelskych-cen-inflace-unor-2017
37) Český statistický úřad. 2014. Výsledky zdravotnických účtů ČR 2010-2014 [online].Praha: Český statistický úřad [cit. 9.3.2017]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/43674671/26000516k3.pdf/2d3e7975-c98e-4c51-bd0c-e1d2bfcecec5?version=1.1
38) Český statistický úřad. 2015, Charakteristika okresu Praha – východ. [online]. Praha: Český statistický úřad [cit. 25.10.2016]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/xs/charakteristika_okresu_praha_vychod
39) Český statistický úřad. 2016, Senioři ve Středočeském kraji 2015. [online]. Praha: Český statistický úřad [cit. 9.3.2017]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-ve-stredoceskem-kraji-
40) Český statistický úřad. 2016, Věkové složení obyvatel podle věkových skupin a pohlaví v roce 2015 obce. [online]. Praha: Český statistický úřad [cit.24.3.2017]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/xs/vekove_slozeni_obyvatelstva_stc_kraje
41) Český statistický úřad. 2016. Charakteristika okresu Praha – východ. [online]. Praha: Český statistický úřad [cit. 24.10.2016]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xs/charakteristika_okresu_praha_vychod>
42) Český statistický úřad. 2017, Průměrné mzdy – 4.čtvrtletí 2016. [online]. Praha: Český statistický úřad [cit.24:3:2017]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/cri/prumerne-mzdy-4-ctvrtleti-2016
43) Český statistický úřad.2012. Demografický vývoj. [online]. Praha: Český statistický úřad [cit. 14.3.2017]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/20545409/20136412a1.pdf/2333785d-2593-4460-bf8e-4ab94a60599c?version=1.0
44) Český statistický úřad.2014. Stárnutí se nevyhneme [online]. Praha: Český statistický úřad [cit.23.10.2016]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/ea002b5947

45) Český statistický úřad.2015. Počtem uživatelů internetu jsme přeskočili Evropu [online]. Praha: [cit. 24.10.2016]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/poctem-uzivatelu-internetu-jsme-preskocili-evropu>
46) Český statistický úřad.2015. Věkové složení obyvatelstva 2015 [online]. Praha: Český statistický úřad [cit. 14.3.2017]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/vekove-slozeni-obyvatelstva
47) Český statistický úřad.2015. Vývoj ekonomiky České republiky v roce 2015. [online] Praha: Český statistický úřad [cit.24.10.2016]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/vyvoj-ekonomiky-ceske-republiky-4-ctvrtleti-2015
48) Český statistický úřad.2016, Výsledky zdravotnických účtů ČR 2010-2014.[online].Praha: Český statistický úřad [cit.10.4.2017]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/43674671/26000516k3.pdf/2d3e7975-c98e-4c51-bd0c-e1d2bfcecec5?version=1.1
49) Český statistický úřad.2016. Věkové složení obyvatelstva k 31.12.2015 [online]. Praha: Český statistický úřad [cit. 24.3.2017]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/vekove-slozeni-obyvatelstva
50) Český statistický úřad.2017. Cizinci ve Středočeském kraji v roce 2016 [online]. Praha: Český statistický úřad [cit.14.4.2017]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/xs/cizinci-ve-stredoceskem-kraji-v-roce-2016
51) Deník.cz. 2016.Česko potřebuje kvalitní zdravotní péči, shodli se političtí lídři v debatě[online]. Praha: 29.9.2016 [cit. 25.10.2016]. Dostupné z: < http://www.denik.cz/z_domova/cr-potrebuje-kvalitni-zdravotni-peci-shodli-se-lidri-v-debate-20160929.html >
52) Informační systém o průměrném výdělku. 2016. *Mzdová sféra ČR- rok 2016* [online]. Praha: Informační systém o průměrném výdělku [cit. 27.3.2017]. Dostupné z: http://www.ispv.cz/cz/Vysledky-setreni/Aktualni.aspx
53) Krajská hygienická stanice. 2013. Okres Praha – východ [online]. Praha: Krajská hygienická stanice [cit. 25.10.2016]. Dostupné z: < http://www.khsstc.cz/obsah/praha-vychod_64_1.html >
54) Ministerstvo financí ČR.2016. Česká ekonomika nadále dynamicky roste[online]. Praha: Ministerstvo financí ČR [cit. 24:3:2017]. Dostupné z: http://www.mfcr.cz/cs/aktualne/tiskove-zpravy/2016/ceska-ekonomika-nadale-dynamicky-roste-26622

55) Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. 2017. Dlouhodobá péče – minulost, současnost a pohled do budoucnosti 1. Část [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit.24.3.2017]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/cs/8456
56) Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2010. Návrh Věcný záměr zákona o dlouhodobé zdravotně-sociální péči [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit.27.3.2017]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13536/Navrh_vecneho_reseni_problematiky_LTC.pdf
57) Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2016. Metodika k zajištění zdravotní péče v rámci procesu transformace sociálních služeb [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 12.11.2016]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/11868/Metodika_k_zajisteni_zdravotni_pece.doc.pdf
58) Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2017. Transformace sociálních služeb [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 26.3.2017]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/cs/7058
59) Ministerstvo práce a sociálních věcí.2017. Co se mění v roce 2017? [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit.15.3.2017]: Dostupné z: http://www.mpsv.cz/cs/29019
60) Ministerstvo zdravotnictví ČR. 2014. Zdravotní pojišťovny [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 9.3.2017]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny_945_839_1.html
61) Ministerstvo zdravotnictví ČR. 2017. Ministr zdravotnictví: Zakotvíme hospicovou péči do právních předpisů ČR [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 24.3.2017]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministr-zdravotnictvizakotvime-hospicovou-peci-do-pravnich-predpisu-cr_13242_3692_1.html
62) Ministerstvo zdravotnictví ČR. 2017. Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb.[online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit.24.3.2017]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/obsah/pripravovana-legislativa_1783_11.html
63) Ministerstvo zdravotnictví ČR.2016. Změny počtu pojištěnců jednotlivých zdravotních pojišťoven mezi 1.1.2015 a 1.1.2016 po krajích [online].Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 9.3.2017]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/zmeny-poctu-pojistencu-jednotlivych-zdravotnich-pojistoven-mezi-112015-a-112016-po-krajich_3507_3.html

64) Národní centrum domácí péče.2017. Koncepce domácí péče. [online]. Praha: Národní centrum domácí péče České republiky [cit.9.3.2017]. Dostupné z: http://www.domaci-pece.info/koncepce-domaci-pece0

65) Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb. 2016. Poskytovatelé zdravotních služeb Praha- východ [online]. Praha: Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb [cit. 25.10.2016]. Dostupné z: <https://eregpublicsecure.ksrzis.cz/Registr/NRPZS/ZdravotnickeZarizeni?Fulltext=&Kraj_input=Středočeský+kraj&Kraj=27&Okres_input=Praha-východ&Okres=3209&Obec_input=&Obec=&Ico=&DruhZarizeniKod_input=Domác%C3%AD+zdravotn%C3%AD+péče&DruhZarizeniKod=350&OborPeceKod_input=&OborPeceKod=&ZrizovatelKod_input=&ZrizovatelKod=&Centrum_input=&Centrum=&Nazev=&TreeView=false >

66) Ošetřovatelství info. 2017. Mzda zdravotníků v roce 2017 [online].Praha: Ošetřovatelství info [cit.24.3.2017]. Dostupné z: http://www.osetrovatelstvi.info/info/mzda-zdravotniku-v-roce-2017/

67) Parlamentní listy. 2017. STEM: Volební preference –leden 2017 [online], Praha: Parlamentní listy [cit.27.3.2017]. Dostupné z: http://www.parlamentnilisty.cz/zpravy/tiskovezpravy/STEM-Volebni-preference-leden-2017-472916

68) Portál pro začínající podnikatele.2016. Jak se počítá solidární daň [online]. Praha: Portál pro začínající podnikatele [cit. 24.10.2016]. Dostupné z: <http://www.ipodnikatel.cz/Danove-priznani/jak-se-pocita-solidarni-dan-za-rok-2015.html >

69) Porter, E. Michael. 1996. „What Is Strategy?“ Harvard Business Review [online] November –December 1996. Cambridge: Harvard Business Review [cit. 2. 3. 2017]. Dostupné z: http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/32580687/HBR_on_Strategy.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1493047091&Signature=OtSLK3haHx8tZ5oVh4PnZbEbKsw%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DHBR_on_Strategy.pdf#page=25

70) Sekce domácí péče.2016. Historie domácí péče [online]. Praha: Sekce domácí péče [cit. 24.10.2016]. Dostupné z: http://www.sekcedomacipece.cz/o-nas/

71) Sociální síť pro business.2016. Analýza pěti sil 5f [online]. Praha: Sociální síť pro business [cit. 25.10.2016]. Dostupné z:
< https://managementmania.com/cs/analyza-5f >
72) Spojená akreditační komise.2016. Akreditační standardy pro ambulantní zdravotnická zařízení [online]. Praha: Spojená akreditační komise [cit.27.3.2017]. Dostupné z: http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/akreditace/
73) Spojená akreditační komise.2016. Akreditační standardy pro zdravotní péči v pobytových zařízeních sociálních služeb[online]. Praha: Spojená akreditační komise [cit.27.3.2017]. Dostupné z:
http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/akreditace/
74) Ústav zdravotnických informací a statistiky české republiky. 2001. Domácí zdravotní péče v české republice v roce 2000 [online].Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit.9.3.2017]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/rychle-informace/domaci-zdravotni-pece-roce-2000
75) Ústav zdravotnických informací a statistiky české republiky. 2004. Domácí zdravotní péče v české republice v roce 2003 [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit.9.3.2017]. Dostupné z:
http://www.uzis.cz/rychle-informace/domaci-zdravotni-pece-roce-2003
76) Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. 2013. Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech zdravotní péče 2013a [online].Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 9.3. 2017]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/publikace/cinnost-zdravotnickych-zarizeni-ve-vybranych-oborech-zdravotni-pece-2013
77) Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. 2013. Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech zdravotní péče 2013b [online].Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 9.3. 2017]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/publikace/cinnost-zdravotnickych-zarizeni-ve-vybranych-oborech-zdravotni-pece-2013
78) Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky.2003. Zdravotnická ročenka 2003 [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky [cit. 9.3.2017]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2003

79) Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky.2013. Zdravotní pojištovny- náklady na segmenty zdravotní péče [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky [cit. 9.3.2017]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/rychle-informace/zdravotni-pojistovny-naklady-na-segmenty-zdravotni-pece-2009-2013

80) Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2011.Domácí zdravotní péče [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 9.3. 2017]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/domaci-zdravotni-pece

81) Vachek, Stanislav.2011. Spotřeba zdravotní péče příjemci příspěvku na péči [online]. Praha: Vachek [cit. 3.3.2017]. Dostupné z: http://podporaprocesu.cz/wp-content/uploads/2013/01/spotreba_zdravotni_pece_B.pdf

82) Zdravotnický deník.2015. Zákon o dlouhodobé péči by měl platit během roku 2017[online]. Praha: Zdravotnický deník [21.11.2015]. Michaela Koubová. Dostupné z: http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/11/zakon-o-dlouhodobe-peci-by-mel-platit-behem-roku-2017/

Seznam grafů

Graf 2.1: Vývoj počtu návštěv v rámci domácí zdravotní péče v letech 2000 – 2011……30
Graf 2.2: Vývoj počtu návštěv v rámci domácí zdravotní péče v letech 2004 – 2013…….31
Graf 2.3: Vývoj počtu pacientů domácí zdravotní péče v letech 2004 – 2013……33
Graf 3.1: Počet pacientů lékaře, kteří využívají domácí péči……42
Graf 3.2: Kritéria, která by měla splňovat agentura poskytující domácí péči……..45
Graf 3.3: Co chybí ve službách agentur domácí péče……...46
Graf 3.4: Hodnocení pokrytí služeb domácí zdravotní péče na území Prahy-východ…….48
Graf 3.5: Mají pacienti přispívat na domácí péči…….48
Graf 3.6: Adekvátní částka příspěvku na hodinu domácí péče (podle praktických lékařů)..49
Graf 3.7: Uvítal/a byste vznik nové agentury domácí péče Helping Hand Home care s r.o..50
Graf 3.8: Budete doporučovat novou agenturu…….50
Graf 3.9: Preferovaný způsob informování……..52
Graf 3.10: Rozdělení mužů a žen ve výzkumném vzorku……....52
Graf 3.11: Věk respondentů……..53
Graf 3.12: Zaujala Vás nabídka služeb agentury……..53
Graf 3.13: Ochota k placení za domácí zdravotní péči (pacienti)…….54
Graf 3.14: Částka, kterou by pacienti byli ochotni platit za hodinu domácí péče……55
Graf 4.1: Projekce počtu obyvatel Středočeského kraje ve věku 65 let a více do roku 2050..58
Graf 4.2: Procentuální nárůst obyvatelstva seniorského věku v horizontu 2002 -2065……59
Graf 4.3: Zastoupení cizinců s trvalým pobytem ve Středočeském kraji v %.....60
Graf 4.4: Průměrná měsíční mzda čvrtletí – absolutně, meziroční změny……63
Graf 4.5: Prognóza HDP……...63
Graf 4.6: Výdaje na dlouhodobou zdravotní péči v Čr podle typu poskytnuté péče (v mld.Kč,%)……70
Graf 5.1: Bod zvratu…… 89
Graf 5.2: Přehled toku peněz za prvních 12 měsíců podnikání……101

Seznam obrázků

Obr.1.1: Úrovně řízení a typy managementu……...6
Obr. 1.2: Hierarchie firemních strategií……...8
Obr.1.3: Proces strategického řízení……....9
Obr.1.4: Okolí podniku……..10
Obr. 5.1: Logo agentury Helping Hand HM s r.o. ……79
Obr. 5.2: Přehled okresu Praha – východ……...90

Seznam tabulek

Tab. 1.1: Charakteristiky jednotlivých etap vývoje strategického managementu……5
Tab. 1.2: Přehled počtu pojištěnců jednotlivých pojišťoven po krajích k 1.1.2016……25
Tab. 2.1: Přehled segmentů zdravotní péče v letech 2009 – 2013 v mil.Kč……...33
Tab. 3.1: Přehled praktických lékařů pro dospělé vybraných pro výzkumné šetření…….40
Tab. 3.2: Spolupráce lékařů s agenturami domácí péče……..43
Tab. 3.3: Hodnocení služeb agentur poskytujících domácí péči…….44
Tab. 4.1: Počet a věkové složení obyvatel k 31.12.2015 Středočeského kraje……...58
Tab. 4.2: Hodnoty jednotlivých segmentů zdravotní péče v letech 2009 -2013 (absolutní částky v mil. Kč)…….59
Tab. 4.3: SWOT analýza…….77
Tab. 4.4: O –T analýza……78
Tab. 5.1: Počet klientů v jednotlivých měsících po dobu prvních 3 let podnikání agentury……85
Tab.5.2: Přehled počtu zaměstnanců včetně na Dohodu o provedené práci……93
Tab. 5.3: Harmonogram plánovaných aktivit pro prvních 8 měsíců roku 2018……..100
Tab. 5.4: Výkaz zisku a ztráty k 31.12.2018……..102
Tab. 5.5: Konečná rozvaha k 31.12.2018……102