

Projekt rozšíření služeb denního stacionáře pro Alzheimercentrum Zlín

Bc. Lenka Tomančáková

Diplomová práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky
Ústav managementu a marketingu
akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Lenka Tomančáková**
Osobní číslo: **M14291**
Studijní program: **N6208 Ekonomika a management**
Studijní obor: **Management ve zdravotnictví**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Projekt rozšíření služeb denního stacionáře pro Alzheimercentrum Zlín**

Zásady pro vypracování:

Úvod

Definujte cíle práce a použité metody zpracování práce.

I. Teoretická část

- Provedte průzkum literárních pramenů a vyhodnoťte teoretické poznatky o poskytování služeb v sociální a zdravotní péči.

II. Praktická část

- Provedte analýzu výchozích podmínek organizace pro rozšíření nabídky jejích služeb.
- Na základě výsledků analýzy zpracujte projekt rozšíření služeb denního stacionáře pro Alzheimercentrum Zlín.
- Zhodnoťte projekt z hlediska jeho implementace do praxe.

Závěr

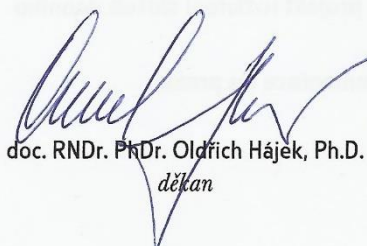
Rozsah diplomové práce: **cca 70 stran**
Rozsah příloh:
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

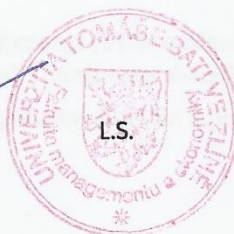
Seznam odborné literatury:

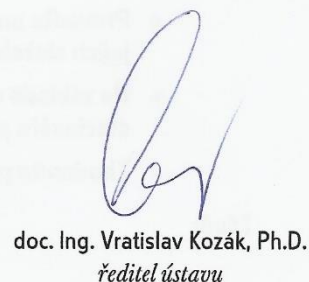
- BAČUVČÍK, Radim. Marketing neziskových organizací. 1. vyd. Zlín: VeRBuM, 2011, 190 s. ISBN 978-80-87500-01-9.**
BUCHBINDER, Sharon Bell a Nancy H. SHANKS. Introduction to health care management. 2nd ed. Burlington, Mass.: Jones, c2012, 494 s. ISBN 07-637-9086-9.
FORTENBERRY, John L. Health care marketing: tools and techniques. 3rd ed. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett Publishers, c2010, 311 s. ISBN 07-637-6327-6.
MALÍK HOLASOVÁ, Věra. Kvalita v sociální práci a sociálních službách. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 151 s. ISBN 978-80-247-4315-8.
MATOUŠEK, Oldřich et al. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.

Vedoucí diplomové práce: **doc. Ing. Pavla Staňková, Ph.D.**
Ústav managementu a marketingu
Datum zadání diplomové práce: **15. února 2016**
Termín odevzdání diplomové práce: **18. dubna 2016**

Ve Zlíně dne 15. února 2016


doc. RNDr. PhDr. Oldřich Hájek, Ph.D.
děkan




doc. Ing. Vratislav Kozák, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE


Prohlašuji, že

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

Prohlašuji,

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

Ve Zlíně 11. 4. 2016


.....
podpis diplomanta

ABSTRAKT

Cílem diplomové práce je navrhnout projekt pro rozšíření služeb denního stacionáře pro Alzheimercentrum Zlín, který bude poskytovat sociální služby osobám s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demencí. Základním problémem bylo vyjasnění marketingových otázek vedoucích k opodstatnění zřízení stacionáře. Daný problém byl řešen pomocí provedených analýz makroprostředí, vnějšího a vnitřního mikroprostředí organizace. Jako zdroj informací byla použita získaná data z dotazníku, který byl určen rodinným příslušníkům potenciálních klientů stacionáře, a statistické údaje především České alzheimerovské společnosti. Provedeným výzkumem bylo potvrzeno, že respondenti mají o danou službu zájem. Získané statistické údaje potvrdily stoupající nárůst poptávky po službách daného typu sociálních služeb. Na základě zjištěných skutečností bylo možné zpracovat projekt vybudování ambulantní sociální služby ve Zlínském kraji.

Klíčová slova: sociální služby, denní stacionář, Alzheimerova choroba, marketingová analýza

ABSTRACT

Objective of this work is to propose a project for an expansion of services of a daycare center for Alzheimercentrum Zlín, which will provide social services for people with Alzheimer's disease and other types of dementia. The basic problem was to clarify the marketing issues leading to an establishment of the daycare center. The problem was solved by conducting macro-environment analysis, internal and external macro-environment of the organization. As a source of information were used data obtained from a questionnaire that was designed to family members of potential clients of daycare centers and statistical data mainly from the Czech Alzheimer Society. Conducted research confirmed that respondents are interested in the given service. The statistics confirmed the increasing growth in demand for services of the given type of social services. Based on the findings it was possible to develop the project to build outpatient social services in the Zlín region.

Keywords: social services, daycare center, alzheimer's disease, marketing analysis

Ráda bych poděkovala doc. Ing. Pavle Staňkové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, připomínky a čas, který mi poskytla při zpracování mé diplomové práce.

Dále bych chtěla poděkovat paní Ing. Heleně Novákové, ředitelce Alzheimercentra Zlín za poskytnuté informace a věnovaný čas.

Velký dík patří mému muži a dětem, kteří mi byli velkou oporou po dobu studia a také blízkým a přátelům za jejich podporu a pomoc.

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

Molière

OBSAH

ÚVOD	11
CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE	12
I TEORETICKÁ ČÁST	14
1 SOCIÁLNÍ POLITIKA	15
1.1 VYMEZENÍ POJETÍ SOCIÁLNÍ POLITIKY	15
1.2 ZÁKLADNÍ PRINCIPY SOCIÁLNÍ POLITIKY	16
1.2.1 Princip sociální spravedlnosti	16
1.2.2 Princip sociální solidarity.....	17
1.2.3 Princip subsidiarity.....	17
1.2.4 Princip participace.....	18
1.3 FUNKCE SOCIÁLNÍ POLITIKY	18
1.4 NÁSTROJE SOCIÁLNÍ POLITIKY	19
2 SLUŽBY V SOCIÁLNÍ A ZDRAVOTNÍ PÉČI	21
2.1 DEFINICE POJMU SLUŽBA.....	21
2.2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY.....	21
2.2.1 Kategorizace sociálních služeb	22
2.2.1.1 Druhy služeb sociální péče	22
2.2.1.2 Druhy služeb sociální prevence	23
2.2.2 Formy poskytování sociálních služeb	23
2.2.3 Legislativa	24
2.2.4 Financování sociálních služeb.....	24
2.2.5 Příspěvek na péči.....	24
2.2.6 Poskytovatelé sociálních služeb	25
2.2.7 Podmínky registrace.....	25
2.3 ZDRAVOTNICKÉ SLUŽBY	26
2.3.1 Zdravotnický systém	26
2.3.2 Subjekty zdravotnického systému.....	27
2.3.3 Rysy zdravotní služby	27
2.3.4 Dělení zdravotnických služeb	27
2.3.5 Legislativa	28
2.4 SOCIÁLNĚ ZDRAVOTNÍ SLUŽBY	28
2.4.1 Sociální práce ve zdravotnických zařízeních	28
2.4.2 Zdravotně sociální pracovník.....	29
2.4.3 Metody sociální práce ve zdravotnictví	29
3 KVALITA V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	30
3.1 POJETÍ KVALITY	30
3.2 MANAGEMENT KVALITY	31
3.2.1 Kritéria managementu kvality v sociální práci	31
3.3 DIMENZE KVALITY SLUŽEB	32
3.4 VLIVY NA KVALITU V SOCIÁLNÍ PRÁCI	33
3.5 NÁSTROJE ZAJIŠTĚNÍ KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	33
3.5.1 Standardy kvality sociálních služeb	33
3.5.2 Supervize.....	34

3.5.3	Inspekce kvality sociálních služeb	34
4	MARKETING	35
4.1	MARKETING V NEZISKOVÝCH ORGANIZACÍCH.....	35
4.2	MARKETINGOVÉ ŘÍZENÍ	36
4.3	MARKETINGOVÝ VÝZKUM.....	37
4.4	MARKETINGOVÝ MIX	38
4.5	MARKETINGOVÉ ANALÝZY.....	38
4.5.1	PEST	39
4.5.2	Porterův model konkurenčních sil	39
4.5.3	SWOT	40
5	ALZHEIMEROVA CHOROBA.....	42
5.1	DEFINICE ALZHEIMEROVY CHOROBY	42
5.2	RIZIKOVÉ FAKTORY ALZHEIMEROVY CHOROBY	42
5.3	KLINICKÝ OBRAZ ALZHEIMEROVY CHOROBY	43
5.4	STADIA ALZHEIMEROVY CHOROBY	43
5.5	DIAGNOSTIKA SYNDROMU DEMENCE	43
5.6	TERAPIE ALZHEIMEROVY CHOROBY.....	44
5.6.1	Farmakoterapie.....	44
5.6.2	Nefarmakologické přístupy.....	44
6	ZÁVĚREČNÉ ZHODNOCENÍ TEORETICKÉ ČÁSTI.....	45
II	PRAKTICKÁ ČÁST	46
7	CHARAKTERISTIKA ALZHEIMERCENTRA ZLÍN	47
7.1	POSLÁNÍ, CÍLE SPOLEČNOSTI	48
7.2	ANALÝZA MAKROPROSTŘEDÍ	48
7.2.1	Politicko-právní prostředí.....	48
7.2.2	Ekonomické prostředí	50
7.2.3	Sociální prostředí	53
7.2.4	Technologické prostředí.....	55
7.3	ANALÝZA MEZOPROSTŘEDÍ	55
7.3.1	Konkurence mezi existujícími subjekty	55
7.3.2	Hrozba vstupu nových konkurentů	61
7.3.3	Vyjednávací síla dodavatelů	62
7.3.4	Vyjednávací vliv klientů	63
7.3.5	Hrozba substitučních služeb.....	64
8	DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ.....	66
8.1	CÍLE PRŮZKUMU.....	66
8.2	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	66
8.3	METODY PRŮZKUMU	69
8.4	DOTAZNÍK PRO RODINNÉ PŘÍSLUŠNÍKY – VYHODNOCENÍ.....	70
8.4.1	Vyhodnocení cíle průzkumu a výzkumných hypotéz	72
9	SWOT ANALÝZA ORGANIZACE ALZHEIMERCENTRUM ZLÍN	74

9.1	SILNÉ STRÁNKY.....	74
9.2	SLABÉ STRÁNKY.....	74
9.3	PŘÍLEŽITOSTI.....	75
9.4	HROZBY	75
10	ZÁVĚREČNÉ ZHODNOCENÍ ANALYTICKÉ ČÁSTI.....	76
11	PROJEKT ROZŠÍŘENÍ NABÍDKY SLUŽEB ALZHEIMERCENTRA ZLÍN	77
11.1	VÝCHODISKA PRO ZPRACOVÁNÍ PROJEKTU.....	77
11.2	PODMÍNKY REGISTRACE SOCIÁLNÍ SLUŽBY	77
11.3	POSLÁNÍ A CÍLE DENNÍHO STACIONÁŘE	78
11.4	ZALOŽENÍ PRÁVNICKÉ OSOBY – ZAPSANÝ ÚSTAV	78
11.5	PODMÍNKY POSKYTOVÁNÍ SLUŽEB DENNÍHO STACIONÁŘE	79
11.5.1	Cílová skupina.....	79
11.5.2	Režim dne, provozní doba.....	80
11.5.3	Cena za poskytnuté služby	80
11.5.4	Personální zajištění.....	81
11.5.5	Nabídka činností v denním stacionáři	82
11.6	ZPŮSOBY MARKETINGOVÉ KOMUNIKACE PROJEKTU.....	82
11.6.1	Akční plán AP 1: Aktualizace stávajících webových stránek, doplnění informací o nové sociální službě denním stacionáři	83
11.6.2	Akční plán AP 2: Informování odborných lékařů o nové ambulantní sociální službě	84
11.6.3	Akční plán AP 3: Reklama prostřednictvím regionální televize.....	84
11.6.4	Akční plán AP 4: Reklama prostřednictvím regionálního tisku	85
11.6.5	Akční plán AP 5: Reklama prostřednictvím regionálního rádia	86
11.6.6	Akční plán AP 6: Reklama prostřednictvím letáků.....	87
11.7	FINANČNÍ PLÁN	88
11.7.1	Plán nákladů	88
1.	Akční plán AP 7: Založení právního subjektu	89
2.	Akční plán AP 8: Rekonstrukce objektu	90
3.	Akční plán AP 9: Vybavení denního stacionáře	91
4.	Akční plán AP 10: Nábor zaměstnanců – uchazeči úřadu práce.....	91
11.7.2	Plán výnosů	94
11.8	MOŽNOSTI FINANCOVÁNÍ REALIZACE PROJEKTU	96
11.8.1	Varianty financování projektu.....	97
11.9	ANALÝZA RIZIK.....	97
11.10	ČASOVÁ ANALÝZA	98
11.11	KONTROLA REALIZACE PROJEKTU	99
11.11.1	Monitoring spokojenosti rodinných příslušníků	100
11.11.2	Monitoring spokojenosti zaměstnanců.....	100
11.11.3	Monitoring kvality sociální služby.....	100
11.12	ZHODNOCENÍ PROJEKTU	100
	ZÁVĚR	102
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	103
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	108

SEZNAM TABULEK.....	110
SEZNAM GRAFŮ	112
SEZNAM PŘÍLOH.....	114

ÚVOD

Demografický vývoj obyvatelstva vede k tomu, že v naší společnosti bude narůstat počet osob seniorského věku. Právě toto období lidského života sebou přináší řadu onemocnění a jedním z nich jsou i demence. Riziko onemocnění narůstá s věkem a zlom nastává v důchodovém věku. Nejrozšířenější demencí je Alzheimerova choroba. Podle ČALS je největší zátěží lidstva nejen z pohledu zdravotního a sociálního, ale i ekonomického. Na základě prevalenčních studií je odhadováno, že v České republice v roce 2020 bude 183 tisíc lidí trpět demencí a již nyní jsou náklady na řešení této problematiky odhadovány na 42,6 miliard korun.

Jednou z forem pomoci, kterou společnost může poskytnout osobám s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demencí, jsou ambulantní sociální služby. Jedním z důvodů, proč využívat tento typ služeb, je, že umožní osobě s demencí co nejdéle setrvat v přirozeném prostředí a současně jí nabídne kontakt se společenským prostředím. Dalším důvodem, proč jsou ambulantní sociální služby přínosem pro společnost, je, že rodinní příslušníci, kteří pečují o osobu s demencí, mohou setrvat na trhu práce. Podle OECD přibližně 70–90 % všech poskytovatelů dlouhodobé péče o osoby s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demencí jsou právě rodinní příslušníci. A v neposlední řadě je podstatným přínosem ekonomický efekt, který se promítne v tom, že společnost nebude vynakládat velké finanční prostředky na pobytové sociální služby.

Plánované legislativní změny v podobě připravované novely zákona o sociálních službách a zvýšení příspěvku na péči mohou rovněž ovlivnit strukturu sociálních služeb a jejich klientskou vytíženost.

Teoretická část diplomové práce se věnuje vymezení základních pojmů souvisejících se sociální politikou, službami v sociální a zdravotní péči, kvalitou sociálních služeb a marketingem sociálních služeb. Dále zmiňuje problematiku Alzheimerovy choroby.

Praktická část diplomové práce je rozdělena na analýzu a projekt. Obsahem první části je analýza současné úrovně poskytování sociálních služeb osobám s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demencí. V projektové části je na základě výsledků analýz zpracován projekt zřízení denního stacionáře pro Alzheimercentrum Zlín a je podroben finanční, rizikové a časové analýze.

CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE

Hlavním cílem diplomové práce bylo vypracovat projekt rozšíření služeb denního stacionáře pro Alzheimercentrum Zlín. Rozšíření služeb se týká poskytování ambulantních sociálních služeb osobám s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demencí, které nevyužívají pobytové služby a jsou v péči rodinných příslušníků. Hlavním úkolem práce je na základě zjištěných teoretických poznatků analyzovat prostředí. Pro analýzu makroprostředí byla zvolena PEST analýza, pro analýzu vnějšího prostředí Porterova analýza pěti konkurenčních sil a analýza prostředí organizace s ohledem na její silné a slabé stránky, příležitosti a hrozby pomocí SWOT analýzy. Součástí analytické části práce je dotazníkové šetření zjišťující zájem respondentů o novou sociální službu. Výsledky dotazníkového šetření jsou využity při zpracování projektu.

Dílčí cíle diplomové práce jsou:

- Zjistit důvody pro využití služeb denního stacionáře pro klienty s Alzheimerovou chorobou ve Zlíně.
- Zjistit konkrétní požadavky na služby denního stacionáře pro klienty s Alzheimerovou chorobou ve Zlíně.
- Zjistit očekávanou cenu spojenou s využíváním služeb denního stacionáře pro klienty s Alzheimerovou chorobou ve Zlíně.
- Zjistit předpokládanou četnost využívání služeb denního stacionáře pro klienty s Alzheimerovou chorobou ve Zlíně.

Hypotéza 1: *„Nejčastěji uváděným důvodem pro využití služeb denního stacionáře pro klienty s Alzheimerovou chorobou ve Zlíně je podle respondentů zhoršující se sebestarání blízkého.“*

Hypotéza 2: *„Nejčastěji respondenti považují za nejdůležitější ambulantní službu denního stacionáře sociálně terapeutické aktivity.“*

Hypotéza 3: *„Většina respondentů by byla ochotna zaplatit maximální cenu za jeden den pobytu do 400 Kč.“*

Hypotéza 4: *„Většina respondentů plánuje využívat služby denního stacionáře pro klienty s Alzheimerovou chorobou ve Zlíně 2x týdně.“*

První hypotéza je formulována především z důvodů zjištění, proč by respondenti využívali daný typ služeb. Druhá hypotéza uvádí, která ambulantní služba je pro respondenty

nejdůležitější. Třetí hypotéza konstatuje výši částky, kterou jsou respondenti ochotni za službu zaplatit. Čtvrtá hypotéza konstatuje frekvenci, jak respondenti plánují službu využívat. Dotazníkové šetření bylo zvoleno pro ověření hypotéz.

Výzkumná část diplomové práce proběhla formou dotazníkového šetření, kdy respondenty byli rodinní příslušníci osob s Alzheimerovou chorobou. Dotazníkový průzkum proběhl v období od října 2015 do poloviny ledna 2016. Dotazníky byly distribuovány do psychiatrických a neurologických ambulancí ve Zlínském kraji. Pro získání nezbytných informací v dotazníkovém šetření byla využita metoda sběru dat pomocí dotazníku a metoda popisné statistické analýzy s využitím programu Microsoft Excel. Získané informace byly zpracovány za využití zejména absolutní a relativní četnosti a grafické vyjádření výsledků s využitím výsečových a sloupcových grafů.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SOCIÁLNÍ POLITIKA

Sociální politika je politikou, jak uvádí Krebs et al. (2007, s. 17–23), jež se primárně orientuje k člověku, k rozvoji a kultivaci jeho životních podmínek a dispozic, k rozvoji jeho osobnosti a kvality života. Nejedná se o izolovaný fenomén, ale je vždy součástí určitého společenského celku. Jedná se o systém s vnitřními komplikovanými vazbami i s vazbami na ostatní prvky společenského systému. Součástí sociální politiky je politika sociálního zabezpečení, rodinná politika, bytová politika, zdravotní a sociální politika a politika zaměstnanosti.

1.1 Vymezení pojetí sociální politiky

Problematiku pojetí sociální politiky řeší řada autorů. Francová a Novotný (2008, s. 18) uvádějí, že širší pojetí sociální politiky lze vymezit jako konkrétní jednání především státu, ale i ostatních subjektů, kterými je ovlivňována sociální sféra společnosti. Je výrazem komplexního pohledu na společnost, která je vlastně sociálním systémem. Jedná se o takové souvislosti, jako jsou základní sociální ideje a s nimi související sociální a ekonomické vztahy. Toto vymezení je nezbytné pro dlouhodobé koncepční úvahy o sociální politice, souvisí s volbou typu sociální politiky a s tvorbou určitého sociálního programu.

Užší pojetí sociální politiky spadá do působnosti resortu MPSV a v ČR se někdy hovoří o tzv. „resortní sociální politice“. Cílem je reagovat na sociální rizika, respektive na jejich možné důsledky (např. nemoc, stáří, invalidita) a eliminovat sociální tvrdosti (např. nezaměstnanost, chudoba). Toto pojetí mělo a má značný význam pro průběh ekonomické transformace a zajišťování sociálního smíru.

Nejužší pojetí sociální politiky je zaměřeno více méně na „nouzová“ řešení. Na soubor opatření směřující k osobám, jejichž životní úroveň je alespoň po určitou dobu a do určité míry zajišťována nikoliv na základě rozdělování podle pracovního výkonu, ale formou veřejné spotřeby.

Macek (in Krebs, 2007, 20–21) zastává názor, že sociální politika je vnímána jako směr, ráz, způsob, hledisko politiky. Podtrhuje, že sociální politika musí být součástí veškeré politiky (tzv. hospodářské, kulturní).

1.2 Základní principy sociální politiky

Realizace sociální politiky podle Francové a Novotného (2008, s. 41) předpokládá, že jsou k dispozici systémy, instituce, normy, předpisy, nástroje atd., jejichž prostřednictvím se naplňují předpokládané cíle. Při volbě, konstrukci a aplikaci cílů je nezbytné se opírat o určité základní principy, které jsou pro sociální politiku určující. Naplňování sociální politiky vůči občanům je dáno především dle zvoleného principu sociální politiky.

1.2.1 Princip sociální spravedlnosti

Krebs et al. (2007, s. 28) uvádí, že sociální spravedlnost je považována za klíčový princip sociální politiky. Spravedlnost je většinou stavěna proti křivdě a bezpráví. Obecně je vnímána za základní mravní, náboženskou a společenskou hodnotu, za určité měřítko mezilidských vztahů, za základ právního řádu států a jejich politik.

Spravedlnost musí být vytvářena zejména systémem právních předpisů a ve společnosti ji lze vymezit pravidly, podle nichž jsou rozdělovány příjmy, bohatství a životní příležitosti, jak uvádí Šatera (2012, s. 15). Princip sociální spravedlnosti tedy vyjadřuje realitu, kdy mezi jednotlivci a různými sociálními skupinami existují přirozené rozdíly v tvůrčích silách a schopnostech, stejně jako v jejich oprávněných potřebách a zájmech, uvádí Francová a Novotný (2008, s. 42–45). Dále píší, že sociální spravedlnost je pojem relativní a je nezbytné k němu přistupovat z různých hledisek podle charakteru konkrétní sociální situace a zmiňují základní zásady sociální spravedlnosti:

- zásada každému podle jeho zásluh – podle zasloužené odměny,
- meritokratická zásada – podle merit (zásluha, hodnota, přednost),
- zásada oprávnění – jedná se o právoplatné očekávání jednotlivců nebo skupin, že obdrží nějaké statky, k nimž kdysi legitimním způsobem nabyli oprávnění,
- zásada rovnosti výsledků – každému stejně, odměny jsou nezávislé na vkladu,
- zásada rovnosti šancí – hlavní liberální zásada, zabezpečení rovného startu všem v podmínkách konkurence,
- zásada uspokojování základních nebo minimálních životních potřeb,
- zásada funkcionální nerovnosti – plyne z přesvědčení, že nerovnosti v odměňování vyplývají z nerovného vkladu jednotlivců k úspěšnému fungování systému jako celku.

1.2.2 Princip sociální solidarity

Sociální solidarita jako sounáležitost nebo vzájemná podpora souvisí zejména s utvářením a rozdělováním životních podmínek a prostředků jedinců a sociálních skupin (především rodin) v zájmu naplňování ideje sociální spravedlnosti, uvádějí Francová a Novotný (2008, s. 46–47). Je projevem toho, že člověk je sociální (společenská) bytost, a proto vždy a za všech okolností je svou existencí do jisté míry odkázán na druhé.

Jedná se o společenskou hodnotu, jež umožňuje sociální soudržnost společnosti, napomáhá vyhýbat se zbytečným konfliktům a vede k zajištění důstojného života všech občanů.

Sociální solidarita je projevem lidského porozumění a pospolitosti, vzájemné soudržnosti, ale současně i příslušné odpovědnosti.

Podle Krebse et al. (2007, s. 33–34) lze na sociální solidaritu pohlížet z různých hledisek. Z hlediska toho, kdo solidaritu organizuje, hovoříme o solidaritě mezinárodní (aktivity světových organizací – ES, WHO, Rada Evropy apod.); celostátní – solidarita organizovaná státem (např. rozvoj vzdělávání, kultury, pomoc rodinám, sociálně slabým); místní či regionální – solidarita v rámci užších sociálních skupin (např. firem, obcí, církví, charit); solidarita jednotlivců a rodin.

Všeobecně se má za to, že sociální solidarita představuje neodmyslitelný myšlenkový atribut sociální politiky a je považována za významnou hybnou sílu nejen materiálního, ale současně i mravního a duchovního vývoje lidstva a za předpokladu pokroku.

1.2.3 Princip subsidiarity

Šatera (2012, s. 15) uvádí, že v rámci principu subsidiarity je zdůrazňována zejména role jedince a jeho odpovědnost za své životní podmínky.

Subsidiarita jako pomoc, poskytování pomoci vychází z přístupu k jednotlivci jako individu s jedinečnými vlastnostmi, dispozicemi, schopnostmi a možnostmi, jež je jednatel do určité míry povinen uplatňovat a využívat ke svému prospěchu i k prospěchu druhých. Tyto vlastnosti jedince by měly být dostatečně chráněny, kultivovány a rozvíjeny, aby byl jedinec schopen a ochoten vynakládat úsilí.

Současně princip subsidiarity respektuje fakt, že lidé nežijí izolovaně, neboť každý jedinec je vždy i součástí určitého celku. Lidé nezbytně vstupují do určitých vztahů a vazeb, vzniká mezi nimi vzájemná závislost, vytvářejí se užší či širší společenství, což znamená, že

mají vůči sobě vzájemnou odpovědnost, že k sobě budou vzájemně solidární a že tedy i v těchto společenstvích bude uplatňován akt vzájemné pomoci.

Podle principu subsidiarity je nezbytné, aby se každý problém nejprve řešil na nejnižší možné úrovni (jednotlivec, rodina) a až poté se problém řeší na úrovni vyšší (nadace, sdružení, církev atd.). Stát je až poslední instancí, jehož povinností je primárně pečovat o vytváření podmínek, aby si každý mohl pomoci vlastním přičiněním, a řeší pouze takové situace občanů, které nelze vyřešit na úrovni nižší.

Princip subsidiarity souvisí s principem odpovědnosti, který vyjadřuje skutečnost, že k projevu zralého člověka patří schopnost a ochota přijmout na sebe odpovědnost za vlastní život i za život širší společnosti (Francová, Novotný, 2008, s. 47–48).

1.2.4 Princip participace

Základní myšlenkou participace podle Krebse et al. (2007, s. 35–36) je, že lidé, jejichž život je ovlivňován určitými opatřeními a rozhodnutími, musí mít také příležitost a právo účastnit se procesu, který vede k jejich přijímání a realizaci. Jedná se o to, aby lidé měli reálnou možnost podílet se na skutečnostech, jež bezprostředně ovlivňují jejich život (např. zdraví, podpora v nemoci či ve stáří atd.)

Realizace principu participace je přechod od člověka jako objektu převážně sociální politiky k člověku plnoprávnému, odpovědnému a respektovanému subjektu. Člověk přestává být pasivním příjemcem sociálně politických opatření, ale sám se podílí na jejich vytváření a spolurozhoduje o jejich realizaci. Předpokladem ovšem je, že občané jsou dobře vzděláni a informovaní, že si uvědomují svoje práva i zodpovědnost, že jsou dostatečně zralí a vyspělí pro odpovědné sociální jednání a že je v tom podpoří stát.

1.3 Funkce sociální politiky

Sociální politika podle Krebse et al. (2007, s. 54–58) plní v životě jedince i společnosti mnoho funkcí, které spolu vzájemně souvisejí, působí komplexně a vztahují se k velmi rozmanitým objektům: k člověku jako pracovní síle, k člověku ve stavu nouze, k pacientovi, k rodině atd. Nejčastěji jsou v literatuře uváděny tyto funkce:

- **Ochranná** – podstatou je řešení již vzniklých sociálních situací, kdy dochází k znevýhodnění jedince nebo sociální skupiny ve vztahu k ostatním, ať již ve smyslu ekonomickém nebo sociálním. Jedná se o funkci historicky nejstarší, která tvoří tradiční a stabilní prvek sociální politiky.

- **Rozdělovací a přerozdělovací** – jedná se o jednu z nejvýznamnějších a současně nejsložitějších funkcí sociální politiky. Určuje podíl jednotlivců na výsledku ekonomické činnosti a na společenském bohatství. V podstatě řeší co, jak, komu, za co a podle čeho rozdělovat. Mezi důvody rozdělovací a přerozdělovací funkce patří: zajistit důstojné životní podmínky všem občanům, zajistit všem rovné šance, zabezpečit bezporuchové fungování společenského systému a odstraňovat nedokonalosti konkurence.
- **Homogenizační** – tato funkce úzce souvisí s přerozdělovací funkcí. Směřuje k zmírňování sociálních rozdílů v životních podmínkách jedinců a sociálních skupin a k odstraňování neodůvodněných rozdílů. Jedná se o proces, v němž společnost usiluje o poskytování stejných šancí vzdělávat se, pracovat, pečovat o své zdraví apod. při respektování individuálních schopností a předpokladů, jež jsou základem přirozených rozdílů mezi lidmi.
- **Stimulační** – základním posláním funkce je podporovat, iniciovat a vyvolávat žádoucí sociální jednání jednotlivce a sociálních skupin ve všech oblastech lidské činnosti. Často se hovoří o funkci produktivity, která svými efekty ovlivňuje výkonnost lidského pracovního potenciálu a jeho produktivitu a nepřímo se promítá v celkovém prospěchu společnosti.
- **Preventivní** – vyvinula se z původní omezené hygienické a bezpečnostní prevence v rozsáhlou sociální a společenskou prevenci. Snahou je předcházet negativním důsledkům vzniklých sociálních situací (poškození zdraví, chudoba, nezaměstnanost, alkoholismus, kriminalita apod.). Cílem je dosáhnout toho, aby k nežádoucím sociálním situacím vůbec nedocházelo. V současné době je preventivní funkce posilována, protože cílem moderní sociální politiky je rozsáhlá prevence směřující k zvládnutí životního stylu ve složitém civilizačním vývojovém procesu společnosti. Předpokládá rozsáhlou osvětovou činnost a rozšíření poradenství např. poradenství pro volbu povolání, pro nezaměstnané, psychologické, poradenství právní, pro toxikomany (Francová, Novotný, 2008, s. 58–66; Krebs et al., 2007, s. 54–61).

1.4 Nástroje sociální politiky

Sociální politika je realizována prostřednictvím konkrétních nástrojů různého řádu a zaměření. Jedná se o prostředky, pomocí nichž sociální subjekt působí na sociální objekt/y nebo na jiný/é sociální subjekt/y. Spektrum nástrojů je velmi široké a rozmanité

uvádí Francová a Novotný (2008, s. 66–70). Dále uvádí, že je nezbytné, aby respektovaly základní principy sociální politiky, působily v jejich intencích a umožňovaly naplňovat cíle a funkce sociální politiky. Mezi druhy nástrojů sociální politiky patří:

- **Právní normy** – Ústava České republiky, Listina základních práv a svobod, zákony (např. zákon o rodině, zákon o důchodovém pojištění, daňová legislativa), nařízení vlády, vyhlášky ministerstev a ústředních orgánů státní správy, vyhlášky orgánů samosprávy a kolektivní smlouvy.
- **Ekonomické nástroje** – opatření, která směřují k ovlivňování a přerozdělování disponibilních zdrojů (finančních, lidských a věcných). Mezi ekonomické nástroje patří: fiskální nástroje, úvěrové nástroje a cenová politika.
- **Sociální dokumenty** – patří sem koncepce, plány, programy a projekty státu, organizací a institucí, pomocí nichž se stanovují cíle sociální politiky a způsoby jejich dosahování.
- **Nátlakové akce** – užívají se k prosazování zájmů některých sociálních skupin (např. petiční akce, stávky).

Typy nástrojů:

- **Program** – představuje prostředek, způsob a techniku dosahování programových cílů.
- **Kolektivní vyjednávání** – představuje mechanismus dosahování konsenzu, ve kterém dochází k jednání o určitých sociálních faktech mezi sociálními partnery.
- **Nástroje realizačního charakteru** – sociální příjmy, sociální služby, věcné dávky, účelové půjčky, různé úlevy a výhody.

2 SLUŽBY V SOCIÁLNÍ A ZDRAVOTNÍ PÉČI

2.1 Definice pojmu služba

„Služby je možné v nejobecnější rovině charakterizovat jako soubor lidských činností, jejichž efekt užitečnosti spočívá v práci a má nehmotnou povahu“ (Durdisová, 2005, s. 29).

Základní vlastnosti podle Cetlové (2002, s. 64), jež charakterizují službu, jsou:

1. Nehmatatelnost – závěry o kvalitě si zákazník utváří na základě místa poskytování, zařízení, obsluhujícího personálu, propagačních materiálů, symbolů a rovněž ceny.
2. Nedělitelnost – proces tvorby a spotřeba služby probíhá současně.
3. Pomíjivost – služby není možné skladovat.
4. Proměnlivost – služby jsou přímo ovlivněny tím, kdo je poskytuje.

2.2 Sociální služby

Sociální služby a sociální práce jsou jedním z klíčových nástrojů realizace sociální politiky např. ve vztahu k dětem, invalidům a starým lidem, píše Malík Holasová (2014, s. 16). Sociální služba znamená systematickou činnost sociálního subjektu (poskytovatele, zadavatele) vůči sociálnímu objektu (příjemce) pomoci. Představují významný nástroj pro zajištění lidských práv.

Durdisová et al. (2005, s. 164) uvádí, že sociální služby jsou určeny fyzickým osobám zejména v nepříznivé sociální situaci, kterou nelze řešit samostatně a ani ji není možné vyřešit za pomoci jiných systémů sociální ochrany. Po listopadu 1989, kdy bylo zrušeno dosavadní monopolní postavení státu v oblasti sociálních služeb, mohou být poskytovány státem i nestátními subjekty, jež mohou být podporovány státem z daní nebo získávat podporu formou dotací. Sociální služby smějí poskytovat jen poskytovatelé, kteří vlastní oprávnění k poskytování sociálních služeb a současně jsou vedeni v registru poskytovatelů sociálních služeb.

Malík Holasová (2014, s. 51–52) uvádí, že odpovědnost za sociální služby má pět subjektů: jednotlivci, občanská společnost, stát, obce a kraje. Dále popisuje základní principy, které tvoří osnovu všech sociálních služeb. Definovány jsou v Bílé knize v sociálních službách, kterou v roce 2003 vydalo MPSV:

- nezávislost a autonomie pro uživatele služeb – ne závislost,
- začlenění a integrace – ne sociální vyloučení,

- respektování potřeb – služba je vymezena individuálními potřebami a potřebami společnosti, neexistuje model, který vyhovuje všem,
- partnerství – pracovat společně, nikoliv odděleně,
- kvalita – záruka kvality poskytuje ochranu zranitelným lidem,
- rovnost bez diskriminace,
- standardy národní, rozhodování v místě.

2.2.1 Kategorizace sociálních služeb

Sociální služby zahrnují tři základní oblasti, jak uvádějí Mahrová, Venglářová et al. (2008, s. 41):

- **Sociální poradenství** – dělí se na základní a odborné sociální poradenství, cílem je poskytnout nezbytné informace, jež přispějí k řešení nepříjemné situace.
- **Služby sociální péče** – orientují se na to, aby podporovaly lidi v jejich fyzické a psychické soběstačnosti.
- **Služby sociální prevence** – zaměřují se na případy a situace, které mohou směřovat k sociálnímu vyloučení osob zejména v oblastech bezdomovectví, kriminality, zneužívání návykových látek a krize v rodině.

2.2.1.1 Druhy služeb sociální péče

Česko (2006a) uvádí druhy služeb sociální péče, jejichž cílem je podpořit život osob v přirozeném sociálním prostředí, umožnit jim zapojení do společenského života v co nejvyšší možné míře a zajistit jim důstojné zacházení a prostředí:

- osobní asistence,
- pečovatelská služba,
- tísňová péče,
- průvodcovské a předčitatelské služby,
- podpora samostatného bydlení,
- odlehčovací služby,
- centra denních služeb,
- denní stacionáře,
- týdenní stacionáře,
- domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- domovy pro seniory,

- domovy se zvláštním režimem,
- chráněné bydlení,
- sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče.

2.2.1.2 *Druhy služeb sociální prevence*

Druhy služeb sociální prevence, které mají za cíl být nápomocné osobám zvládnout jejich nepříznivou sociální situaci a ochraňovat společnost před vznikem a šířením negativních společenských jevů uvádí Česko (2006a) následující:

- raná péče,
- telefonická krizová pomoc,
- tlumočnické služby,
- azylové domy,
- domy na půl cesty,
- kontaktní centra,
- krizová pomoc,
- intervenční centra,
- nízkoprahová denní centra,
- nízkoprahová zařízení pro děti a mládež,
- noclehárny,
- služby následné péče,
- sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi,
- sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením,
- sociálně terapeutické dílny,
- terapeutické komunity,
- terénní programy,
- sociální rehabilitace.

2.2.2 **Formy poskytování sociálních služeb**

Sociální služby se poskytují třemi způsoby (Česko, 2006a):

- **Pobytové** – jedná se o služby, které jsou spojené s pobytem v zařízeních sociálních služeb.
- **Ambulantní** – služby, za kterými osoba dochází, součástí není ubytování.
- **Terénní** – služby, jež jsou poskytovány v přirozeném sociálním prostředí.

2.2.3 Legislativa

Právní předpisy v oblasti sociálních služeb:

- 108/2006 zákon o sociálních službách ze dne 14. března 2006,
- 109/2006 zákon, kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách,
- 100/1988 zákon o sociálním zabezpečení, a jeho prováděcí vyhláška č. 182/1991, ve znění pozdějších předpisů,
- 110/2006 zákon o životním a existenčním minimu,
- 111/2006 zákon o pomoci v hmotné nouzi,
- 117/1995 zákon o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů,
- 206/2009 zákon, kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů,
- 505/2006 vyhláška ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách,
- 239/2009 vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů,
- Bílá kniha,
- 98/2015 nařízení vlády o provedení § 101a zákona o sociálních službách (Česko 2006a; Kuzníková, 2011, s. 54; Malíková, 2011, s. 41; MPSV ČR, 2015a).

2.2.4 Financování sociálních služeb

Financování sociálních služeb upravuje zákon o sociálních službách. Nejdůležitějším zdrojem příjmů pro poskytovatele sociálních služeb jsou dotace ze státního rozpočtu. Tyto dotace jsou poskytovány prostřednictvím rozpočtu krajských úřadů těm poskytovatelům sociálních služeb, kteří jsou vedeni v registru. Dalším zdrojem financování jsou úhrady od příjemců těchto služeb (klientů), kdy větší část úhrad by měl pokrývat příspěvek na péči. Rovněž jsou sociální služby financovány z rozpočtů zřizovatelů jednotlivých zařízení (Matoušek et al., 2007, s. 65–66, Průša, 2003, s. 43).

2.2.5 Příspěvek na péči

Sociální dávka příspěvek na péči je určena ke krytí zvýšených životních nákladů, jež jsou vyvolány potřebou péče o závislou osobu. Nárok na příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc druhé fyzické osoby při

zvládání základních životních potřeb. Nárok na příspěvek nepřísluší osobě mladší jednoho roku. Míra závislosti je stanovena na základě lékařského vyšetření a sociálního šetření, kdy se hodnotí schopnost péče o vlastní osobu a soběstačnost. O příspěvku na péči rozhoduje krajská pobočka Úřadu práce ČR a náklady jsou hrazeny ze státního rozpočtu. Výše příspěvku uvedena v tabulce (Tab. 1) je stanovena přímo zákonem č.108/2006 Sb. § 7, § 8, § 11 a určuje se podle stupně závislosti a podle věku (Matoušek, 2007, s. 40–41; Česko 2006b).

Tab. 1 Stupně závislosti a výše příspěvku na péči (vlastní zpracování)

Stupeň závislosti	Výše příspěvku na péči (Kč/měs.)	
	Osoba do 18 let	Osoba starší 18 let
I. stupeň (lehká)	3 000 Kč	800 Kč
II. stupeň (středně těžká)	6 000 Kč	4 000 Kč
III. stupeň (těžká)	9 000 Kč	8 000 Kč
IV. stupeň (úplná)	12 000 Kč	12 000 Kč

2.2.6 Poskytovatelé sociálních služeb

Malíková (2011, s. 58) uvádí, že poskytovatelem sociálních služeb mohou být pouze subjekty, které získaly oprávnění k poskytování sociálních služeb, a to na základě registrace. Zřizovateli poskytovatelů mohou být obce, kraje a MPSV. V rámci své samostatné působnosti obce a kraje zřizují buď sociální služby jako vlastní organizační složky, nebo jako příspěvkové organizace. MPSV je zřizovatelem specializovaných ústavů s celostátní působností. Další poskytovatelé sociálních služeb, jak uvádí Matoušek (2007, s. 12) jsou fyzické osoby a nestátní neziskové organizace, které je možné zakládat v těchto právních formách: občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti a církevní právnické osoby.

2.2.7 Podmínky registrace

Sociální služby je možné poskytovat pouze na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb, které vzniká rozhodnutím o registraci. O registraci poskytovatele sociálních služeb rozhoduje příslušný krajský úřad. Pokud je zřizovatelem poskytovatele sociálních služeb ministerstvo, je oprávněno k vydání registrace. Pro všechny subjekty, jež provádějí činnost odpovídající zákonu č. 108/2006, je povinnost se registrovat. Krajský úřad vede registr poskytovatelů sociálních služeb a jeho elektronickou podobu spravuje MPSV.

Jako podmínky registrace jsou zákonem č. 108/2006 Sb., § 79 vymezeny tyto:

- podání písemné žádosti o registraci,
- bezúhonnost a odborná způsobilost všech fyzických osob, které budou přímo poskytovat služby,
- zajištění hygienických podmínek, jestliže služby budou poskytovány v zařízení,
- vlastnické nebo jiné právo k prostorám či objektu, kde budou sociální služby poskytovány,
- zajištění technických a materiálních podmínek, které odpovídají druhu poskytovaných sociálních služeb,
- skutečnost, že na majetek fyzické nebo právnické osoby nebyl prohlášen konkurz (Česko, 2006a; Malíková, 2011, s. 62; Matoušek, 2007, s. 46).

2.3 Zdravotnické služby

Podle Durdisové (2005, s. 29) mají zdravotnické služby charakter nemateriálních činností, které jsou v rozsahu odborné způsobilosti zcela vykonávány zdravotnickými pracovníky z velké části ve zdravotnických zařízeních.

Klasifikace zdravotnických služeb je dle Bartáka (2010, s. 59) do určité míry mezinárodně standardizovaná a může být odvozena podle:

1. Typu poskytovatele (péče ambulantní, nemocniční, specializovaná a ošetrovatelská).
2. Typu poskytovaných služeb (služba léčebná, rehabilitační, podpůrná a preventivní, dlouhodobě ošetrovatelská a služby veřejného zdraví).
3. Finančního hlediska (péče hrazená z veřejných zdrojů, ze soukromých zdrojů, spoluúčast a přímé platby).
4. Podle postavení v rámci řetězce péče o zdraví (primární, sekundární, terciární).
5. Geografického hlediska (lokální, regionální, národní, mezinárodní).

2.3.1 Zdravotnický systém

Zdravotnický systém Durdisová (2005, s. 91) definuje jako „*organizační celek uspořádaných vztahů mezi veřejností, poskytovateli zdravotní péče, financujícími subjekty a orgány reprezentující vládní politiku, v jehož rámci se uskutečňuje zdravotní péče.*“

Tradiční typologie zdravotnických systémů dle Šatery (2012, s. 20–24) rozlišuje tři základní modely členěné podle způsobu financování:

- **tržní model** – komerční pojištění,
- **model národní zdravotní služby** – zdravotní péče hrazená ze státního rozpočtu,
- **model zdravotního pojištění** – povinně předplácená služba u zdravotních pojišťoven – úhrada zdravotní péče.

Pomocí zdravotnických systémů je realizována zdravotní politika a základním cílem každého zdravotnického systému je uspokojování zdravotních potřeb populace.

2.3.2 Subjekty zdravotnického systému

Podle Šatery (2012, s. 20) řadíme mezi základní subjekty zdravotnického systému:

- pacienti,
- poskytovatele zdravotní péče,
- subjekty hradící zdravotní péči,
- stát.

2.3.3 Rysy zdravotní služby

Dále Šatera (2012, s. 12) popisuje primární typické rysy zdravotní služby, kterými jsou:

- značně omezená kvantifikace výkonů,
- značně omezené vyhodnocování efektivnosti,
- ohraničené možnosti hodnocení kvantifikace a kvality, dostupnosti a přiměřenosti poskytovaných služeb.

2.3.4 Dělení zdravotnických služeb

Z odborného hlediska Šatera (2012, s. 12) rozděluje zdravotnické služby následovně:

- **Lékařskou péči o organismus člověka** – léčebně preventivní úsek zdravotní péče, který zahrnuje zejména prevenci, diagnostiku, terapii a péči.
- **Lékařskou kontrolu zdravotní nezávadnosti prostředí** – hygienická a protiepidemiologická služba, jejíž součástí je především tvorba, úprava a ochrana prostředí z důvodů nenarušování lidského zdraví.
- **Ovlivňování zdravotního stavu obyvatelstva** – zdravotní výchova a osvěta, které vedou k osvojení si znalostí zdravého způsobu života.

2.3.5 Legislativa

Kuzníková et al. (2011, s. 53) uvádí legislativní normy v oblasti zdravotnictví:

- 20/1966 zákon o péči a zdraví lidu,
- 48/1997 zákon o veřejném zdravotním pojištění a změně a doplnění některých souvisejících zákonů,
- 551/1991 zákon o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky,
- 280/1992 zákon o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách,
- 123/2000 zákon o zdravotnických prostředcích ve znění pozdějších předpisů,
- Listina základních práv a svobod,
- Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod, sdělením č. 209/1992 Sb. a ústavním zákonem č. 2/1993 Sb.,
- 258/2000 zákon o ochraně veřejného zdraví a o změně některých zákonů,
- 101/2000 zákon o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů.

2.4 Sociálně zdravotní služby

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách rozlišuje i tzv. sociálně zdravotní služby, jak uvádí Kuzníková et al. (2011, s. 160–163). Cílem sociálně zdravotních služeb je napomáhat zajistit fyzickou a psychickou soběstačnost osobám, pro které jsou tyto služby určeny. Jedná se o jedince, kteří již nepotřebují akutní zdravotní lůžkovou péči, ale jejich nesoběstačnost je v takové míře, že potřebují v každodenních úkonech pomoc druhé osoby, uvádí MPSV ČR (2015b). Sociálně zdravotní služby jsou poskytovány v pobytových zdravotnických zařízeních (sociální lůžka, odlehčovací péče) nebo v pobytových zařízeních sociálních služeb.

2.4.1 Sociální práce ve zdravotnických zařízeních

Sociální práce je definována jako metoda sociální pomoci. Podle Kuzníkové et al. (2011, s. 18) je smyslem sociální práce ve zdravotnictví především pomoci klientovi/pacientovi, jeho rodině a širšímu okolí zmírnit nebo odstranit negativní sociální důsledky nemoci. Mezi úkoly sociální práce patří zejména využití vlivu psychosociální oblasti na nemoc k lepší adaptaci, překonání obtíží, spolupráci, motivaci k léčbě a ke kvalitnějšímu životu.

2.4.2 Zdravotně sociální pracovník

Návaznost zdravotní a sociální péče zajišťují zejména sociální pracovníci. Podle Kuzníkové et al.(2011, s. 20–47) zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních vymezuje podmínky pro sociální pracovníky ve zdravotních službách a uvádí jejich činnosti: preventivní, diagnostická a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Rovněž se zdravotně sociální pracovník podílí i na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta.

Mezi činnosti sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení patří:

- řešení situace akutně hospitalizovaných klientů,
- sociální pomoc nejen u chronicky nemocných,
- sociální prevence,
- stanovení sociální anamnézy a prognózy s cílem reintegrace,
- aplikace metod sociální práce.

V České republice přímo nemocnice zaměstnávají sociální a zdravotně sociální pracovníky. Pouze management zdravotnického zařízení rozhoduje, jestli zaměstná zdravotně sociálního pracovníka a jestli bude realizovat sociální služby.

2.4.3 Metody sociální práce ve zdravotnictví

Zdravotní stav klienta/pacienta, jeho sociální a rodinné zázemí, ale i jeho dovednosti a teoretické znalosti ovlivňují volbu vhodných intervencí sociálního pracovníka ve zdravotnictví. Podle Kuzníkové et al. (2011, s. 63–65) se metody sociální práce ve zdravotnictví dělí na:

- **sociální práci s jednotlivci** – přístup orientovaný na klienta, úkolově orientovaný přístup nebo systematická práce s jednotlivcem,
- **sociální práci s rodinou** – systematický přístup, antidiskriminující přístup,
- **sociální práci se skupinami a komunitami** – ve zdravotnických zařízeních využívaná v menší míře, spíše působení svépomocných skupin.

Legislativní normy, které ovlivňují činnost sociálního pracovníka ve zdravotnictví, jsou jak z oblasti zdravotnictví, tak i z oblasti sociálních služeb.

3 KVALITA V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Do roku 1989, jak uvádí Kuzníková et al. (2011, s. 159), se poskytovatelé služeb soustředili především na hygienické, technické a personální ukazatele. Byla podporována kvantitativní stránka služeb sociálních organizací a neexistovala celonárodní měřítko, která by sloužila k posuzování efektivity a kvality poskytovaných služeb. Rovněž nebyly uplatňovány sankce při poskytování nekvalitních služeb. Až po roce 1989 začaly v ČR vznikat nové organizace v oblasti sociálních služeb, začaly se rozvíjet nové aktivity a nové způsoby poskytování pomoci. Od roku 2000 začaly postupně vznikat standardy kvality sociálních služeb a transformace služeb byla orientována na změnu vyšší ochrany spotřebitele. MPSV vydalo Standardy kvality sociálních služeb, které začaly být závazné od roku 2007 a jsou zakotveny v zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a prováděcí vyhlášce č. 505/2006 Sb.

3.1 Pojetí kvality

V odborné literatuře se setkáváme s různými interpretacemi kvality svědčící o tom, že ji není možné jednoznačně definovat a měřit. Je důležité brát zřetel na objektivní a subjektivní aspekty, které nemusí být spolu nutně ve shodě, uvádí Kuzníková et al. (2011, s. 165). Kvalita podle Malíkové (2011, s. 134) je soubor vlastností a znaků nějaké činnosti, které se podílejí na naplnění daných požadavků. Lze ji rovněž formulovat jako pozitivní rozdíl od daných standardů. Malík Holasová (2014, s. 22, 32) uvádí, že kvalita služeb je ovlivněna tím, jak službu vnímá zákazník při jejím poskytování a rovněž ji ovlivňuje očekávání klienta. Dále uvádí, že kvalitní sociální služby řeší sociální situaci občana a s poskytovanou službou je příjemce spokojen.

Vymezení kvality sociálních služeb je mnohdy spojováno s různými oblastmi, jak píše Malíková (2011, s. 133), a to především: reakce na potřeby klienta, spokojenost klienta, vysoká odborná úroveň péče, cenová přiměřenost, bezpečí, odpovídající prostředí, dostupnost a kontinuita péče.

MPSV (2015b) vytváří koncepci zajišťování kvality poskytovaných sociálních služeb. Jako jeden ze svých hlavních úkolů v rámci sociálních služeb uvádí podporu rozvoje kvality v poskytovaných sociálních službách. Jedná se zejména o podporu zvyšování odbornosti a kvality poskytovaných služeb s důrazem na ochranu práv uživatelů služeb.

3.2 Management kvality

Pro organizace v sociální sféře podle Malík Holasové (2014, s. 24) je důležitý dobrý management, který bude vytvářet přiměřené prostředí pro naplňování jejich poslání. Součástí managementu kvality je ucelený proces tvorby postupů, sběru informací, stanovení standardů a v neposlední řadě hodnocení výsledků, jak uvádí Kuzníková et al. (2011, s. 167). Gladkij et al. (2003, s. 290) píše, že cílem systému kvality je zlepšování kvality péče podle individuálních potřeb klientů a současně i eliminace chyb, nežádoucích výsledků, nevyužití času a rovněž i omezení zvýšených nákladů za špatnou kvalitu služeb.

Při vytyčování kvality v sociální práci je nezbytné rozlišovat kvalitu sociální práce a služeb (zahrnuje profesionální kulturu a odborné standardy) a kvalitu řízení organizačních vztahů (vztahuje se k distribuci finančních prostředků, specializaci činností atd.). Obě oblasti spolu úzce souvisí a vzájemně se ovlivňují, uvádí Malík Holasová (2014, s. 24). Dále informuje, že management kvality je samostatnou oblastí managementu ovlivňující celý management organizace (finanční, personální, marketingový aj.). Současně podporuje výkon organizace a její efektivitu dosahovat vytyčených cílů na trhu sociálních služeb.

Mezi funkce managementu kvality, které spolu vzájemně souvisejí Malík Holasová (2014, s. 24) řadí:

- politiku kvality – tvoří ji úmysly a směřování organizace ve sféře kvality, stanovené vrcholovým vedením,
- plánování kvality – stanovení cílů kvality, postupů, realizace a zdrojů,
- řízení kvality – naplnění požadavků kvality v procesech a výstupech,
- zajištění kvality – zajištění důvěry, že budou naplněny požadavky kvality,
- zlepšování kvality – zvyšování splnění požadavků kvality.

3.2.1 Kritéria managementu kvality v sociální práci

Při hodnocení sociální práce je důležité neopomenout její specifiku, a proto jsou stanovena kritéria dobrého managementu kvality v sociální práci, jak uvádí Merchel (in Malík Holasová, 2014, s. 112–113):

- reflektované očekávání k řízení a smysluplnosti managementu kvality,
- orientace v porozumění kvalitě,
- odborná legitimizace obsahu kvality,
- participace pracovníků a transparentní postupy,

- orientace na dialog a učení,
- diferencované používání metod a technik,
- tematická šíře,
- participace příjemců služeb,
- realizovatelnost,
- evaluace a orientace na proces,
- zohlednění sociální a organizační dynamiky managementu kvality,
- odpovědnost vedení za procesy.

3.3 Dimenze kvality služeb

Kvalita služby dle Kuzníkové et al. (2011, s. 167) není závislá pouze na výsledku, ale současně i na procesu a struktuře poskytované služby. Jsou rozlišeny tři dimenze kvality v sociální práci podle Donabediana:

- **Strukturální kvalita** – zaměřená na popis infrastruktury organizace, představuje organizační a personální potenciál (vybavení, financování organizace, kvalifikace pracovníků). Nejsnáze popsitelná a měřitelná.
- **Procesní kvalita** – obsahuje všechny aktivity mezi poskytovatelem a příjemcem služby a týká se charakteru aktivit, které jsou důležité pro dosažení cíle (určení problému, pracovní postupy, koordinace péče, formy komunikace a spolupráce v organizaci).
- **Výsledná kvalita** – zahrnuje bezprostřední nebo budoucí výsledek, který může znamenat viditelný úspěch či neúspěch. Výsledná kvalita může být posuzována z pohledu příjemců služby, organizace a veřejnosti. Nejobtížněji měřitelná.

Dále Malík Holasová (2014, s. 32–33) uvádí, že je možné rozlišit pět dimenzí kvality služeb podle SERVQUAL přístupu:

- **Prostředí** – zahrnuje vzhled místa poskytování služby, vzhled budovy, vybavení prostor, vystupování pracovníků.
- **Spolehlivost** – jedná se o schopnost poskytovatele naplnit služby podle očekávané úrovně.
- **Vstřícnost** – vyjadřuje schopnost poskytovatele služeb porozumět specifickým potřebám a přáním klientů a snažit se je naplnit.
- **Způsobilost** – zahrnuje kompetence poskytovatele produkovat požadované služby.
- **Empatie** – jedná se o schopnost vcítit se do pocitů a přání klientů.

3.4 Vlivy na kvalitu v sociální práci

Kvalita, jako relativní vlastnost vzniká působením rozmanitých zájmů různých aktérů, jak uvádí Malík Holasová (2014, s. 34), a to zejména: pečovatel/opatrovník, klient/zákazník, organizace, spolupracovníci, veřejnost, zákony, politika, sponzoři, konkurence, úřady.

Vyjednávání o kvalitě sociální práce a sociálních služeb ovlivňuje skutečnost, že ne každá zainteresovaná skupina má stejný vliv nebo moc na hodnocení kvality. Subjekty mají vlastní představy o sociálních službách a největší moc při definování kvality mají plátce služeb a poskytovatel.

3.5 Nástroje zajištění kvality sociálních služeb

Pro zajištění a rozvoj kvality sociálních služeb se využívá spousta metod a technik. Malíková (2011, s. 134) uvádí například tyto způsoby měření kvality sociálních služeb:

- standardy kvality sociálních služeb,
- supervize, intervize,
- systém managementu jakosti ISO 9000 (International Organization for Standardization),
- TQM (Total Quality Management),
- EFQM,
- controlling,
- Balanced ScoreCard,
- benchmarking,
- stížnosti (complaints management),
- sebehodnocení (self-assessment).

3.5.1 Standardy kvality sociálních služeb

Standardy kvality sociálních služeb uvádí Malíková (2011, s. 70) vytvářejí souhrn kritérií, která jsou stanovena jako norma kvality poskytované sociální služby a jsou závazná pro poskytovatele sociálních služeb.

Podle Malík Holasové (2014, s. 54) jsou standardy rozděleny na tři kategorie:

- **procedurální** – považované za nejdůležitější, součástí jsou cíle a způsoby poskytování služeb, ochrana práv osob v organizaci, smlouva o poskytování sociální služby, dokumentace a poskytování sociální služby atd.

- **personální** – týkají se personálního a organizačního zajištění sociální služby, profesního rozvoje zaměstnanců.
- **provozní** – určují podmínky k poskytování sociálních služeb – místní a časová dostupnost, stanovení podmínek k rozvoji jejich kvality.

Existují však důvody, jak uvádí Malíková (2011, s. 134), kdy i při dodržení všech kritérií nemusí být služba příjemcem hodnocena jako kvalitní:

- standardy jsou určeny pro všechny druhy služeb a nerozlišují jejich specifickou,
- význam pojmu kvalita je chápán odlišně.

3.5.2 Supervize

Supervize jako nástroj pro zvyšování kvality poskytovaných služeb je podle Malíkové (2011, s. 139) charakterizována jako podpora, učení a dohled. Supervizor pracuje s jednotlivcem nebo skupinou na řešení problému.

3.5.3 Inspekce kvality sociálních služeb

Za nástroj zajištění kvality sociálních služeb podle Malík Holasové (2014, s. 57) kromě standardů a registrace poskytovatelů lze považovat i institut inspekce kvality.

Předmětem inspekce je kontrola kvality poskytované služby a naplňování kritérií standardů poskytovatelů sociální služby. Inspekci provádí krajský úřad a MPSV a řídí se zákonem č. 552/1991 Sb., o státní kontrole.

4 MARKETING

Kotler (in Drucker, 1994, s. 79) vymezuje marketing jako shodu potřeb a přání vnějšího světa s účelem, cíli a zdroji instituce. Podstatou marketingu je integrovaný komplex aktivit, které vycházejí z pochopení problémů zákazníka a nabízejí jejich řešení. Začíná odhadnutím potřeb a vytvořením představy o produktech, které je mohou uspokojit a končí úplným uspokojením potřeb. Marketing je propojen se směnou a spokojenost zákazníka se odráží do prodeje se ziskem, uvádí Boučková et al. (2003, s. 3).

Marketing jako sofistikovaná činnost souvisí se základním přírodním principem, jak uvádí Bačuvčík (2011, s. 9), jehož snahou je na jednu stranu prosadit se mezi konkurencí (princip rozmnožování a evoluce), a na stranu druhou být s okolím v přirozené shodě (princip socializace nebo společenské dělby práce).

4.1 Marketing v neziskových organizacích

Podle Bačuvčíka (2011, s. 17) je úroveň marketingových a komunikačních aktivit v jednotlivých neziskových organizacích odlišná a marketing neziskových institucí se netýká pouze těch, kdo spotřebovává jejich služby, ale především těch, kdo je financují. Většina služeb neziskových organizací je jejich uživatelům poskytována zdarma, nebo ji hradí jen zčásti, přičemž větší část financí získávají z veřejných rozpočtů, od firem nebo od soukromých dárců. Mezi důvody, proč je marketing pro neziskové organizace potřebný, patří zejména přesvědčení, že zájemci z řad potenciálních klientů si službu najdou sami. Kromě toho si spousta klientů sociálních služeb (zdravotně postižení, senioři, bezdomovci) nedokáže potřebné informace vyhledat. Další důvod proč aktivně vyhledávat uživatele služeb může záležet na odlišně subjektivně vnímané individuální a společenské hodnotě a ceně produktů. Subjektivně vnímaná individuální hodnota komerčního produktu zákazníkem je stejná nebo vyšší než cena, zatímco u nekomerčního produktu může být společenská hodnota vyšší než cena, ale individuální hodnota nižší než cena. To vede k tomu, že neziskové organizace musejí své potenciální zákazníky vyhledávat i za předpokladu, že oni sami se o využívání služeb nesnaží. Třetím důvodem nezbytnosti marketingu u neziskových organizací je existence tržní konkurence. Spočívá především v tom, že organizace z různých oborů usilují o stejné zdroje financování.

Kotler (in Drucker, 1994, s. 74–77) uvádí, že nezbytnost marketingu je dána vzrůstající konkurencí a dnes je vnímán jako proces segmentace, cílení a diferenciací. Očekává se od něho, že pro organizaci vybojuje povědomí u veřejnosti. Prvním krokem v marketingu

neziskových organizací je dle Druckera (1994, s. 74) definice vlastního trhu, tzv. vlastního publika. Nezbytné je dobře si promyslet, v čem spočívají silné stránky naší organizace a pro jakou cílovou skupinu je náš produkt určen, a až následně rozhodnout o způsobu komunikace s potenciálním zákazníkem.

Produktem neziskových organizací jsou převážně služby a marketing služeb má svá specifika odvíjející se od samotné povahy služeb a jejich vlastností uvádí Bačuvčík (2011, s. 22). Dále informuje, že není zcela běžné, aby neziskové organizace měly marketingové oddělení a jako zaměstnance marketingové specialisty. Pokud ano, tak jsou jimi zejména fundraiseri, kteří obstarávají finanční prostředky.

4.2 Marketingové řízení

Marketingové řízení by mělo být nezbytnou součástí řízení každé organizace, jak uvádí Foret (2010, s. 21) a jeho základními funkcemi jsou analýza, plánování, implementace a kontrola. Marketingové řízení není pouhým řízením marketingových aktivit organizace, ale současně zahrnuje i řízení všech činností, pro které je spokojenost zákazníka a využívání tržních příležitostí centrem pozornosti a hlavním cílem. Podle Bačuvčíka (2011, s. 77) marketingový proces v neziskové organizaci zahrnuje více typů zákazníků (uživatelé služeb, veřejnost, veřejnou správu, donátory), a tím se stává složitější.

Kotler a Keller (2013, s. 80) uvádějí, že nástrojem pro sledování vnějšího a vnitřního marketingového prostředí je SWOT analýza. Celkově hodnotí silné a slabé stránky organizace a současně její příležitosti a hrozby.

Proces plánování začíná formulací vize, poslání a strategických cílů organizace. Vize dle Foreta (2010, s. 21) představuje dlouhodobý výhled činností organizace, čeho by chtěla dosáhnout. Poslání neziskové organizace, jak uvádí Bačuvčík (2011, s. 78), navazuje na vizi. Vypovídá o tom komu, jakým způsobem a s jakým cílem chce sloužit. Úkolem vedoucího neziskové instituce je přeměnit poslání do specifických cílů, uvádí Drucker (1994, s. 16). Strategické cíle vymezují, čeho by chtěla organizace dosáhnout v dlouhodobém horizontu, jak uvádí Bačuvčík (2011, s. 78–80). Měly by být měřitelné, což má také důsledky v rovině důvěryhodnosti neziskové organizace vůči jejím donátorům. Mezi další nástroje marketingového řízení řadí Foret (2010, s. 22) marketingovou strategii a marketingový plán.

Marketingová strategie dle Boučkové et al. (2003, s. 18) tvoří základní směr procesu, který vede k uskutečnění marketingových cílů. Stanovení strategie je klíčovým manažerským úkolem a úspěšnost strategie lze hodnotit na základě dosažení cílů.

Marketingový plán podle Buchbindera (2012, s. 108) je písemný dokument, který slouží k vedení marketingových aktivit v rámci celé organizace. Je typickou součástí širšího strategického plánu v dlouhodobém horizontu, nicméně současně obsahuje konkrétní taktické marketingové aktivity, které jsou krátkodobější povahy. Neziskové organizace podle Kotlera a Kellera (2013, s. 87–88) používají marketingové plány k určení postupu, jak budou získávat prostředky pro svou činnost. Současně by v marketingovém plánu měla být zmínka, jaký marketingový výzkum a kdy bude prováděn, rovněž i jakým způsobem budou použity výsledky.

4.3 Marketingový výzkum

Vašítková (2014, s. 62) uvádí, že marketingový výzkum je vnímán jako specifická součást marketingového informačního systému. Pomáhá dozvědět se více o očekáváních, požadavcích, vnímáních, spokojenosti a věrnosti zákazníků, informují Kotler a Keller (2013, s. 88). Rovněž jsou pomocí výzkumu zkoumány potenciální cílové trhy, analyzovány a testovány nové služby, identifikováni hlavní konkurenti a odhaleny jejich silné a slabé stránky. Cílem marketingového výzkumu je snížení pochybností v rozhodování při základních aktivitách organizace, vyhovující nastavení všech prvků marketingového mixu, monitoring a kontrola výsledků marketingových aktivit (Vašítková, 2014, s. 62–63).

Boučková et al. (2003, s. 54–60) člení například výzkum trhu následovně:

- podle délky sledování subjektu: jednorázový, longitudiální,
- podle časového období: krátkodobý, dlouhodobý,
- výzkum pro různé komodity: služby, předměty dlouhodobé spotřeby, produkty výrobní povahy a ostatní produkty spotřební povahy,
- výzkum podle charakteru problému: kvantitativní a kvalitativní výzkum,
- výzkum vlastním podnikem nebo agenturní výzkum.

Podle různých hledisek dělí Boučková et al. (2003, s. 60–61) podkladové prameny informací k marketingovému výzkumu následovně: interní a externí podklady, sekundární a primární podklady, vyčerpávající a výběrové podklady.

Informace k marketingovému výzkumu se získávají různými metodami, jak uvádí Boučková et al. (2003, s. 63–79):

- dotazování: techniky dotazování (ústní, písemné, telefonické, on-line, kombinované), druhy otázek (otevřené a uzavřené otázky, přímý a nepřímý dotaz),
- pozorování: s vědomím pozorovaného nebo bez vědomí pozorovaného.

Zlámal (2006, s. 138) rozděluje metody zjišťování na primární metody (pozorování, dotazování, experimentování a panel) a sekundární metody (interní a externí zdroje).

4.4 Marketingový mix

Podle Kotlera a Armstronga (in Staňková, 2013, s. 93) je marketingový mix souhrnem ovlivnitelných taktických marketingových prostředků (výrobní, cenové, distribuční a komunikační politiky), které pomáhají organizaci uzpůsobit nabídku dle přání spotřebitelů.

Exner et al. (2005, s. 53) definuje marketingový mix jako řízení hodnot, které se nabízejí zákazníkům.

Základem marketingového mixu podle Staňkové (2013, s. 93) je vymezení čtyř zásadních nástrojů, tzv. 4P: product (výrobek), price (cena), place (distribuce), promotion (komunikace). Marketingoví odborníci rozeznávají již 8P, jak píše Zlámal (2006, s. 60–61) a dodávají další nástroje: package (obal), people (lidé), process (výrobní postup), planning (plánování). Struktura „nového“ marketingového mixu, tzv. C-mixu podle Exnera et al. (2005, s. 54) vychází z denní marketingové praxe a vzrůstající konkurence: customer values (zákaznické hodnoty), communication (komunikace), convenience (vhodnost, pohodlí, přiměřenost při předávání služby), costs (náklady).

Na mix 4 C je podle Exnera et al. (in Staňková, 2013, s. 93) nezbytné pohlížet jako na vzájemně propojený cyklus začínající vytvořením hodnoty pro zákazníka, dále pokračuje komunikací o přínosu hodnoty pro zákazníka, zajištěním vhodnosti a pohodlí při předávání hodnoty a nakonec pomocí nákladů realizace směny, uspokojení zákazníka.

4.5 Marketingové analýzy

Analýza marketingového prostředí je považována za jeden ze základních marketingových kroků, uvádí Foret (2010, s. 45). Podává informace o aktuální situaci na trhu, na nějž se zaměřujeme, a slouží ke správné orientaci marketingové strategie. Marketingové činnosti

jsou ovlivňovány vnitřním a vnějším prostředím, které dále dělíme na mikroprostředí (obchodní partneři, klienti/pacienti, konkurence, veřejnost), a makroprostředí (ekonomické, demografické, politické, přírodní, technologické, kulturní), uvádí Zlámal (2006, s. 53).

K analyzování je možné využít několik metod, jak uvádí Staňková (2013, s. 79–84). PEST analýzu používáme k analyzování vnějšího makroprostředí, k analýze vnějšího mikroprostředí využijeme Porterův model konkurenčních sil a pomocí SWOT analýzy zmapujeme vnitřní mikroprostředí.

4.5.1 PEST

Fortenberry (2010, s. 179–183) uvádí, že PEST analýza posuzuje makroenvironmentální vlivy, které mohou potenciálně ovlivnit organizaci. Řadí sem faktory politické, ekonomické, sociální a technologické. Díky vnějšímu zaměření PEST analýzy mohou být příležitosti identifikovány a využívány, zatímco hrozby lze posoudit a eventuálně se jim vyhnout nebo je eliminovat.

Staňková (2013, s. 80–81) blíže specifikuje jednotlivé typy prostředí následovně:

P: politické a legislativní – legislativa, pracovní právo, ochrana spotřebitelů atd.,

E: ekonomické – inflace, nezaměstnanost, hrubý domácí produkt, daňové zatížení atd.,

S: sociální a demografické – životní styl, regionální rozdíly, vzdělanost, demografická struktura atd.,

T: technologické – výdaje na výzkum, dostupnost nových technologií, nové objevy, informační technologie atd.

4.5.2 Porterův model konkurenčních sil

Pro analýzu vnějšího mikroprostředí lze využít tzv. Porterův model konkurenčních sil, uvádí Staňková (2013, s. 82–83). Autorem analýzy je Michael Porter a cílem je definovat konkurenční síly v oborovém prostředí a současně specifikovat, jak se těmto silám účinně bránit. Dle Fortenberryho (2010, s. 196) model znázorňuje opravdovou hloubku a šířku konkurenčního prostředí a na základě získaných informací lze stanovit strategické a taktické priority, využít příležitosti a eliminovat hrozby.

Pět základních konkurenčních sil Staňková (2013, s. 83–84) popisuje následovně:

- **První síla** – Hrozba nově vstupujících konkurentů: důležité je, za jakých podmínek vstupují noví konkurenti do odvětví, jestli existují bariéry vstupu na trh, jaké náklady budou nezbytné pro vstup na trh, distribuce.
- **Druhá síla** – Substituční výrobky: znamenají jinou volbu výrobků nebo služeb, hrozbě je možné zabránit: snížením ceny, zvýšením užitné hodnoty, vývojem nové produkce atd.
- **Třetí síla** – Vyjednávací síla kupujících: různá skladba a koncentrace kupujících na trhu. Vysoká vyjednávací síla kupujících je v případě, kdy mají veškeré informace, nakupují velké objemy, mají nízké náklady s přechodem jinam a upřednostňují kvalitu.
- **Čtvrtá síla** – Vyjednávací síla dodavatelů: důležitý je potenciál a velikost dodavatelů na trhu. Jejich síla je v omezeném počtu, v důležitosti a jedinečnosti výrobku pro kupující, nedostupnosti substitutů.
- **Pátá síla** – Rivalita mezi současnými konkurenty: rivalitu ovlivňuje mnoho malých nebo stejně velkých firem na trhu, rozdíl mezi výrobky a službami, bariéry vstupu na trh nebo vysoké náklady potřebné na opuštění trhu.

Někdy bývá přidávána i šestá síla – síla komplementářů. Jedná se o organizace, jejichž podnikání nějakým způsobem souvisí s naší organizací a obráceně.

4.5.3 SWOT

SWOT analýza je situační analýza zaměřující se na stav organizace, uvádí Fortenberry (2010, s. 185–187) a identifikuje její silné a slabé stránky, příležitosti a hrozby. Identifikace těchto informací umožňuje manažerům tvořit strategie a taktiky, které mohou vést k pozitivním marketingovým výsledkům. Zkratka analýzy SWOT označuje okruhy, kterých se týká a je složena z anglických slov *strenghts, weaknesses, opportunities a threats*.

Strenghts – silné stránky – vlastnosti produktů a služeb pozitivně ovlivňující jejich prodej. Patří sem zejména dobrá kvalita, značka, dobré marketingové řízení, výborný zákaznický servis, výzkum, vývoj, patentová ochrana atd. Při správném využití silných stránek může organizace dosáhnout marketingových cílů.

Weaknesses – slabé stránky – vlastnosti produktů a služeb, které negativně ovlivňují jejich prodej na trhu. Mezi slabé stránky je možné zařadit nízkou kvalitu produkce, špatné služby zákazníkům, zaostalé technologie, nevhodný přístup, neuspokojivou reklamu atd. K odstranění negativních vlastností je důležité přijmout opatření.

Opportunities – příležitosti – vnější okolnosti pozitivně ovlivňující potenciál výrobků, služeb. Mezi příležitosti řadíme podstatný růst trhu, nově objevené výrobky, nově vyvinuté technologie atd. Je nezbytné existující příležitosti využít pro potenciální růst a prosperitu organizace.

Threats – hrozby – vnější okolnosti negativně ovlivňující potenciál výrobků a služeb. Mezi hrozby je možné zařadit nové konkurenty, měnící se preference zákazníků, lepší technologie konkurence, výhodnější substituty, nepříznivé změny legislativy atd. Důležité je rozvíjet strategie a taktiky eliminující případný negativní dopad hrozeb.

5 ALZHEIMEROVA CHOROBA

Alzheimerova choroba, nazvána po německém lékaři Aloisi Alzheimerovi, byla poprvé popsána v roce 1906, uvádí Pidrman (2007, s. 31–42). Jedná se o nejčastější typ demence, který patří mezi primárně degenerativní onemocnění CNS a představuje 60 % všech demencí. Základní a patologickou změnou je ukládání beta-amyloidu (bílkoviny), která tvoří shluky, kolem kterých probíhají neurodegenerativní procesy. Takovým způsobem vznikají útvary, které se nazývají Alzheimerovské plaky.

Alzheimerova choroba je považována za jednu z největších zátěží lidstva, jak z hlediska zdravotního, sociálního, tak i ekonomického informují Jiráček a Koukolík (2004, s. 139). ČALS (2015a) uvádí, že v celé Evropě trpí demencí 7,3 miliónu lidí. Na základě zahraničních prevalenčních studií se odhaduje počet lidí s demencí v ČR na 123 194 a předpokládá se, že v roce 2020 u nás bude žít 183 tisíc lidí s demencí. Ve Zlínském kraji trpí demencí 8 974 lidí. Odborníci odhadují, že v ČR jsou služby poskytovány jen 10 % osob trpících demencí a náklady společnosti na řešení problematiky jsou odhadovány na 42,6 miliard korun (ČALS, 2015b).

5.1 Definice Alzheimerovy choroby

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) charakterizuje Alzheimerovu chorobu takto:

„Jde o deteriorace paměti a myšlení, které postupně narušují soběstačnost v aktivitách denního života. Paměť je narušena ve všech složkách a k její poruše patří nedílně i poruchy chování a myšlení. Typický průběh onemocnění: nenápadný začátek, pozvolná progrese a zhoršování kognitivních funkcí, nepřítomnost klinických ani laboratorních známek jiného onemocnění, které by mohlo způsobovat demenci, nepřítomnost náhlých známek neurologického poškození mozku či mozkového poranění“ (Holmerová et al., 2007, s. 39).

5.2 Rizikové faktory Alzheimerovy choroby

Mezi potvrzené faktory, které způsobují vznik Alzheimerovy choroby podle Jiráčka a Koukolíka (2004, s. 114) se řadí věk, familiární agregace včetně genetických vlivů (Downův syndrom). Dalším rizikem je ženské pohlaví, nižší vzdělání, úraz nebo opakované úrazy hlavy, přítomnost vaskulárních onemocnění uvádí Pidrman (2007, s. 41–42). Mezi diskutované rizikové vlivy patří kouření, hliník, hypertenze a vyšší hladina homocysteinu (Jiráček a Koukolík, 2004, s. 114).

5.3 Klinický obraz Alzheimerovy choroby

Alzheimerova choroba se vyvíjí plíživě, pomalu a stále progreduje. Koukolík a Jiráček (1998, s. 89) uvádějí, že rozlišit příznaky normálního stárnutí od Alzheimerovy choroby nemusí být jednoduché. Nejčastěji prvním příznakem je porucha paměti s typickým zapomínáním každodenních událostí. Dále se objevují poruchy orientace v čase i prostoru, zánik logického uvažování a soudnosti, dezorientace a dochází k podstatnému snížení intelektu a zpomalení myšlení uvádí Jiráček et al. (2009, s. 31–32). Rovněž se mohou objevit poruchy fatických funkcí např. afázie, apraxie, agnózie a narušení exekutivních funkcí (Pidrman, 2007, s. 36).

5.4 Stadia Alzheimerovy choroby

Nemoc probíhá u každého pacienta trochu odlišně, ale pokaždé prochází přibližně stejnými fázemi, které Holmerová et al. (2007, s. 34–38) popisuje následovně:

- **První stadium – počínající a mírná demence** – pacient je soběstačný, potřebuje pouze občasnou pomoc. Mezi první příznaky patří poruchy tzv. krátkodobé paměti (zapomíná události, které se staly před malou chvílí), ale minulost si vybavuje. Další příznaky: úzkost, strach, smutek, agrese, porucha řeči a porucha orientace v čase i prostoru.
- **Druhé stadium – rozvinutá demence** – pacient vyžaduje nepřetržitý dohled a péči téměř 24 hodin denně. Zhoršuje se orientace v čase a prostoru (bloudí, ztrácí se ve známém prostředí), potřebuje radu či pomoc v některých sebeobslužných činnostech (hygiena, oblékání), objevují se výrazné změny emotivity (deprese, strach, agresivita), mění se osobnost a temperament pacienta, mohou se vyskytnout bludy a halucinace.
- **Třetí stadium – pokročilá demence** – v této fázi je důležitá především kvalitní a laskavá ošetrovatelská péče. Pacient už není soběstačný a vyžaduje péči 24 hodin denně. V terminálním stadiu je již postižena celá osobnost pacienta.

5.5 Diagnostika syndromu demence

Diagnózu jisté Alzheimerovy choroby může zatím určit jen patolog, tzv. diagnóza histologická, jak uvádí Růžička et al. (2003, s. 73–74). Píše, že pro diagnostiku jsou důležité velmi přesné anamnestické údaje o začátku a průběhu demence. Dále se k diagnostice využívá EEG, CT, MR, SPECT a PET metody nezbytné k vyloučení jiné příčiny demence. Gene-

tické vyšetření pomůže prokázat změny na chromozomech, jak uvádí Pidrman (2007, s. 43–44). Důležitou součástí diagnostiky jsou standardní neuropsychologické testy (Koukolík a Jiráček, 1998, s. 96).

5.6 Terapie Alzheimerovy choroby

Z důvodu zcela neobjasněné etiopatogeneze Alzheimerovy choroby není zatím možná kauzální terapie. Podle Holmerové et al. (2007, s. 117) vyžaduje terapie multidisciplinární přístup a v managementu demencí jsou nezbytnou součástí nefarmakologické přístupy.

5.6.1 Farmakoterapie

Farmakoterapie Alzheimerovy choroby se dle odborníků, jak uvádějí Jiráček a Koukolík (2004, s. 146–147), dělí na kognitivní (ovlivňuje kognitivní funkce) a nekognitivní (působí proti behaviorálním a psychologickým příznakům) farmakoterapii.

5.6.2 Nefarmakologické přístupy

Mezi aktivizační činnosti řadí Holmerová et al. (2007, s. 136–230) např. ergoterapie, fyzioterapie, kognitivní rehabilitace, sensorická stimulace, orientace v realitě, reminiscenční terapie, kinezioterapie, arteterapie, taneční a pohybový program, terapeutické vaření, muzikoterapie a pet-terapie.

6 ZÁVĚREČNÉ ZHODNOCENÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Teoretická část této diplomové práce byla zpracována na základě dostupných literárních zdrojů vztahujících se k problematice sociální oblasti, marketingu a jeho analýzám. Dále bylo využito odborných publikací, které se zabývají Alzheimerovou chorobou.

Dostupné literatury týkající se sociální oblasti (sociální politiky, sociálních služeb, kvality sociálních služeb) je poměrně hodně. O. Matoušek jako jeden z autorů, který se touto problematikou zabývá ve své knize, předkládá ucelený přehled o poskytovatelích, podmínkách registrace, příspěvku na péči. Další informace byly čerpány z literárních pramenů V. Krebse et al., K. Šatery a H. Francové a A. Novotného, J. Durdisové, I. Kuzníkové et al., E. Malíkové a dalších.

Marketingem se zabývá celá řada autorů např. P. Kotler a K. L. Keller, L. Exner, J. Zlámal, M. Vašítková a na trhu existuje dostatek publikací. R. Bačuvčík se ve své knize zaměřuje na marketing neziskových organizací, marketingové řízení, které rovněž zmiňuje i P. F. Drucker, M. Foret. Dále jsou v této části práce popsány marketingový výzkum, marketingový mix, marketingové analýzy a informace byly čerpány z literárních pramenů J. Fortenberryho, P. Staňkové, J. Boučkové.

Poslední kapitola stručně popisuje Alzheimerovu chorobu, její definici, rizikové faktory, klinický obraz, stadia, diagnostiku a terapii. Zdrojem informací byly odborné publikace F. Koukolíka, R. Jiráka, E. Růžičky, V. Pidrmana a I. Holmerové.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 CHARAKTERISTIKA ALZHEIMERCENTRA ZLÍN

Alzheimercentrum Zlín je devátým zařízením skupiny Alzheimercentra, poskytovatele specializované péče pro klienty s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence. Jedná se o největší a nejstabilnější poskytovatele péče pro pacienty s demencí v České republice. První Alzheimercentrum svůj provoz zahájilo již v roce 1996. Management společnosti kromě zakladatelů, kteří jsou i provozovateli a statutárními zástupci, tvoří i odborní pracovníci a konzultanti. Jednotlivá zařízení poskytují komplexní moderní ošetrovatelskou péči (včetně ubytování a stravování) založenou na moderních terapeutických postupech. Rovněž poskytují i poradenství v sociální a zdravotní oblasti v situacích, kdy je nemocný v domácí péči. Alzheimercentra mají zpracovanou koncepci péče o pacienty s demencí. V rámci ojedinělého vzdělávacího projektu školí své zaměstnance, aby byli schopni poskytovat kvalitní, odbornou ošetrovatelskou péči a zabezpečit tak život pacientů s demencí v daleko vyšší kvalitě.

Alzheimercentrum Zlín z. ú. (zapsaný ústav – typ právnické osoby, který je dle občanského zákoníku účinný od 1. 1. 2014) svůj provoz zahájil 9. 1. 2015 a nachází se v klidné lokalitě. Obecně prospěšné služby poskytuje Alzheimercentrum v rámci služeb pro seniory a skupinu lidí s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence. V současné době organizace provozuje domov se zvláštním režimem a cílovou skupinou jsou osoby s chronickým duševním onemocněním (kapacita 10 osob) a osoby s kombinovaným postižením (kapacita 81 osob). Po splnění všech podmínek, zejména technických budou cílovou skupinou jen osoby s chronickým duševním onemocněním. Tyto služby jsou poskytovány v komplexu multifunkčního zařízení hotelového typu. Důraz je kladen na začlenění klientů do běžného způsobu života a pokrytí jejich základních potřeb. Jsou zde poskytovány nejen hotelové služby, sociální služby, ordinace lékaře, ale současně centrum slouží jako kontaktní místo domácí zdravotní péče. Dále poskytuje praní prádla pro domácnost, služby pro domácnost a osobní hygienu, půjčování rehabilitačních pomůcek. Součástí jsou školení a pořádání kurzů, tlumočnické služby, asistenční služby, sociální poradenství, terénní pečovatelská služba a poradna demence. Úhrada za ubytování činí 210 Kč/den a za celodenní stravování 170 Kč/den. (Alzheimercentrum, 2014).

7.1 Poslání, cíle společnosti

Posláním Alzheimercentra je poskytovat klientům, kteří se v důsledku svého zdravotního stavu ocitli v nepříznivé sociální a zdravotní situaci a potřebují pomoc při zajištění svých potřeb, komplexní, individuálně zaměřené, kvalitní a celoroční pobytové služby.

Základním cílem je poskytování komplexních služeb, které vedou k podpoře soběstačnosti klienta a prodloužení aktivního života. K naplnění poslání a cílů společnosti patří především ochrana práv uživatelů, podpora udržení co nejužšího kontaktu s rodinou a přáteli, podpora klienta v soběstačnosti, ošetřování metodou stimulace vnímání, práce s uživateli a jejich biografií a v neposlední řadě i vzdělávání zaměstnanců.

7.2 Analýza makroprostředí

PEST analýza je analýzou makroprostředí a jeho vlivů na organizaci, jak je uvedeno v teoretické části této práce. Jednotlivé atributy PEST analýzy budou zaměřeny na analýzu v souvislosti s projektem rozšíření služeb denního stacionáře pro Alzheimercentrum Zlín.

7.2.1 Politicko-právní prostředí

Poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni dodržovat celou řadu zákonů, vyhlášek, nařízení vlády a poskytovat služby směřují jen na základě registrace u příslušného krajského úřadu, který má i pravomoci inspekce. Současně je i povinností vedení organizace sledovat případné novely zákonů a řídit se nimi. Hlavní právní předpisy týkající se sociálních služeb jsou:

- zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách,
- zákon 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, a jeho prováděcí vyhláška č. 182/1991, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhláška 505/2006 Sb., ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách,
- vyhláška 239/2009 Sb., kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů,
- 98/2015 nařízení vlády o provedení § 101a zákona o sociálních službách.

Úkolem Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) je poskytovat legislativní rámec a metodické postupy, které stanoví pravidla, jež zabrání poškozování nebo diskriminování

jednotlivých aktérů. Ministerstvo zpracovalo rámcový dokument Národní strategie rozvoje sociálních služeb na rok 2015 zabývající se střednědobým plánováním na krajské a obecní úrovni, aby v návaznosti na to mohl stát na národní úrovni reagovat na potřeby uživatelů sociálních služeb. V souvislosti s novelou zákona o sociálních službách bude docházet k podstatným změnám v systému sociálních služeb, a proto na období 2016–2020 bude zpracována nová strategie, která by měla všechny tyto změny reflektovat (MPSV, 2015c).

Zákon o sociálních službách ukládá krajům povinnost vypracování strategického dokumentu týkajícího se plánování rozvoje sociálních služeb na dobu tří let. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve Zlínském kraji pro období 2016–2018 je strategickým dokumentem v oblasti sociálních služeb ve Zlínském kraji. Jedním z cílů je vymezení reálné a udržitelné sítě sociálních služeb, která v dostatečné kapacitě, patřičné kvalitě a s odpovídající místní dostupností reaguje na měnící se potřeby občanů a je nápomocná při řešení nepříznivých sociálních situací osob žijících na území kraje. Obsahuje vyhodnocení předcházejícího střednědobého plánu (2012–2015), mapuje potřeby osob (senioři, osoby se zdravotním postižením, rodiny s dětmi, osoby ohrožené sociálním vyloučením), analyzuje stávající sociální služby na území Zlínského kraje, zpracovává výhled financování Sítě sociálních služeb pro období 2016–2018 a vytváří Akční plán rozvoje sociálních služeb ve Zlínském kraji pro rok 2016. Pro cílovou skupinu senioři je jedna z definovaných priorit podpora transformace stávajících kapacit pobytových služeb pro seniory na služby pro seniory s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demencí vyžadujících celodenní péči jiné osoby (Zlínský kraj, 2016a).

Na úrovni územně samosprávných celků je systém plánování rozvoje sociálních služeb metodou Komunitního plánování. Metoda, pomocí níž se zjišťují skutečné potřeby, zdroje a hledají se nejlepší řešení v oblasti sociálních služeb tak, aby odpovídaly potřebám jednotlivých občanů a místním specifikům.

Demence, vzhledem ke svému dopadu nejen na život jednotlivce, ale i celé společnosti, je považována za téma, kterému je nezbytné se věnovat i na politické úrovni. Ministerstvu zdravotnictví podle usnesení vlády 741/2012 byla uložena povinnost předložit vládě Národní plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobné onemocnění na období 2014–2017, což se neuskutečnilo. Proto se doba plnění strategie přesouvá na období 2016–2019 (ČALS, 2015b).

7.2.2 Ekonomické prostředí

V současné době je systém financování sociálních služeb neudržitelný. Důvodů, proč se tak děje, je hned několik: demografický vývoj, nároky uživatelů a v neposlední řadě i rostoucí náklady poskytovatelů služeb.

Na úrovni vlády ČR je projednávána nová strategie sociálních služeb, kterou předkládá Ministerstvo práce a sociálních věcí. Strategie představuje rámcový dokument, který vymezuje směry rozvoje sociálních služeb, zejména v oblasti dostupnosti a kvality sociálních služeb. Dále se zabývá profesionalitou v sociálních službách a jejich správě, zvyšováním efektivity sociálních služeb a v neposlední řadě jejich financováním (Vláda ČR, 2016a).

Financování sociálních služeb v ČR je založeno na principu vícezdrojového financování. Do financování vstupují prostředky od uživatelů, z veřejných rozpočtů, platby od zdravotních pojišťoven, prostředky ze strukturálních fondů EU, sbírek, nadací, darů atd.

Podstatným atributem sociální péče je příspěvek na péči, který je poskytován lidem závislým na péči jiné osoby. V roce 2013 bylo na příspěvcích vyplaceno celkem 19 544 589 tis. Kč a v roce 2014 celková částka činila 20 402 011 tis. Kč, jak je uvedeno v tabulce (Tab. 2). Meziroční index činil 104,4 %. Ve Zlínském kraji za stejné sledované období bylo vyplaceno na příspěvcích 1 382 563 tis. Kč za rok 2013 a 1 419 197 tis. Kč za rok 2014. Meziroční index činil 102,6 %. Průměrný měsíční počet vyplácených dávek ve Zlínském kraji vzrostl na 22 253 v roce 2014 oproti 21 961 v roce 2013 (MPSV, 2015d).

Tab. 2 Počet a suma vyplacených příspěvků na péči podle věku a stupně závislosti v roce 2014 (zdroj: MPSV, ©2015)

	Průměrný měsíční počet vyplacených dávek (v tis.)			Výdaje (v mil. Kč)		
	věk oprávněné osoby		celkem	věk oprávněné osoby		celkem
	do 18 let	18 a více let		do 18 let	18 a více let	
I. stupeň závislosti	11,3	96,8	108,1	475	938	1 413
II. stupeň závislosti	6,6	101,8	108,4	518	4 812	5 330
III. stupeň závislosti	4,8	67,6	72,4	567	6 327	6 894
IV. stupeň závislosti	4,9	37,8	42,7	725	5 205	5 930
ostatní*	x	x	x	55	780	835
CELKEM ČR	27,6	304,0	331,6	2 340	18 062	20 402

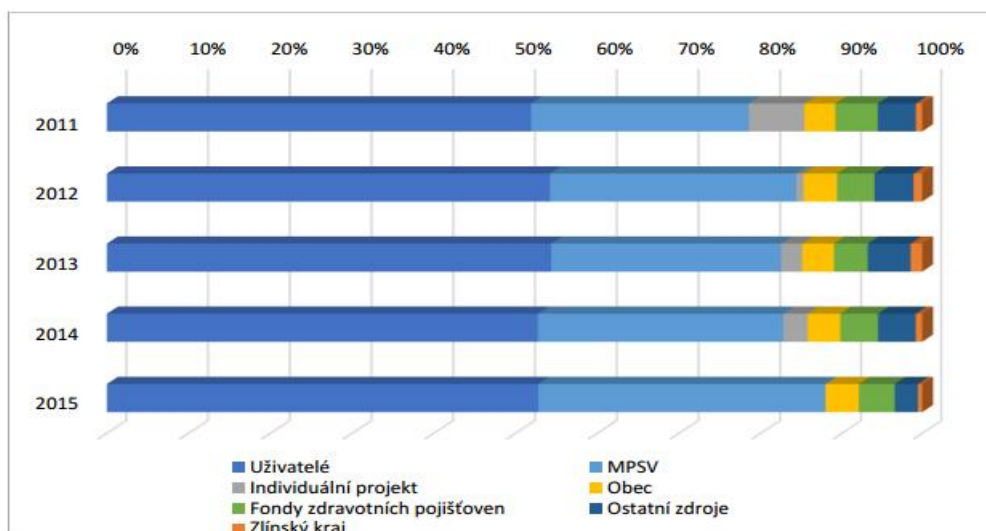
Ministerstvo práce a sociálních věcí předložilo vládě návrh na valorizaci příspěvku na péči. Na jednání vlády 14. 12. 2015 byl schválen návrh zákona, podle kterého by se měl zvýšit příspěvek od 1. 8. 2016 o 10 %. Začátkem roku proběhlo první čtení v poslanecké sněmovně a jsou předkládány pozměňovací návrhy. K valorizaci příspěvku pro zdravotně postižené nedošlo od zavedení příspěvku na péči v roce 2006 (Vláda ČR, 2016b).

Jedním ze zdrojů financování sociálních služeb jsou dotace MPSV, které jsou určeny na podporu poskytování sociálních služeb. Přibližně kryjí 21–24% nákladů těchto služeb. Finanční zdroje z fondů EU jsou významné prostředky k podpoře transformace sociálních služeb. Jedním z nástrojů podpory byl projekt Podpora transformace sociálních služeb v letech 2009–2013, v němž bylo zapojeno 32 zařízení a na projekt bylo alokováno 136,250 mil. Kč. Z fondů EU byly finanční prostředky využity i pro financování sociálních služeb prevence, ale i pro dílčí oblasti jako je kvalita sociálních služeb, vzdělávání pracovníků nebo pečujících v sociálních službách atd. Zlínský kraj v roce 2013 čerpal finanční prostředky na sociální služby prevence v celkové výši 44 411 172 Kč (MPSV, 2015c).

Z následujícího grafu (Graf 1) je patrné, že ve Zlínském kraji byly nejvýznamnějším zdrojem financování sociálních služeb v letech 2011–2014 úhrady od uživatelů služeb (v průměru 52,9 %) a finanční prostředky poskytnuté ze státního rozpočtu prostřednictvím MPSV (v průměru 29,9 %). Prostředky od územně samosprávných celků činily v průměru 4,9 % z celkového objemu zdrojů. Financování sociální péče ze strany Fondů zdravotních pojišťoven představuje přibližně 5 % z celkových zdrojů. Individuální projekt, jako další zdroj financování, činí 3,3 % všech zdrojů za období 2011–2014. Dotace z rozpočtu kraje jsou dalším zdrojem financování, který reaguje především na financování priorit střednědobého plánu (Zlínský kraj, 2016a).

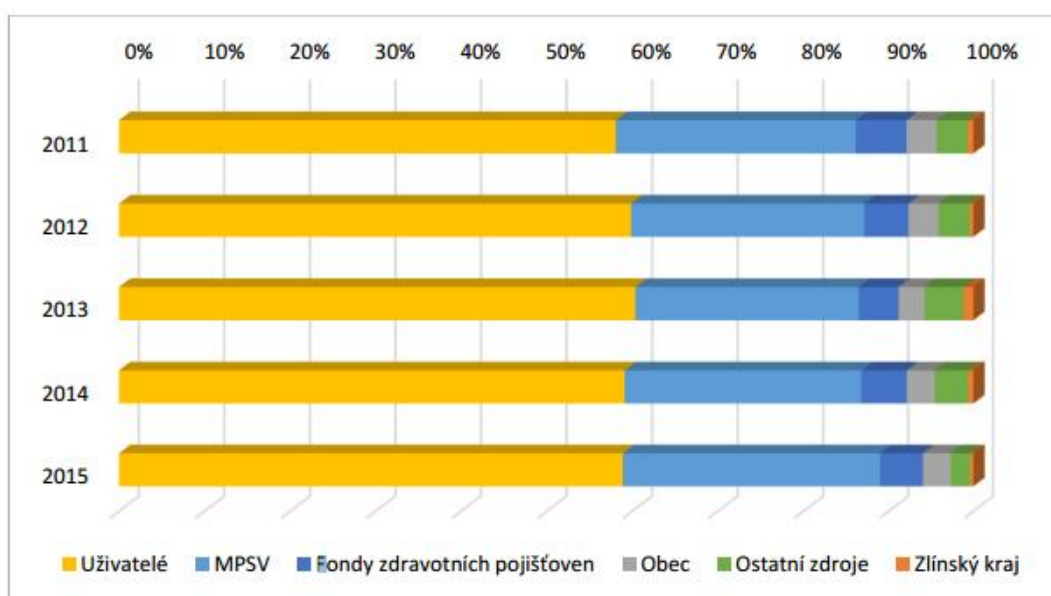
Přidělené veřejné finanční prostředky Zlínský kraj poskytuje jako kompenzaci za výkon služeb obecného hospodářského zájmu dle Rozhodnutí Komise 2012/21/EU formou vyrovnávací platby.

Graf 1 Procentuální zastoupení zdrojů financování dle jednotlivých donátorů ve Zlínském kraji (zdroj: Zlínský kraj, ©2015)



Sociální služby se dělí na oblasti sociální poradenství, sociální péče a sociální prevence, jak je uvedeno v teoretické části, v kapitole 2.2.1. Nejvýznamnějším zdrojem financování denních stacionářů, které jsou jedním z druhů služeb sociální péče, jsou úhrady od uživatelů, a to přibližně 59 %. Prostředky státního rozpočtu činí přibližně 28 % z celkových zdrojů. Úhrady od uživatelů meziročně rostou o 1–2 % a v ostatních zdrojích se projevuje stagnace, respektive nestabilita ze strany zdravotních pojišťoven a mírný pokles financování ze strany obcí, jak uvádí graf (Graf 2).

Graf 2 Procentuální zastoupení zdrojů financování u služeb sociální péče dle jednotlivých donátorů Zlínského kraje (zdroj: Zlínský kraj, ©2015)



Náklady spojené s léčbou a péčí o pacienty trpící demencí jsou odhadovány na 42,6 miliard korun, což činí v průměru 1 % HDP (ČALS, 2015c).

Výše hrubého domácího produktu (HDP) v ČR v roce 2013 byla 4 077 109 mil. Kč a v roce 2014 vzrostla na 4 260 886 mil. Kč. Zlínský kraj se řadí na 8. místo mezi kraji v tvorbě HDP a v roce 2014 dosáhla průměrná hodnota HDP na jednoho obyvatele kraje 359 354 Kč (ČSÚ, 2014a, b).

Průměrná roční míra inflace v České republice v roce 2015 byla 0,3 %. Peníze se znehodnocují, což se promítne ve snížení kupní síly a potažmo ve snížení poptávky po sociálních službách (ČSÚ, 2014c).

Podíl nezaměstnaných osob v kraji k 31. 12. 2015 byl 5,98 % a proti konci předchozího roku poklesl ze 7,36 %, tj. o 1,38 procentního bodu, což se může odrazit v poklesu nabídky kvalitních pracovníků v sociálních službách (ČSÚ, 2014d).

7.2.3 Sociální prostředí

K faktorům sociálního prostředí se řadí demografický vývoj obyvatelstva a s ním související věková struktura, stárnutí obyvatelstva, ale i životní styl, vzdělání.

Zlínský kraj vznikl sloučením okresů Zlín, Kroměříž, Uherské Hradiště a Vsetín. Dohromady s Olomouckým krajem se sdružily a vytvořily Regionální radu regionu soudržnosti Střední Morava. Je čtvrtým nejmenším krajem v České republice o rozloze 3 963 km². Hustota zalidnění je 148 obyvatel/km², což výrazně převyšuje republikový průměr. Kraj má celkem 307 obcí a z toho 30 měst, v nichž ke konci roku 2014 žilo 585 261 obyvatel. Věkové složení obyvatel v kraji je charakteristické zvyšujícím se podílem obyvatel v poproduktivním věku. Podíl obyvatel starších 65 let se v roce 2014 zvýšil na 18,3 % (107 273 osob) oproti roku 2013, kdy podíl činil 17,8 %. Index stáří v roce 2014 činil 126,3 % a znamená, že na 100 dětí do 15 let připadá více než 126 obyvatel starších 65 let. Podíl mužů v této věkové kategorii v roce 2014 byl 40,03 % a žen 59,97 %. Podíl obyvatelstva staršího 65 let v jednotlivých okresech ke konci roku 2014 byl: Kroměříž – 18,33 %, Uherské Hradiště – 24,58 %, Vsetín – 24,1 % a Zlín – 32,99 % (ČSÚ, 2014a, e).

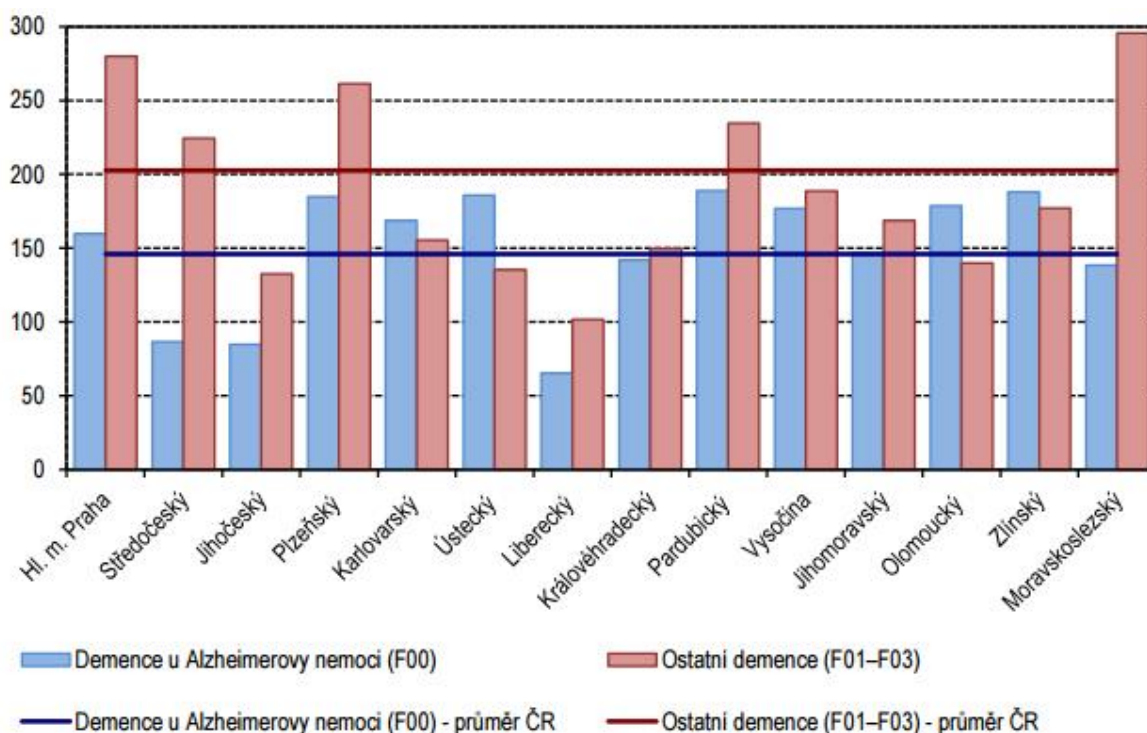
Na základě prevalenčních studií je pro rok 2014 odhadován počet lidí s demencí v ČR na 152,7 tisíc, z toho dvě třetiny tvoří ženy. Mezi lety 2013–2014 se počet lidí s demencí zvýšil o 9 382 osob. Riziko onemocnění demence narůstá s věkem a zlom nastává v důchodovém věku. Zatímco do 65 let trpí demencí každý 866, nad 65 let každý třináctý. Ve věkové kategorii nad 80 let již každý pátý a nad 90 let dokonce téměř každý druhý. Počet lidí trpících demencí v ČR neustále narůstá. Prevalenční studie uvádějí, že v 60. letech žilo v ČR dle odhadů cca 49–55 tisíc lidí s demencí, v roce 1989 to už bylo 73–81 tisíc osob, v roce 2000 již 89–98 tisíc a v roce 2014 už téměř 153 tisíc lidí trpících demencí. Předpokládá se, že v roce 2020 bude u nás žít 183 tisíc lidí s demencí a v roce 2050 již 383 tisíc lidí. Nejvyšší podíl lidí s demencí žije v Praze (19 795) a nejmenší podíl lidí je v Karlovarském kraji (3 956). Ve Zlínském kraji žije s demencí 8 974 lidí (ČALS, 2015b).

Schopnost naší společnosti postarat se o lidi s demencí ve srovnání s Evropou je velmi malá. Odborníci odhadují, že v ČR služby využívá jen 10 % osob trpících demencí, oproti 26 % v Německu. Data ovlivňuje i skutečnost, že nejsou dostupné historické informace týkající se demence a registr poskytovatelů sociálních služeb není schopen přesně identifikovat poskytovatele služeb pro osoby s demencí. Tato kategorie osob se nejvíce blíží kategorii osob s duševním onemocněním a kategorii senioři. Analýzy ukazují, že v roce 2009

byl počet domovů se zvláštním režimem 199 a v současnosti již 291 zařízení. V domovech pro seniory bydlí z celkového počtu lidí trpících demencí 19 % a v domovech se zvláštním režimem více než 6 %. Podle OECD tvoří přibližně 70–90 % všech poskytovatelů dlouhodobé péče neformální pečovatelé (rodinní příslušníci). Počet lidí s demencí v České republice, o které se starají neformální pečovatelé, je odhadován na 100 tisíc (ČALS, 2015b).

Podle dat ÚZIS bylo v roce 2012 nově zjištěných osob s onemocněním Alzheimerovou chorobou 4 373, z toho ve Zlínském kraji 288. V psychiatrických ambulancích bylo léčeno 15 352 pacientů s Alzheimerovou chorobou, z toho 67 % žen. V následujícím grafu (Graf 3) je graficky zobrazen počet ambulantních pacientů s Alzheimerovou chorobou a ostatními demencemi v krajích v roce 2012 (ÚZIS, 2016).

Graf 3 Počet ambulantních pacientů s dg. F00–F03 na 100 tisíc obyvatel podle kraje sídla zdravotnického zařízení v roce 2012 (zdroj: ÚZIS, ©2013)



MPSV je koordinátorem politiky přípravy na stárnutí v České republice. Usnesením vlády České republiky ze dne 14. července 2014 č. 584 byl aktualizován strategický dokument Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013–2017. Základním rámcem je zajištění dodržování a ochrany lidských práv seniorů. Dokument obsahuje opatření, která směřují k tomu, aby senioři mohli plně požívat nejen politická a občanská práva, ale i práva sociální, kulturní a další (MPSV, 2015e, f).

7.2.4 Technologické prostředí

V souvislosti s poskytováním sociálních služeb klientům s Alzheimerovou chorobou není zapotřebí nejmodernější technologie. Pro zkvalitnění života jak v pobytových tak nepobytových zařízeních je trend zavádět polohovací postele, kardiokřesla. Žádný lék, který by vyléčil Alzheimerovu chorobu, doposud neexistuje. Na trhu je nabízena alternativní a podpůrná léčba demence pomocí hirudoterapie (léčba pomocí pijavic). Léčba hirudoterapií není hrazena zdravotní pojišťovnou. ČALS nabízí projekt Bezpečný návrat pomáhající lidem, kteří jsou ohroženi blouděním, a projekt Dny paměti, který nabízí bezplatné vyšetření paměti pomocí testů v kontaktních místech ČALS.

7.3 Analýza mezoprostředí

Analýzu vnějšího mikroprostředí můžeme provést prostřednictvím tzv. Porterova modelu konkurenčních sil. Zabývá se tím, jaké síly podnikání ovlivňují organizace v daném prostředí. Za konkurenční síly je označováno: konkurence mezi existujícími subjekty, hrozba vstupu nových konkurentů, vyjednávací síla dodavatelů, vyjednávací vliv klientů a hrozba substitučních služeb. Jednotlivé síly byly vyhodnoceny, shrnuty do tabulek a ohodnoceny body v rozmezí 1 až 5, kdy 1 představuje nejmenší riziko a 5 největší riziko.

7.3.1 Konkurence mezi existujícími subjekty

Domovy se zvláštním režimem poskytují pobytové služby osobám s Alzheimerovou chorobou a dalšími typy demencí. Mezi hlavní konkurenty Alzheimercentra z. ú. svým charakterem, místem působení, poskytovanými službami a cílovou skupinou patří níže uvedená zařízení v tabulce (Tab. 3), která se nacházejí ve Zlínském kraji. Dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách náleží příspěvek na péči pobytovému zařízení, které o uživatele v daném měsíci pečuje. Klient hradí ubytování, celodenní stravu a fakultativní služby. Maximální výše těchto úhrad je stanovena prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb. V současné době jsou stanoveny maximální sazby úhrad za ubytování 210 Kč/den a celodenní stravu 170 Kč/den. V pobytových zařízeních sociálních služeb je zaručený minimální zůstatek z příjmu klienta 15 %.

Dům pokojného stáří – Naděje, Zlín – domov se zvláštním režimem je určen pro seniory starší 65 let a jeho kapacita je pro 19 klientů. Úhrada za ubytování činí 195 Kč/den a za stravování 140 Kč/den – racionální strava a 150 Kč/den diabetická. Možnost fakultativních

služeb a zprostředkovaných služeb (kadeřník, pedikúra, kosmetika, masáže). V blízkosti se nachází denní stacionář.

Domov se zvláštním režimem – Burešov p. o. – zařízení určeno pro seniory od 60 let. Kapacita zařízení je 136 míst ve dvoulůžkových pokojích se sociálním zařízením. Úhrada za ubytování činí 178 Kč/den. Za stravování se hradí od 137 Kč/den do 156 Kč/den podle druhu stravy (racionální šetřící, racionální kašovitá, diabetická, diabetická kašovitá, výživná a výživná kašovitá). Možnost fakultativních služeb (kadeřník, pedikúra).

Domov seniorů – Hvězda z. ú. – kapacita zařízení je 45 lůžek a klienti jsou ubytováni v jednolůžkových, dvoulůžkových, trojlůžkových, čtyřlůžkových a vícelůžkových pokojích. Bezbariérový objekt. Úhrada za poskytnutí ubytování činí 180–210 Kč/den a za poskytnutí stravy 170 Kč/den. Cílovou skupinou jsou osoby od 27 let. Nabídka fakultativních služeb.

Dům služeb seniorům – Hvězda z. ú – bezbariérové zařízení s kapacitou 50 lůžek a ubytování v jednolůžkových, dvoulůžkových pokojích se sociálním zařízením. Nabídka aktivizačních činností a volnočasových činností. Cílovou osobou jsou dospělí od 27 let. Cena za ubytování je 200–210 Kč/den a za stravování činí 170 Kč/den.

Domov se zvláštním režimem – Kopretina – sociální služba je určena osobám starším 50 let. Kapacita zařízení je 52 lůžek a klienti bydlí ve dvoulůžkových pokojích se sociálním zařízením. Úhrada za ubytování činí 124 Kč/den a za celodenní stravování 142 Kč/den (normální, šetřící, diabetická). Zařízení nabízí i fakultativní služby (např. pedikúra, doprava, kopírování).

Diakonie ČCE – hospic Citadela, Domov se zvláštním režimem Valašské Meziříčí – cílovou skupinou jsou lidé od 50 let. K dispozici je 21 lůžek a ubytování je poskytováno v jednolůžkových a dvoulůžkových pokojích, některé se sociálním zařízením. Cena za pobyt je 170–200 Kč/den a celodenní stravu 155 Kč/den. Fakultativní služby – doprava. V blízkosti zařízení se nachází denní stacionář.

Charitní dům pokojného stáří – Cetechovice – služba určená pro osoby od 50 let. Možnost ubytování v jednolůžkových a dvoulůžkových pokojích a kapacita je 38 lůžek. Úhrada za ubytování činí 172–177 Kč/den a celodenní stravu 140–150 Kč/den (normální, dietní strava). Nabídka fakultativních služeb (např. doprava, pedikúra, kadeřnictví).

Domov Jabloňová – pobytová služba pro osoby od 55 let věku. Počet lůžek je 23, jednolůžkových nebo dvoulůžkových pokojů včetně sociálního zařízení. Bezbariérové prostory.

Úhrada za ubytování činí 170–200 Kč/den, stravování – racionální strava 135 Kč/den nebo diabetická dieta 150 Kč/den. Zařízení nabízí aktivizační činnosti a v blízkosti se nachází denní stacionář Zahrada.

Domov se zvláštním režimem Strom života – Kroměříž – služba určena pro osoby od 27 let. Kapacita zařízení je 54 lůžek a ubytování se poskytuje v jednolůžkových, dvoulůžkových a třílůžkových pokojích. Úhrada za poskytnuté ubytování činí 210 Kč/den a za celodenní stravu 170 Kč/den. Nabídka fakultativních služeb.

Domov se zvláštním režimem – Lukov – zařízení je určeno pro osoby od 65 let. Kapacita je pro 21 seniorů a ubytování je poskytováno v jednolůžkových, dvoulůžkových a třílůžkových pokojích. Úhrada za ubytování činí 155–184 Kč/den a za celodenní stravování 140–150 Kč/den (racionální, diabetická, šetřící – žlučnicková). Možnost fakultativních služeb (např. kadeřnictví, pedikúra).

Dům pokojného stáří Nedašov, domov se zvláštním režimem – služba určená osobám od 27 let. Zařízení má kapacitu 22 lůžek a poskytuje ubytování v jednolůžkových, dvoulůžkových a třílůžkových pokojích. Úhrada za ubytování je od 122 do 186 Kč/den a úhrada za stravu od 127 Kč/den standard, 151 Kč/den diabetická strava. Nabídka aktivizačních činností a fakultativních služeb.

Domov se zvláštním režimem – Senior Otrokovice – zařízení je určeno pro osoby starší 65 let. Kapacita zařízení je 24 lůžek. Ubytování zajištěno ve dvoulůžkových pokojích. Úhrada za poskytnuté ubytování činí 170 Kč/den a za celodenní stravu 155–170 Kč/den (racionální, diabetická, šetřící a nutriční). Fakultativní služby (např. kadeřnictví, pedikúra). Příspěvková organizace nabízí i denní stacionář.

Sanatorium Topas s. r. o., Vizovice – sociální zařízení je určeno pro osoby od 27 let. Ubytování se poskytuje v jednolůžkových a dvoulůžkových pokojích a kapacita zařízení je 200 lůžek. Úhrada za ubytování činí 210 Kč/den a za celodenní stravu 170 Kč/den. Nabídka fakultativních služeb (např. kadeřnictví, pedikúra).

Centrum pro seniory Zahrada, Bystřice pod Hostýnem – Domov se zvláštním režimem – zařízení je určeno pro osoby od 60 let. Kapacita zařízení je 16 osob v jednolůžkových a dvoulůžkových pokojích. Celodenní stravování je v hodnotě od 142 Kč/den do 156 Kč/den. Úhrada za ubytování činí 180–190 Kč. Nabídka fakultativních služeb (kopírování, doprava apod.)

Tab. 3 Počet a suma vyplacených příspěvků na péči podle věku a stupně závislosti v roce 2014 (zdroj: MPSV, ©2015)

	Věková hranice	Kapacita	Počet lůžek na pokojích	Denní stacionář	Cena za po- byt/jídlo/Kč /den	Fakulta- tivní služ- by
Alzheimercentrum, Zlín	27	10	2	ne	210/170	ano
Dům pokojného stáří, Naděje	65	19	1, 2	ano	195/140-150	ano
Domov se zvláštním režimem, Burešov	60	136	2	ne	178/137-156	ano
Domov seniorů, Hvězda	27	45	1, 2, 3, 4 a více	ne	180-210/170	ano
Dům služeb seniorům, Hvězda	27	50	1, 2	ne	200-210/170	ano
Domov se zvláštním režimem, Kopretina	50	52	2	ne	124/142	ano
Diakonie ČCE, Citadela	50	21	1, 2	ano	170-200/155	ano
Charitní dům pokojného stáří, Cetechovice	50	38	1, 2	ne	172- 177/140-150	ano
Domov Jabloňová	55	23	1, 2	ano	170- 200/135-150	neuveďeno
Domov se zvláštním režimem Strom života, Kroměříž	27	54	1, 2, 3	ne	210/170	ano
Domov se zvláštním režimem, Lukov	65	21	1, 2, 3	ne	155- 184/140-150	ano
Dům pokojného stáří, Nedašov	27	22	1, 2, 3	ne	122- 186/127-151	ano
Domov se zvláštním režimem – Senior Otrokovice	65	24	2	ano	170/155-170	ano
Sanatorium Topas	27	200	1, 2	ne	210/170	ano
Domov se zvláštním režimem, Zahrada	60	16	1, 2	ne	180- 190/142-156	ano

Vyhodnocení: Ve Zlínském kraji se nachází 15 pobytových sociálních služeb typu Domov se zvláštním režimem určený osobám s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demencí.

Největší pobytovou kapacitu má Sanatorium Topas, celkem 200 osob, a nejmenší, pouze pro 10 osob, Alzheimercentrum Zlín. Věková hranice, od které jsou osoby přijímány do pobytového zařízení, je od 27 let do 65 let. Ve většině zařízení je ubytování poskytováno v jednolůžkových a dvoulůžkových pokojích, pouze čtyři nabízejí i vícelůžkové pokoje. Fakultativní služby nabízí všechna zařízení kromě jednoho (nebylo uvedeno), a to zejména dopravu, kadeřnictví, pedikúru. Úhrada za ubytování činí od 122 Kč/den do 210 Kč/den v závislosti na kapacitě pokoje. Úhrada za celodenní stravu od 127 Kč/den do 170 Kč/den podle druhu diety. Pouze čtyři zřizovatelé Domovů se zvláštním režimem poskytují i další sociální službu, a sice Denní stacionář pro osoby s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demencí. Jsou to: Dům pokojného stáří Naděje, Zlín; Diakonie ČCE, Citadela, Valašské Meziříčí; Domov Jabloňová, Vsetín; Domov se zvláštním režimem Senior, Otrokovice.

Ve Zlínském kraji se nachází pět denních stacionářů poskytujících ambulantní sociální služby osobám s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demencí a jsou existující konkurencí, jak je uvedeno v tabulce (Tab. 4).

Denní stacionář, středisko Naděje Zlín – Jižní Svahy – je určen pro lidi s demencí, byl otevřen v srpnu 2013 a nachází se nedaleko Domu pokojného stáří. Dle právní úpravy se jedná o spolek, který má za cíl poskytnout podporu, pomoc, péči o vlastní osobu, zajištění soběstačnosti a důstojné zařazení do společnosti. Sociální služba denního stacionáře je určena pro dospělé od 50 let s Alzheimerovou chorobou nebo jiným typem demence a denní kapacita je 10 klientů. Denní stacionář má k dispozici dvě samostatné místnosti, bezbariérové WC a sprchový kout. Součástí hlavní místnosti je kuchyňský kout, polohovací kardiokřesla a k vybavení odpočinkové místnosti patří i polohovací lůžko. Kromě pomoci o vlastní osobu, dopomoc při stravování, hygieně, stacionář nabízí poskytování aktivizačních a terapeutických činností. Pokud mají klienti zájem, je možnost zajištění celodenní stravy. K fakultativním službám, které stacionář poskytuje, patří doprava do/z denního stacionáře nebo dohled nad užíváním léků. Možnost účasti na různých aktivitách (bohoslužby, grilování, vystoupení atd.) v Domě pokojného stáří. Výše úhrady za poskytování základních činností sociální služby v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách činí 120 Kč/h dle doby nezbytné k vykonání úkonu. Úhrada za celodenní stravu činí 125 Kč. Provozní doba stacionáře je ve všední dny od 7.00 do 16.30 hodin.

Denní stacionář Zahrada Diakonie ČCE – nezisková organizace je určena pro seniory a osoby nad 50 let ze Vsetína a jeho okolí, kteří trpí chronickými chorobami, poruchami demence nebo poruchami paměti. Posláním je pomoc k dosažení a udržení dobré kvality

života klientů. Maximální kapacita služeb je 12 uživatelů a provozní doba každý všední den od 7.30 do 16.30 hodin. Zařízení nabízí svým klientům pomoc o vlastní osobu, dopomoc při hygieně a stravování, možnost zajištění stravy, aktivizační činnosti a dopravu do/ze stacionáře v rámci fakultativních služeb. Současně poskytuje k zapůjčení rehabilitační a kompenzační pomůcky. Úhrada za poskytnutí celodenní stravy činí 90 Kč a za základní činnosti činí 120 Kč/h podle skutečně poskytované služby.

Denní stacionář Senior Otrokovice – příspěvková organizace města Otrokovice poskytuje služby osobám starším 45 let s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence. Denní kapacita je pět osob a své služby poskytují každý všední den od 7.00 do 15.30 hodin, s možností přizpůsobení se požadavkům klienta. Prostorové vybavení stacionáře je složeno z denní místnosti, jejíž součástí je kuchyňský kout, odpočinkové místnosti a bezbariérové koupelny s WC. Jsou zde poskytovány základní činnosti v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. V rámci základní ošetrovateľské rehabilitace jsou zde uplatňovány prvky konceptu Bazální stimulace. Mezi fakultativní služby patří pedikérské, holičské, kadeřnické služby a doprava do stacionáře. Úhrada za základní činnosti poskytované v Denním stacionáři je stanovena hodinovou sazbou 60 Kč/h. Úhrada za poskytnutí celodenní stravy činí 123 Kč.

Denní stacionář Domovinka, Uherský Brod – je součástí Oblastní charity Uherský Brod, která je církevní právnickou osobou. Ambulantní služba Denní stacionář je zaměřená na pomoc a podporu osob s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence starších 45 let. Hlavním cílem stacionáře je prostřednictvím podpory, pomoci, péče zachovat co nejdéle soběstačnost a schopnosti uživatele a zajistit co nejlepší kvalitu života. Stacionář má kapacitu 10 uživatelů/den a provozní doba je každý všední den od 7.00 do 15.30 hodin. Prostory stacionáře jsou vybaveny bezbariérovým WC a sprchou, společenským pokojem, obývacím pokojem a kuchyní s jídelnou. Úhrada za základní činnosti vymezené zákonem č. 108/2006 Sb., a vyhláškou 505/2006 Sb. činí 90 Kč/h podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k vykonání úkonu. Cena za poskytnutí oběda ve stacionáři je 75 Kč. Stacionář zajišťuje i fakultativní služby – dovoz a odvoz uživatele.

Denní stacionář, Diakonie ČCE Valašské Meziříčí – je určen seniorům starším 65 let se sníženou soběstačností na základě chronického duševního onemocnění nebo zdravotního postižení. Posláním stacionáře je, aby senior trávil den v podnětném prostředí přizpůsobeném jejich potřebám s cílem zachování soběstačnosti a kvality života. Služba je poskytována obyvatelům města Valašské Meziříčí a jeho okolí. Denní kapacita stacionáře je 15

uživatelů. Úhrada za poskytnuté základní činnosti dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách činí 20 Kč/h – 50 Kč/h podle poskytnutých služeb a zařazení do skupiny (A, B, C, D). Úhrada za poskytnutí celodenní stravy činí 99 Kč. K fakultativním službám, které poskytuje stacionář, patří dovoz a odvoz ze stacionáře, dohled nad užíváním léků, měření TK a perličková koupel nohou. Provozní doba zařízení je každý všední den od 7.00 do 17.00 hodin.

Tab. 4 Konkurenční rivalita v odvětví (vlastní zpracování)

Konkurenční rivalita v odvětví (nejmenší riziko – 1 bod, největší riziko – 5 bodů)		
Počet konkurentů	- 5 denních stacionářů pro osoby s Alzheimerovou chorobou ve Zlínském kraji.	3
Velikost konkurentů	- zařízení s kapacitou 5–15 uživatelů/klientů za den.	2
Dynamika růstu odvětví	- neustále se zvyšující počet osob s Alzheimerovou chorobou.	4
Velikost fixních nákladů	- vstupní kapitálová náročnost na zřízení sociálního zařízení.	4
Diferenciace konkurentů	- alternativy nepobytových sociálních služeb.	3

7.3.2 Hrozba vstupu nových konkurentů

Hrozba konkurenční síly v podobě vstupu nových konkurentů do odvětví není v dnešní době tak zásadní, což znamená, že vstup nového konkurenta by neohrozil konkurenční schopnost Alzheimercentra. Nabídka denních stacionářů v kraji a jejich kapacita není dostatečná vzhledem k demografickému vývoji obyvatelstva a zvyšujícímu se počtu osob s Alzheimerovou chorobou. Vstup nového poskytovatele sociálních služeb by mohl být ovlivněn legislativními požadavky na provoz sociálního zařízení a administrativní náročností založení nového zařízení, jak uvádí tabulka (Tab. 5). Připravovaná novela zákona o sociálních službách bude mít rovněž vliv na další vývoj sociálních služeb. Proto, aby poskytovatel sociálních služeb poskytoval kvalitní služby, je důležité splňovat požadavky na personální zabezpečení a registraci poskytovatelů sociálních služeb. Bariérou může být i dotační řízení, které je pro poskytovatele podstatným finančním zdrojem. Kapitálové požadavky zahrnují především výstavbu, vybavení zařízení a můžou se pohybovat v řádu několika statisíců korun. Dále zahrnuje i provozní kapitál, jehož významnou složkou jsou

mzdy pracovníků. Důležité je i rozšíření povědomí o nové službě pomocí distribučních kanálů, kterými mohou být praktický lékař, sociální zařízení.

Tab. 5 Hrozba vstupu nových konkurentů do odvětví (vlastní zpracování)

Hrozba vstupu nových konkurentů do odvětví (nejmenší riziko – 1 bod, největší riziko – 5 bodů)		
Právní bariéry a sociální politika	- legislativní požadavky na provoz sociálních zařízení, - novela zákona o sociálních službách.	3
Kapitálová náročnost	- náklady na výstavbu, vybavení a provoz sociálních zařízení, - mzdy zaměstnanců.	4
Know-how a požadavky na kvalifikaci personálu	- pracovní tým – sociální pracovník a pracovník v sociálních službách.	2
Přístup distribučních kanálů	- distribuční kanály – praktický lékař, sociální zařízení.	2

7.3.3 Vyjednávací síla dodavatelů

Na trhu se nachází dostatečné množství dodavatelů služeb a nejdůležitějším faktorem při jejich výběru je cena a kvalita nabízeného zboží.

Alzheimercentrum má dodávku většiny komodit zajišťovanou centrálním způsobem. Mezi nejdůležitější dodavatelské společnosti patří ty, které pro Alzheimercentrum zařizují dodávku a prodej energie, plynu, vody, potravin, počítačové techniky, telekomunikační spojení, zdravotnického materiálu, vybavení, techniky a servisu. Úklid si Alzheimercentrum zajišťuje samostatně z vlastních zdrojů.

Centrální dodavatel počítačové technologie je pro organizaci nevyhovující pro velkou vzdálenost dodavatelské firmy, což způsobuje časovou prodlevu v případě akutní potřeby a rychlé komunikace. Nejsou vyhovující ani nastavené smluvní podmínky, služby jsou drahé.

Potraviny jsou převážně zajišťovány centrálními dodavateli, jen u některých položek jsou využíváni drobní dodavatelé. Nevýhodou centrálních dodávek zdravotnických pomůcek je fakt, že dodavatel nemá vždy k dispozici požadovaný materiál. Sám žádaný materiál nakoupí a pak s navýšenou cenou nabízí odběratelům.

Náklady spojené s přechodem k jinému dodavateli se odvíjí s ohledem na uzavřené smlouvy se stávajícími dodavateli a jejich plnění. Variabilita v podobě personálního obsazení je možná pouze v množství pracovníků, ale ne v kvalifikačních předpokladech, které jsou dány předpisy. Získat vzdělání v oboru Zdravotně sociální pracovník lze na UTB ve Zlíně na Fakultě humanitních studií v tříletém bakalářském studiu. Ve Zlíně jsou rovněž nabízeny kvalifikační kurzy akreditované podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách pro pracovníky v sociálních službách.

Jednotlivé kategorie, které se vztahují k vyjednávací síle dodavatelů, jsou uvedeny v tabulce (Tab. 6).

Tab. 6 *Vyjednávací síla dodavatelů (vlastní zpracování)*

Vyjednávací síla dodavatelů (nejmenší riziko – 1 bod, největší riziko – 5 bodů)		
Koncentrace dodavatelů služeb	- dodavatelé energií, plynu, vody, - dodavatelé telekomunikačního spojení.	3
Trh práce	- míra nezaměstnanosti ve Zlíně, - volná pracovní místa.	3
Variabilita vstupů	- variabilita pracovníků.	2
Náklady při přechodu k jinému dodavateli	- smluvní podmínky, - náklady na energie.	2
Existence náhradních vstupů	- primární vstupy nelze nahradit.	5

7.3.4 Vyjednávací vliv klientů

Vyjednávací síla klientů uvedená v tabulce (Tab. 7) je do značné míry ovlivněna koncentrací stejných nebo podobných služeb v regionu a v neposlední řadě i přístupem personálu. Klient je příjemcem služby a současně i zdrojem příjmů pro poskytovatele sociálních služeb. Vzhledem k malé konkurenci, ve Zlínském kraji se nachází pět denních stacionářů poskytujících ambulantní sociální služby pro osoby s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demencí, je vyjednávací síla klientů malá.

Rodina, která má nezastupitelnou roli při získávání informací, výběru vhodného sociálního zařízení, chce najít takové, které splňuje požadavky jejich blízkého. Zařízení, které bude zvyšovat kvalitu života uživatele služeb. Její vyjednávací síla je důležitá a její role je

i v doporučení sociálního zařízení jiným osobám, které se nacházejí ve stejné životní situaci. Rodina hraje i svou roli týkající se finanční pomoci uživateli služeb, pokud výdaje nelze pokrýt příspěvkem na péči. Náklady na přechod klienta ke konkurenci jsou nízké, ale vzhledem k malé nabídce není tato skutečnost tak podstatná. Předpokládá se, že pokud klient s Alzheimerovou chorobou zvládne adaptaci v zařízení, což rovněž snižuje jeho vyjednávací sílu, nebude mít tendence přejít do jiného sociálního zařízení.

Odlišnost produktu se týká oblasti úhrady za základní činnosti, které jsou stanoveny zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Další odlišnosti jsou v úhradě za poskytnutí stravy a cenách nabízených fakultativních služeb.

Tab. 7 Vyjednávací vliv klientů (vlastní zpracování)

Vyjednávací vliv klientů (nejmenší riziko – 1 bod, největší riziko – 5 bodů)		
Počet klientů	- příjemce služeb, - zdroj příjmů.	2
Význam služby pro klienta	- zachování soběstačnosti klienta, - zvyšování kvality života.	5
Význam rodiny klienta	- podpora uživatele služeb, - doporučení sociálního zařízení.	4
Náklady na přechod ke konkurenci	- podstatná adaptace klienta, - nízké náklady.	2
Informovanost klientů	- omezená informovanost vzhledem ke zdravotnímu stavu.	4
Odlišení produktu	- úhrada za poskytnutí základních činností dle zákona, - úhrada za stravu, fakultativní služby.	2

7.3.5 Hrozba substitučních služeb

Demografický vývoj (stárnutí populace) a narůstající výskyt osob s Alzheimerovou chorobou (dle ČALS se odhaduje, že v roce 2020 bude v ČR žít cca 183 tisíc osob s Alzheimerovou chorobou) přispívají významným způsobem k udržení služby a lze do budoucna předpokládat pozvolný nárůst této sociální služby. Kapacitní možnosti jsou dány velikostí zařízení, kde jsou služby poskytovány, a počtem pracovníků poskytujících základní činnosti vymezené zákonem. Alternativou denního stacionáře pro osoby s Alzheimerovou chorobou jsou nepobytové sociální služby v kombinaci s péčí rodinných

příslušníků. Patří sem osobní asistence, pečovatelské služby, respitní péče a denní centra pro osoby s demencí. Jedná se o služby, které jsou převážně poskytované v domácím prostředí klienta, což může být jejich výhodou. Naopak nevýhodou substitučních služeb může být fakt, že pro klienta změna prostředí a kontakt s jinými lidmi v podnětném prostředí podporujícím jejich potřeby je přínosnější co do soběstačnosti a kvality života. Pokud klient zvládne adaptaci ve vybraném sociálním zařízení ohodnocenou bodem 1 v tabulce (Tab. 8) a spokojenost je i na straně rodiny, nejsou zde tendence vyhledávat substituční zařízení. Rozhodujícím faktem je i dojezdová vzdálenost substitučních zařízení, která může sehrát roli jak ze strany poskytovatelů služeb, tak i příjemců.

Tab. 8 Hrozba substitučních služeb (vlastní zpracování)

Hrozba substitučních služeb (nejmenší riziko – 1 bod, největší riziko – 5 bodů)		
Existence substitutů	- alternativní nepobytové sociální služby.	3
Konkurence v odvětví substitutů v blízkém okolí	- dojezdová vzdálenost do substitučních zařízení.	2
Ochota přejít na substituční službu	- adaptace klienta, - spokojenost rodiny.	1

8 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

V následující kapitole je popsáno dotazníkové šetření, které mělo zjistit zájem o rozšíření služeb denního stacionáře pro Alzheimercentrum Zlín.

8.1 Cíle průzkumu

Na základě provedených analýz uvedených v kapitole 7, byly stanoveny následující cíle průzkumu.

Hlavní cíl: Zjistit zájem o služby denního stacionáře pro klienty s Alzheimerovou chorobou ve Zlíně.

Vedlejší cíle:

1. Zjistit důvody pro využití služeb denního stacionáře pro klienty s Alzheimerovou chorobou ve Zlíně.
2. Zjistit konkrétní požadavky na služby denního stacionáře pro klienty s Alzheimerovou chorobou ve Zlíně.
3. Zjistit očekávanou cenu spojenou s využíváním služeb denního stacionáře pro klienty s Alzheimerovou chorobou ve Zlíně.
4. Zjistit předpokládanou četnost využívání služeb denního stacionáře pro klienty s Alzheimerovou chorobou ve Zlíně.

Výzkumné hypotézy:

H1 – Nejčastěji uváděným důvodem pro využití služeb denního stacionáře pro klienty s Alzheimerovou chorobou ve Zlíně je podle respondentů zhoršující se sebek péče blízkého.

H2 – Nejčastěji respondenti považují za nejdůležitější ambulanci službu denního stacionáře sociálně terapeutické aktivity.

H3 – Většina respondentů by byla ochotna zaplatit maximální cenu za jeden den pobytu do 400 Kč.

H4 – Většina respondentů plánuje využívat služby denního stacionáře pro klienty s Alzheimerovou chorobou ve Zlíně 2x týdně.

8.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Důvodem výběru rodinných příslušníků jako respondentů tohoto dotazníkového šetření byla skutečnost, že šetření nelze provést přímo s klienty trpící Alzheimerovou chorobou.

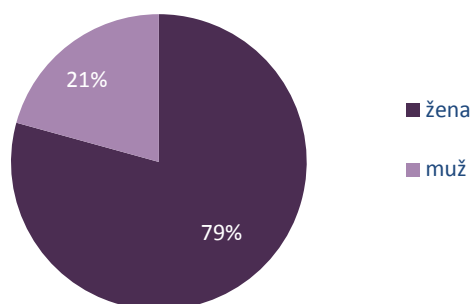
Vzhledem k této diagnóze, projevující se úbytkem kognitivních schopností, by výsledky nebyly z podstaty věci validní. Rodinní příslušníci nejlépe znají své blízké a dokáží posoudit, zda a jaké služby jsou přínosné ke kvalitě jejich života. Průzkum proběhl v období od října 2015 do poloviny ledna 2016. Důvodem poměrně dlouhé doby dotazníkového šetření byl fakt, že lidé s Alzheimerovou chorobou lékaře specialisty, u kterých jsou registrováni, navštěvují v tříměsíčních intervalech.

V rámci dotazníkového šetření zjišťujícího zájem o službu mezi rodinnými příslušníky bylo rozdáno 150 dotazníků, a to na těchto místech Zlínského kraje: neurologická ambulance – Zlín, psychiatrická ambulance – Zlín, neurologická ambulance – Kroměříž, neurologická ambulance – Uherské Hradiště, neurologická ambulance – Vsetín a psychiatrická ambulance – Vsetín. Dotazník je uveden v příloze (P I).

Z celkového počtu 150 dotazníků bylo vyplněno 117 dotazníků, návratnost je tedy 78 %. Z vyplněných dotazníků bylo šest vyřazeno, z důvodu neúplných informací, což činí 5,1 %. Správně vyplněných dotazníků bylo v konečném součtu 111.

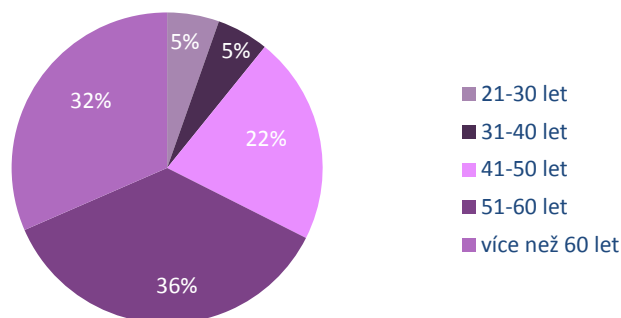
Dotazníkového šetření ve Zlínském kraji se zúčastnilo 88 (79 %) žen a 23 (21 %) mužů. Následující graf (Graf 4) znázorňuje procentuální zastoupení žen a mužů v dotazníkovém průzkumu.

Graf 4 Pohlaví respondentů (vlastní zpracování)



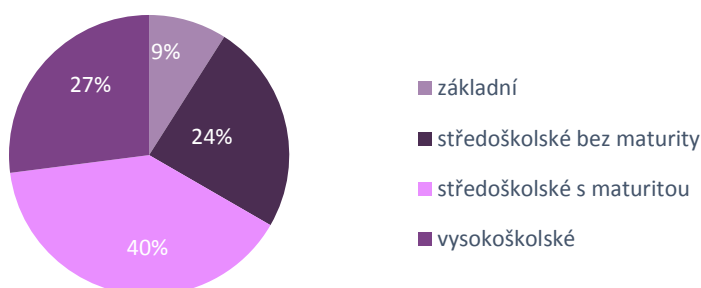
Věková struktura respondentů je zachycena v následujícím grafu (Graf 5). Respondenti byli rozděleni do šesti věkových kategorií. Nejvíce 40 osob bylo ve věkové kategorii 51–60 let, tj. 36 %, 35 osob, tj. 32 % ve věku více než 60 let a 24 respondentů (22 %) je ve skupině 41–50 let. Stejným poměrem šest osob (5 %) byly zastoupeny skupiny 21–30 a 31–40 let. Ve věkové kategorii do 20 let nebyl žádný respondent.

Graf 5 Věková struktura respondentů (vlastní zpracování)



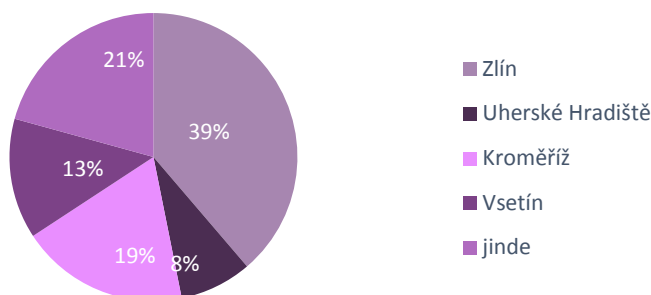
Mezi dotazovanými byli nejvíce zastoupeni respondenti s nejvyšším dosaženým vzděláním středoškolským s maturitou, celkem 44 (40 %). Druhou skupinou jsou vysokoškolsky vzdělaní respondenti 30 (27 %) a do třetí skupiny patří osoby se středoškolským vzděláním bez maturity 27 (24 %). Nejméně respondentů 10 (9 %) bylo se základním vzděláním. Grafické zobrazení dosaženého vzdělání respondentů je zobrazeno následujícím grafem (Graf 6).

Graf 6 Vzdělání respondentů (vlastní zpracování)



Z dotazovaných respondentů Zlínského kraje jich nejvíce 43 (39 %) uvedlo bydliště ve Zlíně. Jinde, než v jednom ze čtyř okresů kraje, své bydliště označilo 23 (21 %) respondentů. V Kroměříži má bydliště 21 (19 %) dotazovaných a 15 (13 %) respondentů pocházelo ze Vsetína. Nejméně 9 (8 %) respondentů bylo z Uherského Hradiště. Níže je graficky znázorněn poměr odpovědí (Graf 7).

Graf 7 Bydliště respondentů (vlastní zpracování)



8.3 Metody průzkumu

Pro získání nezbytných údajů pro zpracování průzkumu byla využita metoda sběru a metoda analýzy.

Metoda sběru dat – pro kvantitativní průzkum byla zvolena metoda dotazování prostřednictvím dotazníku. Jedná se o formu dotazování, která je jednoduchá, přehledná, umožňující získat velký počet odpovědí během poměrně krátkého časového úseku. Dotazník byl anonymní, respondenti odpovídali písemně na předem stanovené otázky uvedené ve formuláři.

Dotazník pro rodinné příslušníky obsahoval 24 otázek, z nichž 13 otázek bylo uzavřených a 11 otázek bylo polootevřených, které jsou tematicky rozčleněny na pět částí.

První část se týkala základních údajů o nemocném s Alzheimerovou chorobou. Druhá část mapovala informace o zařízeních sociálních služeb. Třetí část otázek zjišťovala požadavky na ambulantní služby. Čtvrtá část byla zaměřena na specifikaci pocitů pečujících a v páté části byly uvedeny demografické otázky. Dotazník je uveden v příloze (P I).

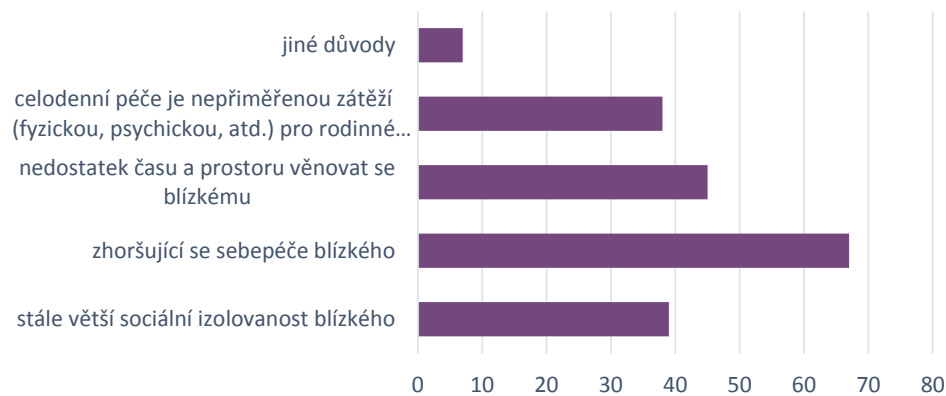
Metoda analýzy dat – získané odpovědi byly zpracovány formou tabulek za využití absolutní a relativní četnosti. Rovněž bylo zpracováno grafické znázornění výsledků prostřednictvím výšečových a sloupcových grafů v programu Microsoft Excel.

Před samotnou realizací průzkumného šetření byla provedena pilotní studie, jejímž cílem bylo odstranění nedostatků v dotazníku. Dotazováno bylo sedm respondentů. Na základě vyhodnocených informací pak byla upravena stylistická forma některých otázek a variant odpovědí.

8.4 Dotazník pro rodinné příslušníky – vyhodnocení

Otázka 10 zjišťuje, jaké důvody či situace by přiměly respondenta k rozhodnutí využívat služeb denního stacionáře pro svého blízkého.

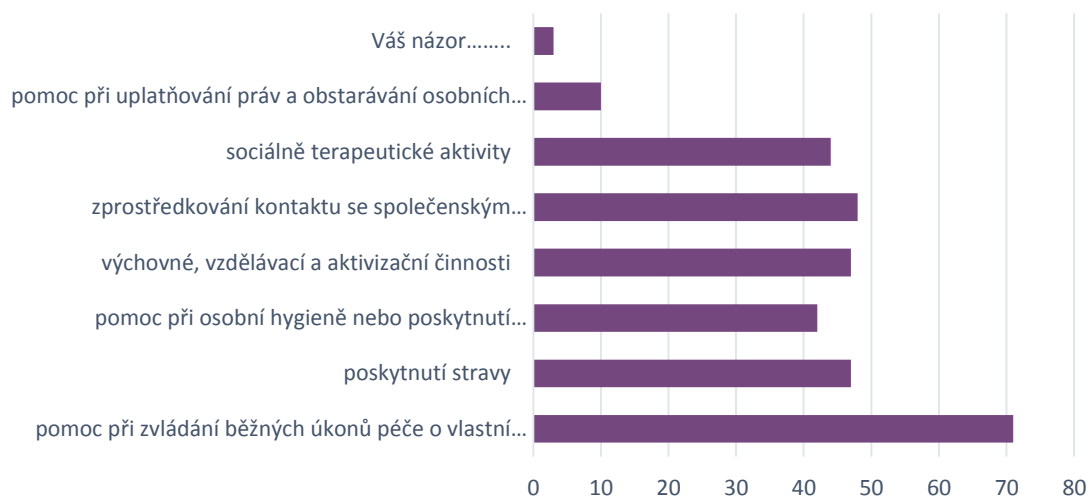
Graf 8 Důvody vedoucí k rozhodnutí využívat služeb denního stacionáře (vlastní zpracování)



Z grafu (Graf 8) lze vyčíst, že 67 respondentů uvedlo nejvýznamnější důvod, a to zhoršující se sebeběče blízkého, který by je vedl k rozhodnutí využívat služeb denního stacionáře. Dalším důvodem by byl nedostatek času a prostoru věnovat se blízkému, což zvolilo 45 dotazovaných. Stále větší sociální izolovanost blízkého uvedlo 39 respondentů a 38 dotazovaných vybralo odpověď celodenní péče je nepřiměřenou zátěží. Sedm dotazovaných respondentů zvolilo odpověď jiné důvody, a to např. vlastní zdravotní stav, práce.

Otázka 13 zjišťuje, které služby z nabídky denního stacionáře jsou pro respondenta důležité.

Graf 9 Nabídka služeb denního stacionáře (vlastní zpracování)



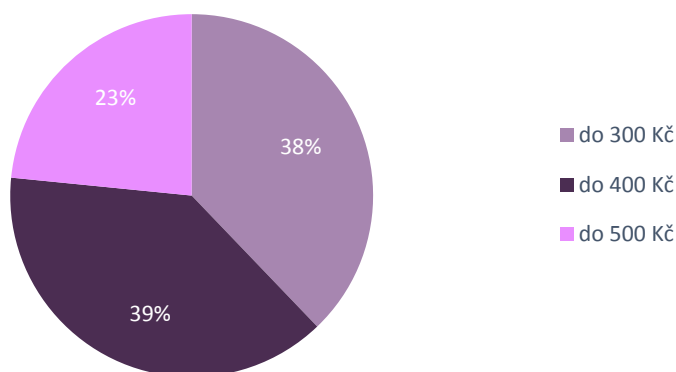
Z grafu (Graf 9) lze vyčíst, že pro 71 respondentů ze služeb, jež nabízí denní stacionář, je nejdůležitější pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, 48 respondentů vidí důležitost v kontaktu se společenským prostředím a pro 47 dotazovaných je podstatné poskytnutí stravy a výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. Sociálně terapeutické aktivity uvedlo 44 a pomoc při osobní hygieně zvolilo 42 dotazovaných respondentů. Službu týkající se pomoci při uplatňování práv a obstarávání osobních záležitostí uvedlo 10 dotazovaných. Tři respondenti vyjádřili svůj názor, že neměli možnost služby denního stacionáře posoudit.

Otázka 15 zjišťuje, jakou maximální cenu je respondent ochoten zaplatit za den pobytu svého blízkého v denním stacionáři.

Tab. 9 Preferovaná cena za den pobytu v denním stacionáři (vlastní zpracování)

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
do 300 Kč	42	38 %
do 400 Kč	43	39 %
do 500 Kč	26	23 %

Graf 10 Preferovaná cena za den pobytu v denním stacionáři (vlastní zpracování)



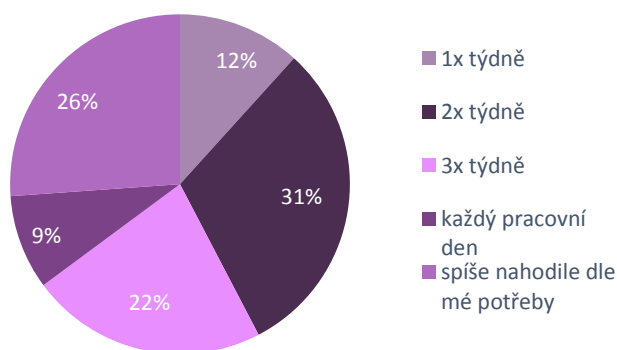
V tabulce (Tab. 9) a grafu (Graf 10) je uvedeno, že nejvíce respondentů 43 (39 %) preferuje cenu 400 Kč za den pobytu v denním stacionáři. Nejnižší možnou částku 300 Kč zvolilo 42 (38 %) dotázaných a 26 (23 %) dotazovaných respondentů uvedlo nejvyšší možnou částku 500 Kč.

Otázka 16 zjišťuje, kolikrát v týdnu by měli respondenti zájem o sociální služby poskytované v denním stacionáři.

Tab. 10 Preferovaná frekvence zájmu o sociální služby (vlastní zpracování)

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1x týdně	13	12 %
2x týdně	34	31 %
3x týdně	25	22 %
Každý pracovní den	10	9 %
Spíše nahodile	29	26 %

Graf 11 Preferovaná frekvence zájmu o sociální služby (vlastní zpracování)



V tabulce (Tab. 10) a grafu (Graf 11) jsou uvedeny preferované frekvence zájmu o sociální služby. Nejvíce 34 (31 %) respondentů má zájem o služby v denním stacionáři 2x týdně. Dále 29 (26 %) dotazovaných zvolilo možnost nahodile dle potřeby a 25 (22 %) by využilo služeb 3x týdně. Variantu 1x týdně si vybralo 13 (12 %) respondentů a služby denního stacionáře by využilo každý pracovní den 10 (9 %) dotazovaných.

Zbývající vyhodnocené otázky dotazníku jsou uvedeny v přílohách (P II – P XVII).

8.4.1 Vyhodnocení cíle průzkumu a výzkumných hypotéz

Hlavním cílem průzkumného šetření bylo zjištění zájmu respondentů o služby denního stacionáře pro klienty s Alzheimerovou chorobou ve Zlíně. Čtyři vedlejší cíle se přímo vztahovaly k výzkumným hypotézám.

Výzkumná hypotéza 1, že nejčastěji uváděným důvodem pro využití služeb denního stacionáře pro klienty s Alzheimerovou chorobou ve Zlíně je zhoršující se sebepečení blízkého, **se potvrdila**, protože 67 dotazovaných respondentů v dotazníkovém šetření

uvedlo, že důvodem, který by je přiměl využít služeb denního stacionáře je právě zhoršující se sebekpěče blízkého. Variantu odpovědi nedostatek času a prostoru věnovat se blízkému zvolilo 45 dotazovaných. Důvod stále větší sociální izolovanosti blízkého uvedlo 39 respondentů a 38 jich vybralo možnost celodenní péče je nepřiměřenou zátěží. Pouze sedm dotazovaných respondentů zvolilo možnost jiné důvody. Uvedli, že jedním z důvodů, který by je přiměl k tomuto rozhodnutí, by byl zhoršující se jejich vlastní zdravotní stav.

Výzkumná hypotéza 2, že nejčastěji respondenti považují za nejdůležitější ambulanci službu denního stacionáře sociálně terapeutické aktivity, **se nepotvrdila**. Naopak pro 71 respondentů je nejdůležitější pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu. Variantu zprostředkování kontaktu se společenským prostředím zvolilo 48 dotazovaných. Shodně 47 dotazovaných respondentů uvedlo jako nejdůležitější službu poskytnutí stravy a výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. Sociálně terapeutické aktivity zvolilo 44 a pomoc při osobní hygieně vybralo 42 respondentů. Variantu pomoc při uplatňování práv a obstarávání osobních záležitostí uvedlo 10 dotazovaných. Jen tři respondenti se vyjádřili, že neměli možnost posoudit služby denního stacionáře.

Výzkumná hypotéza 3, že většina respondentů by byla ochotna zaplatit maximální cenu za jeden den pobytu do 400 Kč, **se potvrdila**. Nejvíce 43 respondentů, což je 39% podíl dotazovaných uvedl maximální cenu, kterou je ochotný zaplatit za den pobytu v denním stacionáři, 400 Kč. Nejnižší možnou cenu 300 Kč zvolilo 42 (38 %) dotazovaných a nejvyšší možnou cenu 500 Kč uvedlo 26 respondentů, což tvoří 23 % podíl všech dotázaných.

Výzkumná hypotéza 4, že většina respondentů plánuje využívat služby denního stacionáře pro klienty s Alzheimerovou chorobou ve Zlíně 2x týdně, **se potvrdila**, jelikož 34 respondentů, což je 31% podíl všech dotazovaných uvedlo, že plánuje využívat služby 2x týdně. Variantu nahodile zvolilo 26 % všech dotazovaných, což je 29 respondentů a 25 (22 %) dotazovaných respondentů vybralo možnost 3x týdně a 13 (12 %) by vyhovovalo využívat službu 1x týdně. Deset respondentů, což je 9% podíl z celkového počtu, by služby denního stacionáře využilo každý pracovní den.

9 SWOT ANALÝZA ORGANIZACE ALZHEIMERCENTRUM ZLÍN

SWOT analýza uvedená v tabulce (Tab. 11) určuje silné a slabé stránky, příležitosti a hrozby organizace, které ovlivňují úspěšnost organizace nebo konkrétní podnikatelský záměr.

Tab. 11 SWOT analýza (vlastní zpracování)

Silné stránky	Slabé stránky
<ul style="list-style-type: none"> - poskytovatel specializované péče pro osoby s Alzheimerovou chorobou, - koncepce péče o pacienty s demencí, - vzdělávací projekt pro zaměstnance, - kvalifikovaný personál, - klidná lokalita a dostatek parkovacích míst. 	<ul style="list-style-type: none"> - pracovní vyčerpání a psychická únava zaměstnanců, - fluktuace zaměstnanců, - nízké ohodnocení pracovníků – možná ztráta kvalitních pracovníků - slabé povědomí o sociální službě ve společnosti.
Příležitosti	Hrozby
<ul style="list-style-type: none"> - zvýšení poptávky po ambulantních sociálních službách, - nové zdroje financování sociálních služeb – dotace, ESF, granty, dary aj., - legislativní změny – plánované zvýšení příspěvku na péči, - dary od soukromých dárců. 	<ul style="list-style-type: none"> - nárůst konkurence v podobě alternativních nepobytových sociálních služeb, - legislativní změny – připravovaná novela zákona o sociálních službách – směřující k systémovým změnám - změny ve financování sociálních služeb jako důsledek demografického vývoje - nenáročnost finančních dotací, - nezájem o sociální pobytovou službu.

9.1 Silné stránky

Z uvedené analýzy vyplývá, že mezi silné stránky Alzheimercentra z. ú. patří především skutečnost, že je poskytovatelem specializované péče pro osoby s Alzheimerovou chorobou na území ČR již spoustu let. Zpracovaný koncept pro péči o pacienty s demencí je rovněž velmi silná stránka, protože jen tak je organizace schopna poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči. Výhodou je i zvyšování kvalifikace svých zaměstnanců prostřednictvím vzdělávacích projektů.

9.2 Slabé stránky

Slabé stránky organizace lze vnímat v pracovní vyčerpání a psychické únavě svých zaměstnanců, které je způsobeno charakterem a náročností práce. Nízké finanční

ohodnocení zaměstnanců, které je dáno omezenými finančními prostředky organizace, má za následek jejich fluktuaci a ztrátu kvalitních pracovníků.

9.3 Příležitosti

Příležitost pro další rozvoj organizace představují nové zdroje financování sociálních služeb i případné dary od soukromých dárců. Jako příležitost lze rovněž vnímat i legislativní změny, a to zejména zvýšení příspěvku na péči. Vzhledem k faktu, že je snaha udržet osobu s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence co nejdéle v přirozeném sociálním prostředí, než bude nezbytné využít pobytové služby, je velice pravděpodobné, že se zvýší poptávka po ambulantních sociálních službách. Tyto služby usnadní rodinám péči o blízkého a osobě s demencí mimo jiné umožní sociální kontakt a zachování soběstačnosti.

9.4 Hrozby

Hrozbou pro organizaci jsou změny ve financování sociálních služeb, jejichž důvodem může být demografický vývoj společnosti i zvyšující se náklady poskytovatelů sociálních služeb. Fakt, že finanční dotace nejsou nárokovatelné, je pro organizaci rovněž hrozbou, protože s nimi nemůže počítat stoprocentně a musí mít zajištěno náhradní financování. Za další hrozbu můžeme považovat nárůst konkurence v podobě alternativních nepobytových sociálních služeb, které by osobám s demencí zajistily potřebnou sociální péči. Nezájem o pobytovou službu může být právě z důvodu tendence co nejdéle setrvatí jedince v rodině. Další hrozby vycházejí z očekávané legislativní úpravy zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách a prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb., které by měly vést k systémovým změnám.

10 ZÁVĚREČNÉ ZHODNOCENÍ ANALYTICKÉ ČÁSTI

Cílem analytické části této práce bylo zjistit, jaké jsou podmínky pro rozšíření služby denního stacionáře pro Alzheimercentrum Zlín. K analýze bylo využito PEST analýzy, analýzy vnějšího mikroprostředí prostřednictvím Porterova modelu konkurenčních sil, dotazníkového šetření a SWOT analýzy.

Vzhledem k demografickému vývoji společnosti, zvyšujícímu se počtu osob s Alzheimerovou chorobou a transformací pobytových zařízení pro seniory je vysoce pravděpodobné, že poptávka po ambulantních sociálních službách se bude zvyšovat. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že respondenti mají o danou službu zájem. Důvod vedoucí k využití služby je zhoršující se sebeděče blízkého a frekvence, kterou by rádi služby denního stacionáře využívali, je 2x týdně. Respondenti jsou ochotni za poskytnutou službu zaplatit do 400 Kč/den. Prostorové vybavení Alzheimercentra Zlín není překážkou pro vznik nové ambulantní sociální služby a její vstup na trh. Překážkou může být zajištění vícezdrojového financování vznikající sociální služby.

11 PROJEKT ROZŠÍŘENÍ NABÍDKY SLUŽEB ALZHEIMERCENTRA ZLÍN

Projekt diplomové práce vychází z výsledků analýz. Cílem projektu je návrh opatření, která by zvýšila poptávku po službách daného stacionáře poskytujícího ambulantní sociální služby osobám trpícím Alzheimerovou chorobou a jinými typy demencí ve Zlínském kraji. Návrhem je vytvoření nové, samostatné právnické osoby „Denní stacionář Alzheimercentra Zlín z.ú.“ ve 100% vlastnictví Alzheimercentra Zlín z.ú.

11.1 Východiska pro zpracování projektu

Z provedených analýz vyplynulo, že počet osob s diagnózou Alzheimerova choroba a jiné typy demence bude neustále vzrůstat. Počet takto nemocných osob ve Zlínském kraji je v současné době 8 974 a sociálních služeb využívá jen 10 % nemocných. Nabídky denních stacionářů v tomto regionu tvoří pouze pět zařízení, které jsou většinou zřízeny stejným zřizovatelem jako Domovy se zvláštním režimem. Alzheimercentrum Zlín, z. ú. má k dispozici vlastní prostory k vybudování denního stacionáře. Do suterénu budovy, v níž sídlí organizace, je samostatný, bezbariérový vstup z boční strany budovy. K dispozici je venkovní i podzemní parkoviště a možnost vybudování venkovního posezení pro klienty. Pro vybudování stacionáře je vhodná velká místnost o rozloze 72 m², která není aktuálně využívána. V suterénu je rovněž vybudováno bezbariérové sociální zařízení. Je nezbytné dané prostory stavebně upravit, vybavit potřebným zařízením, nábytkem a zajistit personálně. Počáteční investiční náklady budou financovány z vlastních zdrojů mateřské organizace a další provoz zařízení bude zajišťován z vlastních výnosů, eventuálně vícezdrojovým financováním. Aktuální střednědobý plán sociálních služeb Zlínského kraje na období 2016–2018 na základě priority pro osoby se zdravotním postižením a podpory vzniku ambulantních služeb může být další podporou pro vybudování nové sociální služby.

11.2 Podmínky registrace sociální služby

Sociální služby je možné poskytovat jen na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb, vydáním rozhodnutí o registraci. Registraci poskytovatelů sociálních služeb vydává Odbor sociálních věcí Krajského úřadu Zlínského kraje, který je příslušný rozhodovat v dané věci. K registraci vyžaduje vyplněnou „Žádost o registraci sociální služby“, která musí být doplněna o tyto přílohy:

- doklad o bezdlužnosti – zdravotní pojišťovna, OSSZ, finanční úřad,

- ověřenou kopii zakladatelských dokumentů,
- rozhodnutí o schválení provozního řádu zařízení sociálních služeb,
- čestné prohlášení, že na majetek žadatele o registraci nebyl prohlášen konkurz nebo zahájeno insolvenční řízení,
- doklad o vlastnickém nebo jiném právu k objektu nebo prostorám, kde budou sociální služby poskytovány,
- úředně ověřenou pojistnou smlouvu pro případ odpovědnosti za škodu způsobenou při poskytování sociální služby.

Dále musí žadatel vyplnit formulář „Údaje o registrované sociální službě“ a musí být doplněn následujícími přílohami:

- popis realizace poskytované sociální služby,
- popis personálního zajištění poskytované sociální služby (doložit odbornou způsobilost pracovníků a výpis z evidence Rejstříku trestů),
- plán finančního zajištění sociálních služeb.

11.3 Poslání a cíle denního stacionáře

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v § 46 definuje denní stacionář jako ambulantní službu poskytovanou osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, zdravotního postižení, osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pomoc druhé fyzické osoby.

Posláním denního stacionáře je poskytovat klientům komplexní, individuálně zaměřené, kvalitní sociální služby, které budou nápomocné při řešení jejich nepříznivé sociální a zdravotní situace a je v souladu s posláním Alzheimercentra Zlín.

Cílem denního stacionáře je zajistit klientům kvalitní komplexní služby, které zachovají jejich soběstačnost a prodlouží aktivní život.

11.4 Založení právnické osoby – zapsaný ústav

Pro poskytování sociálních služeb typu denní stacionář byla zvolena právní forma zapsaný ústav. Ústav se zakládá zakládací listinou, která má formu notářského zápisu a vzniká zápisem ve veřejném rejstříku. Ze zákona je účelem ústavu provozování činnosti užitečné společensky nebo hospodářsky. Výše vkladu je libovolná. Orgány ústavu jsou ředitel, jenž je statutárním orgánem ústavu, a správní rada (minimálně čtyři členové), kterou jmenuje

a odvolává zakladatel ústavu (fyzická nebo právnická osoba). Pokud je vytvářen zisk, tak dle zákona jej může ústav použít pouze k podpoře činnosti, pro kterou byl založen, anebo k úhradě provozních nákladů. Právní úprava zapsaného ústavu je obsažena v zákonu č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, § 402–418, v platném znění. Náležitosti, které jsou nutné k založení ústavu: zakládací listina ve formě notářského zápisu, název a sídlo ústavu, účel ústavu, určení orgánů ústavu, výše vkladu a návrh na zápis do rejstříku ústavů.

11.5 Podmínky poskytování služeb denního stacionáře

Pro zajištění celodenní péče pro klienty denního stacionáře je nezbytné zajistit prostorové podmínky, které budou sloužit jak k aktivizačním činnostem, stravování, tak i k odpočinku. Kapacita denního stacionáře je plánována pro 10 klientů. Prostor, který je vyčleněný ke zřízení denního stacionáře je nezbytné upravit drobnými stavebními zásahy a místnost rozdělit na denní místnost a odpočinkovou místnost. Denní místnost k aktivizačním činnostem je potřeba zařídit jídelním stolem, nábytkem, kuchyňskou linkou pro přípravu jídla, seniorskými křesly a pomůckami pro aktivizaci. Místnost určenou pro odpočinek je potřeba vybavit polohovacími lůžky a sedacím nábytkem, který mohou klienti využít ke krátkodobému odpočinku. Prostor pro odložení věcí příchozích klientů je možné vybudovat v prostorné vstupní chodbě. Bezbariérové sociální zařízení se nachází naproti prostor, které budou upraveny na denní místnost.

11.5.1 Cílová skupina

Cílovou skupinou jsou osoby ze Zlínského kraje s chronickým duševním onemocněním – Alzheimerovou chorobou a jinými typy demencí.

Věková kategorie klientů:

- dospělí (27–64 let),
- mladí senioři (65–80 let),
- starší senioři (nad 80 let).

Služba nebude poskytnuta:

- osobám závislým na alkoholu nebo jiných omamných a návykových látkách,
- osobám s akutním infekčním onemocněním,
- osobám, jejichž zdravotní či duševní stav vyžaduje hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení,

- osobám s chováním narušující pobyt ostatním klientům.

11.5.2 Režim dne, provozní doba

Denní stacionář bude nabízet služby ve všední dny, pondělí – pátek od 7.00 do 16.30 h, čímž se bude snažit přizpůsobit potřebám klientů a jejich pečovateli, kteří tak mohou aktivně setrvat na trhu práce.

Provozní doba může být dle požadavků uživatelů přizpůsobena jejich potřebám nebo na základě poznatků, zkušeností ze zahajujícího provozu (např. během prvních šesti měsíců) pozměněna.

Režim dne denního stacionáře:

7.00 – 8.30 – příchod klientů do stacionáře

7.30 – 8.30 – snídaně

8.30 – 11.00 – dopolední aktivity

11.00 – 11.30 – příprava na oběd

11.30 – 12.30 – podávání oběda

12.30 – 14.00 – odpolední klid

14.00 – 14.30 – odpolední svačina

14.30 – 16.30 – odpolední aktivity

11.5.3 Cena za poskytnuté služby

Výše úhrad za poskytování ambulantních sociálních služeb je v souladu s vyhláškou MPSV č. 505/2006 Sb., která stanovuje maximální výši úhrad za poskytnuté úkony na 130 Kč/h podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonu. Úhradu za celodenní stravu stanovuje vyhláška na 170 Kč (z toho 75 Kč za oběd).

Klientům denního stacionáře bude účtováno za provedené úkony 120 Kč/h, dle doby skutečně potřebné k vykonání úkonu. V tabulce (Tab. 12) je uveden průměrný čas potřebný k vykonání jednotlivých úkonů. Za poskytnutou stravu bude účtováno 120 Kč, z toho snídaně 20 Kč, svačina 15 Kč, oběd 70 Kč a odpolední svačina 15 Kč.

Tab. 12 Úkony základních činností (vlastní zpracování)

Pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu	Čas úkonu	Cena úkonu
--	-----------	------------

- pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek	15 minut	30 Kč
- pomoc při přesunu na lůžko, vozík	5 minut	10 Kč
- pomoc při prostorové orientaci	5 minut	10 Kč
- pomoc a podpora při podávání jídla a pití	10 minut	20 Kč
Poskytnutí stravy		
- zajištění stravy v době využívání služeb	10 minut	20 Kč
Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu		
- pomoc při úkonech osobní hygieny	10 minut	20 Kč
- pomoc při použití WC	10 minut	20 Kč
Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti		
- pracovně výchovná činnost	20 minut	40 Kč
- nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních dovedností a schopností	20 minut	40 Kč
- vytvoření podmínek pro přiměřené vzdělávání a pracovní uplatnění	15 minut	30 Kč
Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím		
- pomoc při obnovení, upevnění kontaktu s rodinou	10 minut	20 Kč
- pomoc a podpora při dalších aktivitách podporující sociální začleňování osob	10 minut	20 Kč
Sociálně terapeutické aktivity		
- socioterapeutické činnosti podporující sociální začleňování osob	20 minut	40 Kč
Pomoc při uplatňování práv a obstarávání osobních záležitostí		
- pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů	15 minut	30 Kč

11.5.4 Personální zajištění

Základní péči při poskytování sociálních služeb klientům denního stacionáře budou zajišťovat pracovníci přímé péče: 1x sociální pracovník s úvazkem 1,0 a 2x pracovníci v sociálních službách s úvazkem 1,0. Pracovníci budou zajišťovat přímou péči, dopomoc při stravování, aktivizační činnosti, činnosti podporující sebepéči a eventuálně činnosti, které plynou z uzavřené smlouvy mezi klientem a organizací. Počet zaměstnanců je di-

menzován s ohledem na předpokládanou provozní dobu denního stacionáře. Další personální obsazení např. účetní-ekonom bude zajištěno personálními kapacitami z mateřské organizace a pracovní pozice uklízeč/ka prostřednictvím outsorsingové agentury.

11.5.5 Nabídka činností v denním stacionáři

Základní činností denního stacionáře dle vyhlášky č. 505/2006 Sb., jsou:

- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické aktivity,
- pomoc při uplatňování práv a obstarávání osobních záležitostí.

Pracovníci denního stacionáře budou nabízet svým klientům aktivizační činnosti zaměřené na trénink paměti a činnosti podporující motorické, psychické a sociální schopnosti a dovednosti klientů. Budou to zejména tyto činnosti: ergoterapie, canisterapie, reminiscenční terapie (práce se vzpomínkami), bazální stimulace, společenské hry, četba knih atd.

Činnosti budou poskytovány v závislosti na kondici a zdravotním stavu klienta a jeho vlastní biografii (co rád dělá, klientův životní příběh).

Z fakultativních služeb uvedených v tabulce (Tab. 13) bude mít denní stacionář v nabídce kadeřnictví, pedikúru a kosmetiku.

Tab. 13 Ceník fakultativních služeb (vlastní zpracování)

Služba	Cena	
Kadeřnictví	Stříhání / 110 Kč	Barvení / 250 Kč
Pedikúra	110 Kč	
Kosmetika	Barvení obočí / 80 Kč	

11.6 Způsoby marketingové komunikace projektu

K tomu, aby nově vznikající služba byla úspěšná, je nezbytné informovat širokou veřejnost, potenciální klienty a případné sponzory denního stacionáře ve Zlínském kraji. Proto budou zvoleny takové reklamní aktivity, které budou rozpracovány do akčních plánů.

11.6.1 Akční plán AP 1: Aktualizace stávajících webových stránek, doplnění informací o nové sociální službě denním stacionáři

Cílem akčního plánu uvedeného v tabulce (Tab. 14) je aktualizace stávajících webových stránek sociální služby a bude zahájen v listopadu 2016. Budou zde zveřejněny základní informace o denním stacionáři týkající se jeho poslání a cílů, provozní doby, počtu klientů, podmínek přijetí, ceník za poskytované služby, nabídka aktivizačních a fakultativních činností, kontakt na vedoucího pracovníka. Dané informace na webové stránky vloží pověřený pracovník organizace. Reálné náklady nevzniknou žádné, ale je zapotřebí zvážit náklady obětované příležitosti vzniklé tím, že by mohl pracovník vykonávat jinou činnost. Předpokládaný počet hodin aktualizace webových stránek je 20 hodin (běžná hodinová mzda činí 120 Kč/h) a odhadované náklady obětované příležitosti by představovaly částku 2 400 Kč.

Tab. 14 Akční plán AP 1: Aktualizace stávajících webových stránek sociální služby (vlastní zpracování)

Akční plán AP 1	
Aktualizace stávajících webových stránek sociální služby	
Hlavní činnost	Aktualizace stávajících webových stránek sociální služby
Podpůrné činnosti	Grafický návrh webových stránek Spuštění a kontrola webových stránek
Cíl aktivity	Zvýšení povědomí společnosti o ambulantní sociální službě denním stacionáři ve Zlíně
Cílová skupina	Veřejnost
Odpovědná osoba	Ředitelka Alzheimercentra
Časová náročnost	Vytvoření grafického návrhu a jeho odsouhlasení - 2 týdny Spuštění aktualizovaných webových stránek a následná kontrola - 2 týdny CELKEM: 1 měsíc
Realizační náklady	Jedná se o náklady obětované příležitosti, reálné náklady tedy nejsou

11.6.2 Akční plán AP 2: Informování odborných lékařů o nové ambulantní sociální službě

Akční plán zpracovaný v tabulce (Tab. 15) je zacílen na odborné lékaře (neurology a psychiatri) ve Zlínském kraji. Prostřednictvím nich budou informováni potenciální žadatelé a jejich rodinní příslušníci o nově vzniklé ambulantní sociální službě – denním stacionáři – určené osobám s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demencí. Plán bude realizován v prosinci 2016. Předpokládaná doba pro tuto činnost je 15 hodin (běžná hodinová mzda činí 300 Kč/h) a odhadované náklady obětované příležitosti by představovaly částku 4 500 Kč.

Tab. 15 Akční plán AP 2: Informování odborných lékařů o nové ambulantní sociální službě (vlastní zpracování)

Akční plán AP 2	
Informovanost odborných lékařů o nové ambulantní sociální službě	
Hlavní činnost	Informovanost odborných lékařů o nové ambulantní sociální službě
Podpůrné činnosti	Komunikace prostřednictvím e-mailu
Cíl aktivity	Poskytnutí obecné informace o nově vzniklé sociální službě denním stacionáři ve Zlíně
Cílová skupina	Odborní lékaři (neurologické a psychiatrické ambulance)
Odpovědná osoba	Ředitelka Alzheimercentra
Časová náročnost	Informování odborných lékařů prostřednictvím e-mailu - 1 měsíc
Realizační náklady	Jedná se o náklady obětované příležitosti, reálné náklady tedy nejsou.

11.6.3 Akční plán AP 3: Reklama prostřednictvím regionální televize

Cílem akčního plánu uvedeného v tabulce (Tab. 16) je informovat širokou veřejnost o nově vzniklé ambulantní sociální službě ve Zlíně prostřednictvím odvysílaného reklamního spotu ze slavnostního zahájení provozu denního stacionáře. Záznam bude natáčet, zpracovávat reklamní spot a vysílat regionální televize TV Slovácko. Cena za 20sekundový reklamní spot je minimálně 4 000 Kč a za opakování 6x denně po dobu jednoho týdne 5 500 Kč. Poplatek za autorská práva činí 1 500 Kč. Realizace akčního plánu bude zahájena začátkem prosince 2016.

Tab. 16 Akční plán AP 3: Reklama prostřednictvím regionální televize (vlastní zpracování)

Akční plán AP 3	
Reklama prostřednictvím regionální televize	
Hlavní činnost	Reklama prostřednictvím regionální televize
Podpůrné činnosti	Navázání spolupráce a sjednání smlouvy s regionální televizí Odvysílání reklamního spotu
Cíl aktivity	Zvýšení povědomí společnosti o nově vzniklé ambulanti sociální službě denním stacionáři ve Zlíně
Cílová skupina	Veřejnost
Odpovědná osoba	Ředitelka Alzheimercentra
Časová náročnost	Kontaktování regionální televize, natočení záznamu, animační návrh reklamního spotu a odsouhlasení - 3 týdny Realizace reklamního spotu - 1 týden CELKEM: 1 měsíc
Realizační náklady	Pořízení záznamu ze zahájení provozu, zpracování 20sekundového reklamního spotu - 4 000 Kč Frekvence vysílání - 5 500 Kč Autorská práva - 1 500 Kč CELKEM: 11 000 Kč

11.6.4 Akční plán AP 4: Reklama prostřednictvím regionálního tisku

Ve Zlínském kraji pravidelně vycházejí regionální tiskoviny, v nichž bude zveřejněn inzerát o nově vzniklé ambulanti sociální službě ve Zlíně. Čtenářům budou poskytnuty základní informace o cílové skupině, provozní době, datu zahájení provozu denního stacionáře a kontakt na osobu, která podá bližší informace.

Inzerát bude zveřejněn v Zlínském a Valašském deníku prostřednictvím společnosti Vltava-Labe-Press a bude ve formátu jeden sloupec (43 mm) x 50 mm. Cena za inzeráty zveřejněné v obou denících 1x týdně po dobu 6 týdnů (celkem šest zveřejnění) se slevou 30 % za černobílou inzerci, 15 % kombinační slevu (inzerát ve dvou denících) a 5 % sleva za

opakování inzerátů činí 666 Kč/1 inzerát a 3 996 Kč/6 inzerátů v obou denících. Akční plán podrobněji popisuje tabulka (Tab. 17) a jeho realizace bude započata v prosinci 2016.

Tab. 17 Akční plán AP 4: Reklama prostřednictvím regionálního tisku (vlastní zpracování)

Akční plán AP 4	
Reklama prostřednictvím regionálního tisku	
Hlavní činnost	Reklama prostřednictvím regionálního tisku
Podpůrné činnosti	Navázání spolupráce a sjednání smlouvy Opakování inzerátů
Cíl aktivity	Zvýšení povědomí společnosti o nové ambulanti sociální službě denním stacionáři ve Zlíně
Cílová skupina	Veřejnost
Odpovědná osoba	Ředitelka Alzheimercentra
Časová náročnost	Kontaktování společnosti Vltava-Labe-Press a zadání inzerátů - 2 týdny Opakované zveřejnění inzerátů - 1,5 měsíce CELKEM: 2 měsíce
Realizační náklady	Zadání inzerátu, včetně výroby a grafického zpracování - 666 Kč/1 inzerát /6 zveřejnění CELKEM: 3 996 Kč

11.6.5 Akční plán AP 5: Reklama prostřednictvím regionálního rádia

Cílem akčního plánu uvedeného v tabulce (Tab. 18) je oslovit širokou veřejnost regionu prostřednictvím rádia Kiss Publikum a propagovat novou ambulanti sociální službu denní stacionář ve Zlíně. Akční plán bude zahájen v lednu 2017. Reklamní spot bude odvysílán 2x denně po dobu jednoho týdne a minimální cena za klouzavý spot odvysíláný v čase od 5.00 do 22.00 h bude 4 158 Kč. Za výrobu reklamního spotu si rádio účtuje 3 000 Kč.

Tab. 18 Akční plán AP 5: Reklama prostřednictvím regionálního rádia (vlastní zpracování)

Akční plán AP 5	
Reklama prostřednictvím regionálního rádia	
Hlavní činnost	Reklama prostřednictvím regionálního rádia
Podpůrné činnosti	Navázání spolupráce a sjednání smlouvy Odvysílání reklamního spotu
Cíl aktivity	Zvýšení povědomí společnosti o nové ambulanti sociální službě denním stacionáři ve Zlíně
Cílová skupina	Veřejnost
Odpovědná osoba	Ředitelka Alzheimercentra
Časová náročnost	Kontaktování rádia, návrh reklamního spotu a odsouhlasení - 3 týdny Realizace reklamního spotu - 1 týden CELKEM: 1 měsíc
Realizační náklady	Návrh textu reklamního spotu, namluvení, hudební podbarvení, pronájem nahrávacího studia a provize produkčního - 3 000 Kč Frekvence vysílání - 4 158 Kč CELKEM: 7 158 Kč

11.6.6 Akční plán AP 6: Reklama prostřednictvím letáků

S cílem vyššího povědomí a informovanosti veřejnosti o nové ambulanti sociální službě ve Zlíně budou po dohodě s praktickými lékaři, odbornými lékaři neurologických a psychiatrických ambulančí umístěny letáky v prostorách jejich čekáren. Letáky budou informovat o vzniku denního stacionáře, jeho lokalitě, cílové skupině, provozní době, datu zahájení provozu zařízení, kontaktu pro bližší informace a webových stránkách. Reklamní agentura EXTRA AGENCY s.r.o. vytiskne letáky ve formátu DL (99 x 210 mm) v celkovém množství 1 000 ks s celkovými minimálními náklady 650 Kč. Cena za kus včetně zpracování návrhu činí 0,65 Kč. Podrobný akční plán je uveden v tabulce (Tab. 19) a jeho realizace bude koncem listopadu 2016.

Tab. 19 Akční plán AP 6: Reklama prostřednictvím letáků (vlastní zpracování)

Akční plán AP 6	
Reklama prostřednictvím letáků	
Hlavní činnost	Reklama prostřednictvím letáků
Podpůrné činnosti	Navázání spolupráce a zadání poptávky Schválení grafického návrhu letáků Vyzvednutí zakázky
Cíl aktivity	Zvýšení povědomí společnosti o nové ambulanti sociální službě denním stacionáři ve Zlíně
Cílová skupina	Veřejnost
Odpovědná osoba	Ředitelka Alzheimercentra
Časová náročnost	Zadání poptávky na grafické zpracování letáků - 2 týdny Grafický návrh a odsouhlasení - 1 týden Tisk letáků a převzetí z tiskárny - 1 týden CELKEM: 1 měsíc
Realizační náklady	Grafický návrh a tisk letáků - 650 Kč

11.7 Finanční plán

Finanční plán představuje předpokládané peněžní prostředky nezbytné k založení a provozu denního stacionáře, tj. plán nákladů a plán výnosů. Jsou zde zpracovány různé varianty: optimistická, pesimistická, realistická, které zohledňují různé počty klientů.

11.7.1 Plán nákladů

Náklady na zavedení nové služby je možné rozdělit na vstupní investiční náklady, uvedené v tabulce (Tab. 20), vstupní neinvestiční náklady uvedené v tabulce (Tab. 21) a náklady provozní, které jsou fixní a variabilní.

Tab. 20 Vstupní investiční náklady (vlastní zpracování)

POLOŽKA	celkem
Rekonstrukce objektu	130 000,00 Kč
Vybavení objektu	190 000,00 Kč
CELKEM	320 000,00 Kč

Tab. 21 Vstupní neinvestiční náklady (vlastní zpracování)

POLOŽKA	celkem
Založení právního subjektu	6 320,00 Kč
Marketingová komunikace	22 804,00 Kč
Nábor zaměstnanců - uchazeči Úřadu práce	-150 000,00 Kč
CELKEM	-120 876,00 Kč

Celkové vstupní náklady činí 199 124 Kč, z toho investiční náklady jsou 320 000 Kč, neinvestiční náklady jsou -120 876 Kč. Vstupní náklady budou hrazeny z provozních prostředků organizace.

Investiční a neinvestiční náklady jsou pro přehlednost rozpracovány do jednotlivých akčních plánů.

1. Akční plán AP 7: Založení právního subjektu

Náklady na založení právního subjektu zapsaného ústavu se skládají z nákladů na právní poradenství a nákladů na samotné založení z. ú. Akční plán je rozepsán v tabulce (Tab. 22) a jeho realizace bude zahájena v září 2016.

Tab. 22 Akční plán AP 7: Založení právního subjektu (vlastní zpracování)

Akční plán AP 7	
Založení právního subjektu	
Hlavní činnost	Založení právního subjektu
Podpůrné činnosti	Sepsání zakládací listiny Zápis do veřejného rejstříku
Odpovědná osoba	Zakladatel
Časová náročnost	Vyhotovení zakládací listiny - 2 týdny Zápis do veřejného rejstříku ústavů - 1 měsíc

	CELKEM: 1,5 měsíce
Realizační náklady	Sepsání zakládací listiny - 6 000 Kč Úřední ověření podpisů - 4x30 Kč Výpis z rejstříku trestů - 4x50 Kč Zápis do veřejného rejstříku - Osvobozeno od soudního poplatku CELKEM: 6 320 Kč

2. Akční plán AP 8: Rekonstrukce objektu

Před zahájením činnosti sociální služby je nezbytné provést stavební úpravy vyhrazených prostor tak, aby splňovaly hygienické, technické a bezpečnostní požadavky nezbytné k poskytování ambulantních sociálních služeb. Podrobný rozpis činností je uveden v tabulce (Tab. 23). Začátek realizace tohoto plánu je navržen na září 2016.

Tab. 23 Akční plán AP 8: Rekonstrukce objektu (vlastní zpracování)

Akční plán AP 8 Rekonstrukce objektu	
Hlavní činnost	Rekonstrukce objektu
Podpůrné činnosti	Navázání spolupráce, uzavření smlouvy se stavební firmou
Odpovědná osoba	Ředitelka Alzheimercentra
Časová náročnost	Kontaktování stavební firmy, stavební úpravy, přívod vody, podlahy, dveře - 1 měsíc Výmalba prostor - 1 týden CELKEM: 5 týdnů
Realizační náklady	Náklady na rekonstrukční činnosti - 120 000 Kč Náklady na výmalbu - 10 000 Kč CELKEM: 130 000 Kč

3. Akční plán AP 9: Vybavení denního stacionáře

Prostory denního stacionáře budou rozděleny na denní a odpočinkovou místnost a náklady na jejich vybavení jsou zobrazeny v tabulce (Tab. 24). Plán se začne realizovat již v průběhu rekonstrukce, tedy v říjnu 2016.

Tab. 24 Akční plán AP 9: Vybavení denního stacionáře (vlastní zpracování)

Akční plán AP 9 Vybavení denního stacionáře	
Hlavní činnost	Vybavení denního stacionáře
Podpůrné činnosti	Výběr a nákup nábytku, techniky Instalace vybavení a příprava na zahájení provozu
Odpovědná osoba	Ředitelka Alzheimercentra
Časová náročnost	Výběr nábytku a techniky pro provoz denního stacionáře - 3 týdny Instalace nábytku, techniky a finální příprava - 2 týdny CELKEM: 5 týdnů
Realizační náklady	Nábytek (jídelní stůl, židle, sedací souprava, kuchyňská linka, starší nábytek) - 53 000 Kč Polohovací lůžka LINET - 2x 25 000 Kč Seniorská křesla LINET - 5x 15 000 Kč Technika (televize, rádio, mobilní telefon) - 12 000 Kč CELKEM: 190 000 Kč

4. Akční plán AP 10: Nábor zaměstnanců – uchazeči úřadu práce

Na pracovní pozice do nově vzniklé ambulantní sociální služby budou přijati uchazeči úřadu práce. Bude čerpán příspěvek na nástroje Aktivní politiky zaměstnanosti – Společensky účelná pracovní místa (SÚPM) – zřízená. Maximální výše jednorázového příspěvku na nově vytvořené místo je 50 000 Kč. Požadavek na výběr zaměstnanců je 1x

sociální pracovník a 2x pracovník v sociálních službách. Akční plán je uveden v tabulce (Tab. 25) a jeho realizace bude započata v září 2016.

Tab. 25 Akční plán AP 10: Nábor zaměstnanců – uchazeči Úřadu práce (vlastní zpracování)

Akční plán AP 10	
Nábor zaměstnanců – uchazeči úřadu práce	
Hlavní činnost	Nábor zaměstnanců – uchazeči úřadu práce
Podpůrné činnosti	Navázání spolupráce s úřadem práce a zadání požadavku Průběžné pohovory s jednotlivými uchazeči a výběr zaměstnanců
Odpovědná osoba	Ředitelka Alzheimercentra
Časová náročnost	Kontaktování úřadu práce a zadání požadavku na výběr kvalifikovaných zaměstnanců - 2 týdny Pohovory s vybranými uchazeči, výběr zaměstnanců - 1,5 měsíce CELKEM: 2 měsíce
Jednorázový příspěvek od ÚP	Jednorázový příspěvek na SÚPM - 3x 50 000 Kč CELKEM: 150 000 Kč
Zhodnocení výběrového řízení	Uskuteční se po ukončení výběrového řízení

Další položkou vstupních neinvestičních nákladů jsou způsoby marketingové komunikace projektu, které jsou podrobně rozepsány v kapitole 11.6 do jednotlivých akčních plánů.

Náklady provozní fixní:

Předpokládané provozní náklady fixní jsou blíže rozepsány v tabulce (Tab. 26). Jejich celková roční výše byla odhadnuta na 1 179 600 Kč. Mzdové náklady jsou uvedeny v tabulce (Tab. 45) v příloze (P XVIII). Vzhledem k tomu, že množství odpadů bude malé, nejsou náklady na jejich likvidaci do těchto nákladů zahrnuty (budou likvidovány spolu s ostatními odpady mateřské společnosti).

Tab. 26 Provozní fixní náklady (vlastní zpracování)

POLOŽKA	leden	únor	březen	duben	květen	červen	červenec	srpen	září	říjen	listopad	prosinec	Celkem
Kancelářské potřeby	300,00	300,00	300,00	300,00	300,00	300,00	300,00	300,00	300,00	300,00	300,00	300,00	3 600,00 Kč
Odborná literatura	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	600,00 Kč
Spotřeba el. energie	2000,00	2000,00	2000,00	2000,00	2000,00	2000,00	2000,00	2000,00	2000,00	2000,00	2000,00	2000,00	24 000,00 Kč
Spotřeba vody	300,00	300,00	300,00	300,00	300,00	300,00	300,00	300,00	300,00	300,00	300,00	300,00	3 600,00 Kč
Otop	1500,00	1500,00	1500,00	1500,00	1500,00	1500,00	1500,00	1500,00	1500,00	1500,00	1500,00	1500,00	18 000,00 Kč
Školení	1000,00	1000,00	1000,00	1000,00	1000,00	1000,00	1000,00	1000,00	1000,00	1000,00	1000,00	1000,00	12 000,00 Kč
Telekomunikace	750,00	750,00	750,00	750,00	750,00	750,00	750,00	750,00	750,00	750,00	750,00	750,00	9 000,00 Kč
Preventivní servis, revize, údržba	1000,00	1000,00	1000,00	1000,00	1000,00	1000,00	1000,00	1000,00	1000,00	1000,00	1000,00	1000,00	12 000,00 Kč
Marketing podpora prodeje	500,00	500,00	500,00	500,00	500,00	500,00	500,00	500,00	500,00	500,00	500,00	500,00	6 000,00 Kč
Mimořádné odměny, prémie													38 592,00 Kč
Mzdové náklady	77184,00	77184,00	77184,00	77184,00	77184,00	77184,00	77184,00	77184,00	77184,00	77184,00	77184,00	77184,00	926 208,00 Kč
Nájemné kanceláře	7000,00	7000,00	7000,00	7000,00	7000,00	7000,00	7000,00	7000,00	7000,00	7000,00	7000,00	7000,00	84 000,00 Kč
Účtid	1000,00	1000,00	1000,00	1000,00	1000,00	1000,00	1000,00	1000,00	1000,00	1000,00	1000,00	1000,00	12 000,00 Kč
Rezerva	2500,00	2500,00	2500,00	2500,00	2500,00	2500,00	2500,00	2500,00	2500,00	2500,00	2500,00	2500,00	30 000,00 Kč
CELKEM	95084,00	95084,00	95084,00	95084,00	95084,00	95084,00	95084,00	95084,00	95084,00	95084,00	95084,00	133676,00	1 179 600,00 Kč

Náklady provozní variabilní:

Mezi předpokládané variabilní provozní náklady v optimistické variantě v tabulce (Tab. 27), v pesimistické variantě v tabulce (Tab. 28) a realistickou variantu znázorňuje tabulka (Tab. 29) byly zařazeny náklady na stravné (jedná se o částku, která bude zaplácena dodavatelé za poskytnutou stravu klientům denního stacionáře). Dále jsou zde náklady na spotřební materiál, který bude využíván k aktivizačním činnostem. Částka vynaložená na tyto náklady se bude odvíjet podle počtu klientů.

Tab. 27 Optimistická varianta, 10 klientů (vlastní zpracování)

POLOŽKA	leden	únor	březen	duben	květen	červen	červenec	srpen	září	říjen	listopad	prosinec	Celkem
Stravné	19000	19000	19000	19000	19000	19000	19000	19000	19000	19000	19000	19000	228 000,00 Kč
Spotřební materiál	800	800	800	800	800	800	800	800	800	800	800	800	9 600,00 Kč
CELKEM	19800	19800	19800	19800	19800	19800	19800	19800	19800	19800	19800	19800	237 600,00 Kč

Tab. 28 Pesimistická varianta, 2 klienti (vlastní zpracování)

POLOŽKA	leden	únor	březen	duben	květen	červen	červenec	srpen	září	říjen	listopad	prosinec	Celkem
Stravné	3800	3800	3800	3800	3800	3800	3800	3800	3800	3800	3800	3800	45 600,00 Kč
Spotřební materiál	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	1 920,00 Kč
CELKEM	3960	3960	3960	3960	3960	3960	3960	3960	3960	3960	3960	3960	47 520,00 Kč

Tab. 29 Realistická varianta, 7 klientů (vlastní zpracování)

POLOŽKA	leden	únor	březen	duben	květen	červen	červenec	srpen	září	říjen	listopad	prosinec	Celkem
Stravné	13300	13300	13300	13300	13300	13300	13300	13300	13300	13300	13300	13300	159 600,00 Kč
Spotřební materiál	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	4 800,00 Kč
CELKEM	13700	13700	13700	13700	13700	13700	13700	13700	13700	13700	13700	13700	164 400,00 Kč

11.7.2 Plán výnosů

Do plánu výnosů jsou zahrnuty příjmy od uživatelů služeb za úkony a poskytnutou celodenní stravu. Dále do výnosů lze zahrnout i dotaci, která je však nenárokovatelná a do kalkulace ji nelze zahrnout, jelikož neznáme dopředu její výši. Další možností výnosu mohou být i sponzorské dary, které rovněž nejsou v kalkulaci zahrnuty.

- **Výnosy za úkony** – klientům bude účtováno 120 Kč/h za provedené úkony,
- **Výnosy za stravu** – klientům bude účtováno za celodenní stravu 120 Kč.

Tab. 30 Optimistická varianta, 10 klientů (vlastní zpracování)

Měsíc	Výnosy	Vstupní náklady	Provozní náklady fixní	Provozní náklady variabilní	Celkem náklady	Hospodářský výsledek
leden	216 000	39 825	95 084	19 800	154 709	61 291
únor	216 000		95 084	19 800	114 884	101 116
březen	216 000		95 084	19 800	114 884	101 116
duben	216 000		95 084	19 800	114 884	101 116
květen	216 000		95 084	19 800	114 884	101 116
červen	216 000		95 084	19 800	114 884	101 116
červenec	216 000		95 084	19 800	114 884	101 116
srpen	216 000		95 084	19 800	114 884	101 116
září	216 000		95 084	19 800	114 884	101 116
říjen	216 000		95 084	19 800	114 884	101 116
listopad	216 000		95 084	19 800	114 884	101 116
prosinec	216 000		133 676	19 800	153 476	62 524
Celkem	2 592 000 Kč	39 825 Kč	1 179 600 Kč	237 600 Kč	1 457 025 Kč	1 134 975 Kč

V optimistické variantě uvedené v tabulce (Tab. 30) je počítáno, že kapacita bude maximálně naplněna, tedy 10 klientů denně, a finanční plán byl sestaven na jeden kalendářní rok. Na zřízení denního stacionáře, tedy na vstupní investiční náklady bude poskytnut úvěr od mateřské organizace Alzheimercentrum na dobu pěti let, který bude bezúročný.

První rok provozu při maximální kapacitě klientů denně bude výše výnosů měsíčně 216 000 Kč. Fixní provozní náklady budou každý měsíc 95 084 Kč a poslední měsíc v roce, tedy v prosinci budou 133 976 Kč z důvodu ročního bonusu ve výši polovičního měsíčního platu zaměstnancům. Variabilní provozní náklady budou měsíčně ve výši 19 800 Kč a celkem za rok 237 600 Kč. Poskytnutý úvěr je 199 124 Kč a náklady na splacení úvěru v prvním roce jsou 39 825 Kč. Na konci prvního roku činnosti denního stacionáře při maximální kapacitě bude hospodářský výsledek kladný, tedy 1 134 975 Kč. Jedná se o velmi optimistickou variantu, která s největší pravděpodobností nebude naplněna. Jedním z důvodů může být začínající činnost sociální služby a tudíž malé povědomí ve společnosti o její existenci.

Tab. 31 Pesimistická varianta, 2 klienti (vlastní zpracování)

Měsíc	Výnosy	Vstupní náklady	Provozní náklady fixní	Provozní náklady variabilní	Celkem náklady	Hospodářský výsledek
leden	43 200	39 825	95 084	3 960	134 909	-91 709
únor	43 200		95 084	3 960	99 044	-55 844
březen	43 200		95 084	3 960	99 044	-55 844
duben	43 200		95 084	3 960	99 044	-55 844
květen	43 200		95 084	3 960	99 044	-55 844
červen	43 200		95 084	3 960	99 044	-55 844
červenec	43 200		95 084	3 960	99 044	-55 844
srpen	43 200		95 084	3 960	99 044	-55 844
září	43 200		95 084	3 960	99 044	-55 844
říjen	43 200		95 084	3 960	99 044	-55 844
listopad	43 200		95 084	3 960	99 044	-55 844
prosinec	43 200		133 676	3 960	137 636	-94 436
Celkem	518 400 Kč	39 825 Kč	1 179 600 Kč	47 520 Kč	1 262 985 Kč	-744 585 Kč

Druhou možností je pesimistická varianta, která počítá v průměru pouze se dvěma klienty denně během prvního roku své činnosti, jak je uvedeno v tabulce (Tab. 31). Měsíční výnosy budou činit 43 200 Kč, celkově za rok 518 400 Kč. Provozní fixní náklady zůstávají nezměněny a provozní variabilní náklady jsou ve výši 3 960 Kč měsíčně. Celkové roční náklady však byly 1 262 985 Kč a tudíž výsledný hospodářský výsledek za první rok provozu denního stacionáře byl záporný, tedy – 744 585 Kč. Důvody, že sociální služby využívali pouze dva klienti denně, mohou být např. velmi nízká informovanost o službě mezi potřebnými, vysoké náklady pro uživatele služeb, konkurence v alternativních ambulancích službách v regionu.

Tab. 32 Realistická varianta, 7 klientů (vlastní zpracování)

Měsíc	Výnosy	Vstupní náklady	Provozní náklady fixní	Provozní náklady variabilní	Celkem náklady	Hospodářský výsledek
leden	151 200	39 825	95 084	13 700	134 909	16 291
únor	151 200		95 084	13 700	108 784	42 416
březen	151 200		95 084	13 700	108 784	42 416
duben	151 200		95 084	13 700	108 784	42 416
květen	151 200		95 084	13 700	108 784	42 416
červen	151 200		95 084	13 700	108 784	42 416
červenec	151 200		95 084	13 700	108 784	42 416
srpen	151 200		95 084	13 700	108 784	42 416
září	151 200		95 084	13 700	108 784	42 416
říjen	151 200		95 084	13 700	108 784	42 416
listopad	151 200		95 084	13 700	108 784	42 416
prosinec	151 200		133 676	13 700	147 376	3 824
Celkem	1 814 400 Kč	39 825 Kč	1 179 600 Kč	164 400 Kč	1 370 125 Kč	444 275 Kč

Třetí, realistická varianta uvedená v tabulce (Tab. 32) by nastala, pokud sociální služby denního stacionáře bude denně během prvního kalendářního roku využívat sedm klientů.

Roční výnosy budou činit 1 814 400 Kč a jejich největší položkou jsou výnosy za úkon (1 612 800 Kč) za předpokladu, že klienti využívají služby 20 dní v měsíci, 8 hodin denně,

při sazbě 120 Kč/h. Celkové náklady budou ve výši 1 370 125 Kč. Hospodářský výsledek za první rok činnosti denního stacionáře bude kladný, ve výši 444 275 Kč. Zisk lze využít na rozvoj činnosti.

11.8 Možnosti financování realizace projektu

Pro realizaci projektu denního stacionáře bude využito systému vícezdrojového financování, a to především:

- **Financování prostřednictvím úvěru** – na počáteční investiční náklady budou použity finanční prostředky poskytnuté mateřskou organizací Alzheimercentrum Zlín formou bezúročného úvěru se splatností 5 let.
- **Financování prostřednictvím dotace z ESF** – z Evropského sociálního fondu je možno využít dotace pro oblast sociálních služeb. Pro zřízení denního stacionáře nyní neodpovídá žádná konkrétní výzva ESF, proto i nadále bude organizace sledovat zveřejňované výzvy.
- **Financování prostřednictvím dotace od Zlínského kraje** – další možností financování projektu jsou dotace ze státního rozpočtu získané prostřednictvím MPSV, respektive Zlínským krajem. O dotaci si může zažádat registrovaná sociální služba, která je vedena v Krajském informačním systému sociálních služeb ve Zlínském kraji (KISSOS). Organizace může podat rozvojový záměr, který musí být v souladu se střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb 2016–2018 a akčním plánem. Současně musí být v souladu s prioritou pro osoby se zdravotním postižením a podpory vzniku ambulantních služeb.
- **Financování prostřednictvím dotace od města Zlín** – požádat o neinvestiční dotaci od Magistrátu města Zlína, odboru sociálních služeb může pouze registrovaná sociální služba, která již vykazuje nějakou činnost. Jedná se o provozní dotace.
- **Jiné možnosti financování** – jednou z možností financování sociálních služeb je požádat firmy, které vyznávají zásady tzv. společenské odpovědnosti firem (CSR). Jedním z pilířů společenské odpovědnosti firem je firemní filantropie. Dále je možné zaměstnat fundraisera, který bude vyhledávat další způsoby získání potřebných finančních prostředků, eventuálně je možnost využít finanční podpory ze strany dárců a sponzorů. Pro financování zaměstnanců, kteří budou přijati z řad uchazečů

úřadu práce, je možné čerpat příspěvek ÚP z prostředků ESF nebo příspěvek na nástroje Aktivní politiky zaměstnanosti (společensky účelná pracovní místa).

11.8.1 Varianty financování projektu

Pro daný projekt denního stacionáře lze využít několik variant vícezdrojového financování:

1. Úvěr + výnosy
2. Úvěr + výnosy + příspěvek ÚP
3. Úvěr + výnosy + příspěvek ÚP + dotace
4. Úvěr + výnosy + příspěvek ÚP + dotace + sponzorský dar

Daný ekonomický model vychází z variantního řešení číslo 2.

11.9 Analýza rizik

Realizace nového projektu sebou nese určitá rizika. Základem je, aby management organizace stanovil, co je pro organizaci přijatelné riziko a co naopak přijatelné není. Tedy vytvořit žebříček hodnot. Důležité je určit pravděpodobnost (frekvenci) vzniku a závažnost rizika. K tomu můžeme využít matici rizik, uvedenou v tabulce (Tab. 33) kde jsou sloučeny hodnoty pravděpodobnosti a frekvence do jedné stupnice. Součin hodnot pravděpodobnosti vzniku nežádoucí události a závažnosti jejich následků je výsledná míra rizika.

Tab. 33 Matice rizik (vlastní zpracování)

		Závažnost				
Pravděpodobnost/ frekvence vzniku		zanedbatelná	málo významná	lehká	těžká	kritická
vysoce pravděpodobné/trvalé	5	5	10	15	20	25
velmi pravděpodobné/týdně, denně	4	4	8	12	16	20
pravděpodobné/příležitostně, měsíčně	3	3	6	9	12	15
málo pravděpodobné/občas	2	2	4	6	8	10
nepravděpodobné/zřídka	1	1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
		nedodržení časového	neregistrování sociál-	nezájem	nízká kvalita	Nedostatek fi-

	harmonogramu	ní služby	klientů o sociální službu	sociálních služeb	nančních prostředků
--	--------------	-----------	---------------------------	-------------------	---------------------

Nejmenším rizikem by mohlo být nedodržení časového harmonogramu při realizaci projektu denního stacionáře, které lze řešit přepracováním časového harmonogramu. Dalším případným nízkým rizikem je zamítnutí registrace sociální služby, kterému lze předejít tím, že vznik nové sociální služby bude v souladu se Střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb 2016–2018.

Potenciální střední riziko – nezájem klientů o nově vzniklou sociální službu – lze snížit, nebo dokonce odstranit kvalitní propagací služby a analýzou poptávky po nabízených službách. Nízkou kvalitu sociálních služeb lze považovat za střední riziko, které je možné odstranit výběrem kvalifikovaných zaměstnanců a jejich dalším vzděláváním.

Za největší riziko realizace projektu je považován nedostatek finančních prostředků, které lze eliminovat rozložením předpokládaných finančních nákladů na více zdrojů.

11.10 Časová analýza

Součástí projektu je zároveň i časová analýza, uvedená v tabulce (Tab. 34), která definuje jednotlivé aktivity související s uvedením ambulantní sociální služby do provozu. Realizace projektu začne v srpnu 2016, zahájení provozu je plánováno na leden 2017.

Tab. 34 Časový harmonogram realizace projektu (vlastní zpracování)

Doba trvání (uvedena v měsících)	8/16	9/16	10/16	11/16	12/16	1/17
Vytvoření časového harmonogramu	■					
Rekonstrukce a vybavení prostor		■	■	■		
Založení právnické osoby		■	■			
Registrace zařízení				■	■	
Podání žádosti o dotaci				■	■	
Výběr zaměstnanců		■	■			
Uzavření pracovních smluv				■	■	
Uzavření dohod s dodavateli					■	

Propagace zařízení						
Navázání spolupráce s dárci, sponzory, firmami						
Uzavření smluv s klienty						
Zahájení provozu						

V počáteční fázi management organizace sestaví časový harmonogram činností a zajistí úvěr, který je nezbytný pro realizaci projektu. Pak budou následovat stavební úpravy určených prostor pro denní stacionář a vybavení potřebným zařízením a nábytkem. Současně budou zakoupeny i potřebné pomůcky k aktivizačním činnostem. Souběžně s rekonstrukcí prostor denního stacionáře bude spuštěno založení právnické osoby. Výběr zaměstnanců bude zahájen hned v počáteční fázi, v září 2016. Je to z toho důvodu, že při registraci sociální služby musí poskytovatel předložit popis personálního zajištění sociální služby. Současně s registrací sociální služby na Odboru sociálních věcí Krajského úřadu Zlínského kraje bude podána žádost o dotaci ze státního rozpočtu poskytovanou prostřednictvím Zlínského kraje. Magistrát města Zlína lze požádat o provozní dotaci až v průběhu činnosti denního stacionáře. Dlouhodobou činností je propagace sociální služby, která bude zahájena v listopadu 2016. Zahrnuje aktualizaci stávajících webových stránek, inzerci v regionálním tisku a televizi, rozhlas, vytvoření letáků a bude zahájena při dokončování stavebních úprav. Pracovní smlouvy s budoucími zaměstnanci budou sepsány po ukončení jejich výběru. Rovněž budou uzavřeny dohody s dodavatelskými organizacemi. V regionu nově vzniklé sociální služby budou osloveny firmy pro sponzorování služby a poskytnutí darů. V poslední fázi realizace projektu budou sepsány smlouvy s budoucími klienty zařízení a posléze bude spuštěn provoz denního stacionáře. Realizace projektu je odhadována na šest měsíců za předpokladu, že nedojde k výrazným komplikacím. Hlavní komplikací z hlediska časového harmonogramu činností může být prodleva při registraci sociální služby nebo výběr zaměstnanců.

11.11 Kontrola realizace projektu

Po realizaci jakéhokoliv projektu je nezbytné stanovit, jakým způsobem bude kontrolována a hodnocena jeho úspěšnost. Vzhledem k tomu, že se jedná o sociální služby, tak by měla probíhat následná kontrola a hodnocení nejenom spokojenosti klientů/rodinných příslušníků a zaměstnanců, ale současně i kvality poskytovaných služeb.

11.11.1 Monitoring spokojenosti rodinných příslušníků

Vzhledem k tomu, že osoby s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demencí nejsou schopny z důvodu úbytku kognitivních schopností samostatně vyplnit dotazník, je určen pro rodinné příslušníky. Jednalo by se o anonymní dotazník spokojenosti rodinných příslušníků klientů denního stacionáře, který může zahrnovat například tyto okruhy otázek: kvalita předávaných informací; hodnocení vztahu zaměstnanec, klient a rodinný příslušník; prostředí a vybavení stacionáře; stravování; nabídky aktivizačních činností; fakultativních služeb; vzájemná komunikace; předávání informací a vlastní názor. Monitoring spokojenosti by se mohl provádět 1x ročně. Následným vyhodnocením tohoto dotazníku by vedení denního stacionáře získalo informace, které mohou být nápomocny ke zkvalitnění poskytovaných ambulantních sociálních služeb.

11.11.2 Monitoring spokojenosti zaměstnanců

Sociální služba denní stacionář bude mít pouze tři zaměstnance, proto je možné, aby vedoucí pracovník prováděl pravidelně monitoring jejich spokojenosti. Lze to provést pomocí hodnotících pohovorů (1x měsíčně), které budou mít za cíl získání informací, tudíž zpětné vazby od zaměstnanců. Vedoucí pracovník bude mít možnost lépe motivovat své zaměstnance a zvyšovat jejich výkonost. Nemalý důraz by měl být kladen i na jejich názory, popřípadě návrhy k provozu zařízení a následnou analýzu. V neposlední řadě může být důsledkem monitoringu i snížení fluktuace zaměstnanců.

11.11.3 Monitoring kvality sociální služby

Kontrola kvality sociálních služeb je v kompetenci MPSV prostřednictvím Inspekce kvality sociálních služeb. Kontrola je zaměřena na dodržování standardů, které jsou závazné pro registrované poskytovatele sociálních služeb. Standardy slouží jako norma kvality poskytovaných sociálních služeb. Probíhá jednou ročně a oblasti kontroly jsou například: personální zajištění, vzdělávání zaměstnanců, smlouvy o poskytování sociální péče, dokumentace, individuální plány péče atd. Na základě závěrečného zhodnocení Inspekce kvality sociálních služeb budou eventuálně přijata patřičná opatření vedoucí ke zvýšení kvality poskytovaných sociálních služeb.

11.12 Zhodnocení projektu

Cílem projektu bylo zřídit denní stacionář pro osoby s Alzheimerovou chorobou a ostatními typy demencí ve Zlínském kraji. Jako poskytovatel sociálních služeb byla

zvolena právní forma zapsaný ústav. Kapacita denního stacionáře byla navržena na 10 klientů za den a byla v specifikována cílová skupina, pro kterou je daná sociální služba určena. Dále byla navržena provozní doba zařízení od 7.00 – 16.30 h a režim dne.

V projektové části byly popsány podmínky registrace sociální služby. Cena za poskytované služby byla stanovena v souladu s prováděcí vyhláškou zákona o sociálních službách. Byl stanoven průměrný čas potřebný k úkonům základních činností a jejich cena. Personální zajištění poskytovaných sociálních služeb denního stacionáře budou zajišťovat tři pracovníci. Jejich výběr bude v dostatečném předstihu před zahájením registrace sociální služby. Rovněž byly určeny činnosti, které bude zařízení svým klientům poskytovat. Dalším krokem byla propagace nového zařízení, pro kterou byla vybrána tato média: webové stránky, regionální tisk, rádio, televize a letáky. Současně byla zvolena forma informovanosti veřejnosti prostřednictvím lékařů jak praktických, tak i specialistů.

Poslední část projektu zahrnuje finanční plán realizace daného projektu, kde jsou zohledněny tři varianty: optimistická, pesimistická a realistická. Projekt rovněž uvádí možnosti vícezdrojového financování. Dále následuje riziková analýza, ze které vyplývají následující rizika: nedodržení časového harmonogramu, nezaregistrování sociální služby, nezájem klientů o sociální službu, nízká kvalita sociálních služeb a nedostatek finančních prostředků. Ke každému riziku byly zvoleny postupy, jak riziko odstranit nebo snížit jejich dopad. Časová analýza stanovuje časový harmonogram činností a předpokládá délku realizace projektu na šest měsíců. V závěru projektové části byla stanovena kontrola realizace projektu prostřednictvím monitoringu spokojenosti rodinných příslušníků, zaměstnanců a monitoringu kvality sociální služby.

ZÁVĚR

Hlavním cílem této diplomové práce bylo zpracování ekonomicky soběstačného projektu rozšíření služeb denního stacionáře pro Alzheimercentrum Zlín z. ú. Jedná se o ambulantní sociální služby, které vzhledem k demografickému vývoji a narůstajícímu počtu osob s Alzheimerovou chorobou budou mít tendenci zvyšující se poptávky. Nejen z pohledu samotných osob z důvodu zachování jejich soběstačnosti a sociálního kontaktu, ale i z pohledu pečujících osob, které budou moci nadále setrvat v pracovním procesu.

Předpoklad ekonomického výsledku, založeného na provedených analýzách a reálných nákladech, ukázal, že je možné daný projekt realizovat v praxi s kladným hospodářským výsledkem. Stanovený hlavní cíl byl takto dosažen.

Pro pokračování v úspěšné činnosti denního stacionáře bude do budoucna důležité zaměřit se na spolupráci se státními institucemi poskytujícími dotační financování. Dané prostředky budou využity jak na zdokonalení marketingové komunikace, tak na rozšíření poskytovaných služeb majících za cíl zatraktivnění pobytu pro klienty, případně rozšíření kapacity denního stacionáře.

Závěrem lze konstatovat, že neustále se zvyšující počet osob s Alzheimerovou chorobou je alarmující a společnost by měla, nebo spíše musí na tento společenský jev patřičně a hlavně rychle reagovat. Proto se domnívám, že navržený projekt na zřízení denního stacionáře je realizovatelný, ekonomicky opodstatněný a najde uplatnění a podporu v dnešní společnosti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BAČUVČÍK, Radim, 2011. *Marketing neziskových organizací*. Vyd. 1., Zlín: VeRBuM, 190 s. ISBN 978-80-87500-01-9.
- BARTÁK, Miroslav, 2010. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Vyd. 1., Praha: Wolters Kluwer ČR, 224 s. ISBN 978-80-7357-503-8.
- BOUČKOVÁ, Jana et al., 2003. *Marketing*. Vyd. 1., Praha: C. H. Beck, 432 s. ISBN 80-7179-577-1.
- BUCHBINDER, Sharon Bell a Nancy H. SHANKS, ©2012. *Introduction to Health Care Management*. 2nd ed. Burlington, Mass.: Jones, 494 s. ISBN 07-637-9086-9.
- CETLOVÁ, Helena, 2002. *Marketing služeb*. 3. aktual. vyd., Praha: Bankovní institut vysoká škola, 212 s. ISBN 80-7265-049-1.
- DRUCKER, Peter F., 1994. *Řízení neziskových organizací: Praxe a principy*. Vyd. 1., Praha: Management Press, 184 s. ISBN 80-85603-38-1.
- DURDISOVÁ, Jaroslava, 2005. *Ekonomika zdraví*. Vyd. 1., Praha: Oeconomica, 228 s. ISBN 80-245-0998-9.
- DURDISOVÁ, Jaroslava et al., 2005. *Sociální politika v ekonomické praxi: vybrané problémy*. Vyd. 1., Praha: Oeconomica, 246 s. ISBN 80-245-0850-8.
- EXNER, Lubomír et al., 2005. *Strategický marketing zdravotnických zařízení*. Vyd. 1., Praha: Professional Publishing, 188 s. ISBN 80-86419-73-8.
- FORET, Miroslav, 2010. *Marketing pro začátečníky*. Vyd. 1., Brno: Computer Press, a. s., 178 s. ISBN 978-80-251-3234-0.
- FORTENBERRY, John L., ©2010. *Health Care Marketing: Tools and Techniques*. 3rd ed. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett Publishers, 311 s. ISBN 07-637-6327-6.
- FRANCOVÁ, Hana a Aleš NOVOTNÝ, 2008. *Sociální politika v základech*. Vyd. 1., Praha: Triton, 185 s. ISBN 978-80-7387-125-3.
- GLADKIJ, Ivan et al., 2003. *Management ve zdravotnictví*. Vyd. 1., Brno: Computer Press, 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
- HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ et al., 2007. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV public relations, 302 s. ISBN 978-80-254-0177-4.

- JIRÁK, Roman et al., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
- JIRÁK, Roman a František KOUKOLÍK, 2004. *Demence: Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Vyd. 1., Praha: Galén, 338 s. ISBN 80-7262-268-4.
- KOTLER, Philip a Kevin Lane KELLER, 2013. *Marketing management*. Vyd. 14., Praha: Grada Publishing, a. s., 816 s. ISBN 978-80-247-4150-5.
- KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK, 1998. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Vyd. 1., Praha: Grada Publishing, 232 s. ISBN 80-7169-615-3.
- KREBS, Vojtěch et al., 2007. *Sociální politika*. Vyd. 4., Praha: ASPI, 504 s. ISBN 978-80-7357-276-1.
- KUZNÍKOVÁ, Iva et al., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Vyd. 1., Praha: Grada, 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
- MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ et al., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Vyd. 1., Praha: Grada, 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
- MALÍK HOLASOVÁ, Věra, 2014. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Vyd. 1., Praha: Grada, 151 s. ISBN 978-80-247-4315-8.
- MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Vyd. 1., Praha: Grada, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MATOUŠEK, Oldřich et al., 2007. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Vyd. 1., Praha: Portál, 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- PIDRMAN, Vladimír, 2007. *Demence*. Praha: Grada, 183 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
- PRŮŠA, Ladislav, 2003. *Ekonomie sociálních služeb*. Vyd. 1., Praha: ASPI Publishing, 152 s. ISBN 80-86395-69-3.
- RŮŽIČKA, Evžen et al., 2003. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: příručka pro praxi*. Vyd. 1., Praha: Galén, 178 s. ISBN 80-7262-205-6.
- STAŇKOVÁ, Pavla, 2013. *Marketing zdravotnictví*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 105 s. ISBN 978-80-86062-84-6.
- STAŇKOVÁ, Pavla, 2013. *Marketingové řízení nemocnic*. Vyd. 1., Žilina: GEORG, 208 s. ISBN 978-80-89401-64-2.

ŠATERA, Karel, 2012. *Zdravotní pojištění a ekonomika*. Vyd. 2., upravené. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 125 s. ISBN 978-807-4541-353.

VAŠTÍKOVÁ, Miroslava, 2014. *Marketing služeb – efektivně a moderně*. Vyd. 2., Praha: Grada Publishing, a. s., 272 s. ISBN 978-80-247-5037-8.

ZLÁMAL, Jaroslav, 2006. *Marketing ve zdravotnictví*. Vyd. 1., Brno: NCO NZO, 150 s. ISBN 80-7013-441-0.

Internetové zdroje:

ALZHEIMERCENTRUM, 2014. *Naše zařízení* [on-line]. © 2014 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/>.

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, 2015a. *Výskyt demence* [on-line]. © 2015 [cit. 2015-10-15]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/vyskyt-demence/>.

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, 2015b. *Zpráva o stavu demence 2015* [on-line]. © 2015 [cit. 2016-01-30]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/data/002/000331.pdf>.

ČESKO, 2006a. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky* [on-line]. Částka 37/2006 [cit. 2015-09-11]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>.

ČESKO, 2006b. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky* [on-line]. Částka 37/2006 [cit. 2015-09-11]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast2>.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Charakteristika kraje* [on-line]. Praha: Český statistický úřad, © 2014a [cit. 2016-02-09]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/xz/charakteristika_kraje.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Databáze národních účtů* [on-line]. Praha: Český statistický úřad, © 2014b [cit. 2016-02-09]. Dostupné z: <http://apl.czso.cz/pll/rocenka/rocenka.presmsocas>.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Indexy spotřebitelských cen-inflace-prosinec 2015* [on-line]. Praha: Český statistický úřad, © 2014c [cit. 2016-02-09]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/cri/indexy-spotrebitelskych-cen-inflace-prosinec-2015>.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Nezaměstnanost ve Zlínském kraji k 31. 12. 2015* [on-line]. Praha: Český statistický úřad, © 2014d [cit. 2016-02-09]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xz/nezamestnanost-ve-zlinskem-kraji-k-31-12-2015>.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Statistická ročenka Zlínského kraje – 2015* [on-line]. Praha: Český statistický úřad, © 2014e [cit. 2016-02-09]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/4-obyvateľstvo-z2612b1c8c>.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR, 2015a. *Bílá kniha v sociálních službách* [on-line]. Praha: Integrovaný portál MPSV [cit. 2015-09-14]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR, 2015b. *Zajištění kvality sociálních služeb* [on-line]. Praha: Integrovaný portál MPSV [cit. 2015-10-23]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/18661#zkss>.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR, 2015c. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na rok 2015* [on-line]. Praha: Integrovaný portál MPSV [cit. 2016-02-08]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/20258/III.pdf>.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR, 2015d. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2014* [on-line]. Praha: Integrovaný portál MPSV [cit. 2016-02-08]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/22668/ročenka_prace_2014.pdf.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR, 2015e. *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013–2017* [on-line]. Praha: Integrovaný portál MPSV [cit. 2016-02-09]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/20848/NAP_2013-2017_070114.pdf.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR, 2015f. *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013–2017* [on-line]. Praha: Integrovaný portál MPSV [cit. 2016-02-09]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/21726/NAP_CZ_web.pdf.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, 2016. *Demence* [on-line]. © ÚZIS ČR 2010–2016 [cit. 2016-02-09]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/demence>.

VLÁDA ČR, 2016a. *19. ledna 2015: Schůze vlády ČR, TK v 13.15 hod.* [on-line]. © 2009–2016 [cit. 2016-02-08]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/media-centrum/ocekavane-udalosti/19--ledna-2015-schuze-vlady-cr--tk-v-15-00-hod--126083/>.

VLÁDA ČR, 2016b. *Vláda valorizovala příspěvek na péči a podpořila české zemědělce* [on-line]. © 2009–2016 [cit. 2016-02-08]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/media-centrum/aktualne/vlada-valorizovala-prispevek-na-peci-a-podporila-ceske-zemedelce-138153/>.

ZLÍNSKÝ KRAJ, 2016a. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve Zlínském kraji pro období 2016–2018* [on-line]. [cit. 2016-02-08]. Dostupné z: <https://www.kr-zlinsky.cz/strednedoby-plan-rozvoje-socialnich-sluzeb-ve-zlinskem-kraji-pro-obdobi-2016-2018-cl-3216.html>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

CNS	Centrální nervová soustava
CSR	Společenská odpovědnost firem (Corporate Social Responsibility)
CT	Výpočetní tomografie (Computed tomography)
ČALS	Česká alzheimerská společnost
ČCE	Českobratrská církev evangelická
ČR	Česká republika
EEG	Elektroencefalografie
EFQM	Evropská nadace pro řízení jakosti (European Foundation for Quality Management)
ES	Evropské společenství
ESF	Evropský sociální fond
EU	Evropská unie
HDP	Hrubý domácí produkt
ISO	Mezinárodní organizace pro standardizaci (International Organization for Standardization)
MR	Magnetická rezonance
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (Organization for Economic Co-operation and Development)
PET	Pozitronová emisní tomografie (Positron emission tomography)
SPECT	Jednofotonová emisní výpočetní tomografie (Single photon emission computed tomography)
SÚPM	Společensky účelná pracovní místa
TK	Tlak krve

ÚP Úřad práce

ÚZIS Ústav zdravotnických informací a statistiky

WHO Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

SEZNAM TABULEK

<i>Tab. 1 Stupně závislosti a výše příspěvku na péči (vlastní zpracování)</i>	25
<i>Tab. 2 Počet a suma vyplacených příspěvků na péči podle věku a stupně závislosti v roce 2014 (zdroj: MPSV, ©2015)</i>	50
<i>Tab. 3 Počet a suma vyplacených příspěvků na péči podle věku a stupně závislosti v roce 2014 (zdroj: MPSV, ©2015)</i>	58
<i>Tab. 4 Konkurenční rivalita v odvětví (vlastní zpracování)</i>	61
<i>Tab. 5 Hrozba vstupu nových konkurentů do odvětví (vlastní zpracování)</i>	62
<i>Tab. 6 Vyjednávací síla dodavatelů (vlastní zpracování)</i>	63
<i>Tab. 7 Vyjednávací vliv klientů (vlastní zpracování)</i>	64
<i>Tab. 8 Hrozba substitučních služeb (vlastní zpracování)</i>	65
<i>Tab. 9 Preferovaná cena za den pobytu v denním stacionáři (vlastní zpracování)</i>	71
<i>Tab. 10 Preferovaná frekvence zájmu o sociální služby (vlastní zpracování)</i>	72
<i>Tab. 11 SWOT analýza (vlastní zpracování)</i>	74
<i>Tab. 12 Úkony základních činností (vlastní zpracování)</i>	80
<i>Tab. 13 Ceník fakultativních služeb (vlastní zpracování)</i>	82
<i>Tab. 14 Akční plán AP 1: Aktualizace stávajících webových stránek sociální služby (vlastní zpracování)</i>	83
<i>Tab. 15 Akční plán AP 2: Informování odborných lékařů o nové ambulanci sociální službě (vlastní zpracování)</i>	84
<i>Tab. 16 Akční plán AP 3: Reklama prostřednictvím regionální televize (vlastní zpracování)</i>	85
<i>Tab. 17 Akční plán AP 4: Reklama prostřednictvím regionálního tisku (vlastní zpracování)</i>	86
<i>Tab. 18 Akční plán AP 5: Reklama prostřednictvím regionálního rádia (vlastní zpracování)</i>	87
<i>Tab. 19 Akční plán AP 6: Reklama prostřednictvím letáků (vlastní zpracování)</i>	88
<i>Tab. 20 Vstupní investiční náklady (vlastní zpracování)</i>	89
<i>Tab. 21 Vstupní neinvestiční náklady (vlastní zpracování)</i>	89
<i>Tab. 22 Akční plán AP 7: Založení právního subjektu (vlastní zpracování)</i>	89
<i>Tab. 23 Akční plán AP 8: Rekonstrukce objektu (vlastní zpracování)</i>	90
<i>Tab. 24 Akční plán AP 9: Vybavení denního stacionáře (vlastní zpracování)</i>	91

<i>Tab. 25 Akční plán AP 10: Nábor zaměstnanců – uchazeči Úřadu práce (vlastní zpracování)</i>	92
<i>Tab. 26 Provozní fixní náklady (vlastní zpracování)</i>	93
<i>Tab. 27 Optimistická varianta, 10 klientů (vlastní zpracování)</i>	93
<i>Tab. 28 Pesimistická varianta, 2 klienti (vlastní zpracování)</i>	93
<i>Tab. 29 Realistická varianta, 7 klientů (vlastní zpracování)</i>	93
<i>Tab. 30 Optimistická varianta, 10 klientů (vlastní zpracování)</i>	94
<i>Tab. 31 Pesimistická varianta, 2 klienti (vlastní zpracování)</i>	95
<i>Tab. 32 Realistická varianta, 7 klientů (vlastní zpracování)</i>	95
<i>Tab. 33 Matice rizik (vlastní zpracování)</i>	97
<i>Tab. 34 Časový harmonogram realizace projektu (vlastní zpracování)</i>	98
<i>Tab. 35 Příbuzenský vztah respondentů k osobě s Alzheimerovou chorobou (vlastní zpracování)</i>	120
<i>Tab. 36 Doba, po kterou respondenti pečují o osobu s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí (vlastní zpracování)</i>	121
<i>Tab. 37 Dostatečná informovanost o Alzheimerově chorobě a potřebné péči (vlastní zpracování)</i>	122
<i>Tab. 38 Stupeň závislosti na péči blízkého respondenta (vlastní zpracování)</i>	123
<i>Tab. 39 Spokojenost s nabídkou zdravotní péče a sociálních služeb (vlastní zpracování)</i>	125
<i>Tab. 40 Formy zdravotnických a sociálních zařízení (vlastní zpracování)</i>	126
<i>Tab. 41 Informovanost o nabídce sociálních služeb (vlastní zpracování)</i>	127
<i>Tab. 42 Vliv Alzheimerovy choroby na vztahy v rodině (vlastní zpracování)</i>	129
<i>Tab. 43 Zájem o dopravu do a z denního stacionáře (vlastní zpracování)</i>	132
<i>Tab. 44 Výpomoc v péči o nemocného (vlastní zpracování)</i>	133
<i>Tab. 45 Mzdové náklady (vlastní zpracování)</i>	136

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1</i> Procentuální zastoupení zdrojů financování dle jednotlivých donátorů ve Zlínském kraji (zdroj: Zlínský kraj, ©2015).....	51
<i>Graf 2</i> Procentuální zastoupení zdrojů financování u služeb sociální péče dle jednotlivých donátorů Zlínského kraje (zdroj: Zlínský kraj, ©2015).....	52
<i>Graf 3</i> Počet ambulantních pacientů s dg. F00–F03 na 100 tisíc obyvatel podle kraje sídla zdravotnického zařízení v roce 2012 (zdroj: ÚZIS, ©2013).....	54
<i>Graf 4</i> Pohlaví respondentů (vlastní zpracování).....	67
<i>Graf 5</i> Věková struktura respondentů (vlastní zpracování).....	68
<i>Graf 6</i> Vzdělání respondentů (vlastní zpracování).....	68
<i>Graf 7</i> Bydliště respondentů (vlastní zpracování).....	69
<i>Graf 8</i> Důvody vedoucí k rozhodnutí využívat služeb denního stacionáře (vlastní zpracování).....	70
<i>Graf 9</i> Nabídka služeb denního stacionáře (vlastní zpracování).....	70
<i>Graf 10</i> Preferovaná cena za den pobytu v denním stacionáři (vlastní zpracování).....	71
<i>Graf 11</i> Preferovaná frekvence zájmu o sociální služby (vlastní zpracování).....	72
<i>Graf 12</i> Příbuzenský vztah respondentů k osobě s Alzheimerovou chorobou (vlastní zpracování).....	120
<i>Graf 13</i> Doba, po kterou respondenti pečují o osobu s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí (vlastní zpracování).....	121
<i>Graf 14</i> Dostatečná informovanost o Alzheimerově chorobě a potřebné péči (vlastní zpracování).....	122
<i>Graf 15</i> Stupeň závislosti na péči blízkého respondenta (vlastní zpracování).....	123
<i>Graf 16</i> Typy zařízení sociálních služeb v blízkosti bydliště (vlastní zpracování).....	124
<i>Graf 17</i> Spokojenost s nabídkou zdravotní péče a sociálních služeb (vlastní zpracování).....	125
<i>Graf 18</i> Formy zdravotnických a sociálních zařízení (vlastní zpracování).....	126
<i>Graf 19</i> Informovanost o nabídce sociálních služeb (vlastní zpracování).....	127
<i>Graf 20</i> Zdroje k získání kvalitních a dostatečných informací v péči o nemocné s Alzheimerovou chorobou (vlastní zpracování).....	128
<i>Graf 21</i> Vliv Alzheimerovy choroby na vztahy v rodině (vlastní zpracování).....	129
<i>Graf 22</i> Přínosnost pobytu v denním stacionáři (vlastní zpracování).....	130
<i>Graf 23</i> Nabídka činností denního stacionáře (vlastní zpracování).....	131

<i>Graf 24 Zájem o dopravu do a z denního stacionáře (vlastní zpracování)</i>	132
<i>Graf 25 Výpomoc v péči o nemocného (vlastní zpracování)</i>	133
<i>Graf 26 Pocity respondentů při každodenní péči o blízkého (vlastní zpracování)</i>	134
<i>Graf 27 Způsoby zvládnutí negativních pocitů (vlastní zpracování)</i>	135

SEZNAM PŘÍLOH

<i>PŘÍLOHA P I: Dotazník pro rodinné příslušníky.....</i>	<i>115</i>
<i>PŘÍLOHA P II: Otázka dotazníku č. 1.....</i>	<i>120</i>
<i>PŘÍLOHA P III: Otázka dotazníku č. 2.....</i>	<i>121</i>
<i>PŘÍLOHA P IV: Otázka dotazníku č. 3.....</i>	<i>122</i>
<i>PŘÍLOHA P V: Otázka dotazníku č. 4.....</i>	<i>123</i>
<i>PŘÍLOHA P VI: Otázka dotazníku č. 5.....</i>	<i>124</i>
<i>PŘÍLOHA P VII: Otázka dotazníku č. 6.....</i>	<i>125</i>
<i>PŘÍLOHA P VIII: Otázka dotazníku č. 7.....</i>	<i>126</i>
<i>PŘÍLOHA P IX: Otázka dotazníku č. 8.....</i>	<i>127</i>
<i>PŘÍLOHA P X: Otázka dotazníku č. 9.....</i>	<i>128</i>
<i>PŘÍLOHA P XI: Otázka dotazníku č. 11.....</i>	<i>129</i>
<i>PŘÍLOHA P XII: Otázka dotazníku č. 12.....</i>	<i>130</i>
<i>PŘÍLOHA P XIII: Otázka dotazníku č. 14.....</i>	<i>131</i>
<i>PŘÍLOHA P XIV: Otázka dotazníku č. 17.....</i>	<i>132</i>
<i>PŘÍLOHA P XV: Otázka dotazníku č. 18.....</i>	<i>133</i>
<i>PŘÍLOHA P XVI: Otázka dotazníku č. 19.....</i>	<i>134</i>
<i>PŘÍLOHA P XVII: Otázka dotazníku č. 20.....</i>	<i>135</i>
<i>PŘÍLOHA P XVIII: Mzdové náklady.....</i>	<i>136</i>

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK PRO RODINNÉ PŘÍSLUŠNÍKY**DOTAZNÍK PRO RODINNÉ PŘÍSLUŠNÍKY NEMOCNÉHO ALZHEIMEROVOU CHOROBOU**

Vážená paní, Vážený pane,

jmenuji se Lenka Tomančáková a jsem studentkou magisterského oboru Management ve zdravotnictví na Fakultě managementu a ekonomiky, Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

V rámci své diplomové práce zpracovávám projekt „Projekt rozšíření služeb denního stacionáře pro Alzheimercentrum Zlín“ a ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku týkajícího se zřízení denního stacionáře ve Zlíně pro nemocné s Alzheimerovou chorobou. Tímto dotazníkem se snažím zjistit, jestli bude o jeho zřízení zájem. Vyplnění dotazníku je dobrovolné a anonymní a získaná data poslouží nejen ke zpracování mé diplomové práce, ale také případně pro rozšíření služeb denního stacionáře.

Děkuji za Váš čas, Vaši pomoc a ochotu.

Lenka Tomančáková

1. **Uvedte prosím, v jakém příbuzenském vztahu k osobě trpící Alzheimerovou chorobou jste?**
 - manžel/ka
 - syn/dcera
 - vnuk/vnučka
 - bratr/sestra
 - zeť/snacha
 - jiná blízká osoba, prosím uveďte

2. **Jak dlouho pečujete o nemocného v domácím prostředí?**
 - méně než rok
 - 1-5 roky
 - 5-10 let
 - 10 let a více

3. **Máte dostatek informací o Alzheimerově chorobě a potřebné péči?**
 - ano
 - ne
 - uvítal/a bych zejména informace.....

4. **Do kterého stupně závislosti na péči je Váš blízký zařazen?**
 - I. stupeň – lehká závislost
 - II. stupeň – středně těžká závislost
 - III. stupeň – těžká závislost
 - IV. stupeň – úplná závislost
 - nevím

5. **Jaké zařízení sociálních služeb se nachází v blízkosti Vašeho bydliště? (můžete uvést i více odpovědí)**
- pečovatelská služba
 - odlehčovací služby
 - denní stacionář
 - týdenní stacionář
 - domovy pro osoby se zdravotním postižením
 - domovy se zvláštním režimem
 - sociální poradny
 - jiné, prosím uveďte.....
 - nevím o žádném
6. **Jste spokojen/a s nabídkou zdravotní péče a sociálních služeb pro nemocné Alzheimerovou chorobou ve Vašem regionu?**
- ano
 - ne
 - nevím
7. **Využil/a jste již některou formu zdravotnických zařízení či sociálních zařízení, která by Vám pomohla v péči o blízkého?**
- pobytové
 - ambulantní
 - terénní
 - jiné, prosím uveďte.....
 - nevyužil/a jsem
8. **Jaká je podle Vás informovanost o nabídce sociálních služeb pro nemocné Alzheimerovou chorobou ve Zlínském kraji?**
- informací je dostatek
 - informací je nedostatek
 - nevím
9. **Jakým způsobem získáváte kvalitní a dostatečné informace v péči o nemocné s Alzheimerovou chorobou? (můžete uvést i více odpovědí)**
- od příbuzných, známých, kteří mají osobní zkušenosti s péčí o nemocné s Alzheimerovou chorobou
 - od zdravotnických nebo sociálních pracovníků
 - z médií (TV, rozhlas, tisk, internet)
 - jiné zdroje, prosím uveďte.....

10. **Jaké důvody nebo situace by Vás přiměly k rozhodnutí využívat služeb denního stacionáře pro svého blízkého? Vyberte i více odpovědí.**
- stále větší sociální izolovanost blízkého
 - zhoršující se sebek péče blízkého
 - nedostatek času a prostoru věnovat se blízkému
 - celodenní péče je nepřiměřenou zátěží (fyzickou, psychickou, atd.) pro rodinné příslušníky
 - jiné důvody, prosím uveďte.....
11. **Má onemocnění Vašeho blízkého Alzheimerovou chorobou vliv na vztahy ve Vaší rodině?**
- ano
 - ne
 - nedokážu posoudit
12. **V čem vidíte přínos pobytu v denním stacionáři pro nemocného? Vyberte i více odpovědí.**
- v bezpečném prostředí
 - v odborné péči zdravotnických a sociálních pracovníků
 - v možnosti kontaktu s vrstevníky
 - v pozornosti k potřebám nemocného
 - v možnosti aktivního prožívání volného času
 - jiná možnost, prosím uveďte.....
13. **Z ambulantních služeb, které poskytuje denní stacionář, jsou pro Vás důležité. Můžete uvést více odpovědí.**
- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
 - poskytnutí stravy
 - pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
 - výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
 - zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
 - sociálně terapeutické aktivity
 - pomoc při uplatňování práv a obstarávání osobních záležitostí
 - Váš názor.....
 -
14. **Co se podle Vašeho názoru Vašemu blízkému může v denním stacionáři líbit, co rád dělá, co ho baví. Označte více variant.**
- kontakt se společenským prostředím – procházky, výlety do okolí, besedy....
 - laskavá péče personálu
 - relaxační terapie
 - ergoterapie (terapie pomocí smysluplného zaměstnávání)
 - canisterapie, felinoterapie (terapie pomocí kontaktu s domácími zvířaty – pes, kočka)
 - kognitivní rehabilitace (procvičování paměti, myšlení)
 - muzikoterapie

- fyzioterapie
 - arteterapie (terapie pomocí výtvarných aktivit)
 - reminiscenční terapie (terapie pomocí vzpomínek na rodinu, práci, minulost)
 - taneční terapie
 - společenské hry
 - dobré jídlo
 - jiné, prosím uveďte.....
15. **Jakou maximální cenu byste byl/a ochotný/á zaplatit za jeden den pobytu (provozní doba od 7.00 do 16.00 hod, závisí na rozsahu poskytnuté péče) Vašeho blízkého v denním stacionáři?**
- do 300 Kč
 - do 400 Kč
 - do 500 Kč
16. **Kolikrát v týdnu byste měl/a zájem o sociální služby poskytované denním stacionářem?**
- 1x týdně
 - 2x týdně
 - 3x týdně
 - každý pracovní den
 - spíše nahodile dle mé potřeby
17. **Měl/a byste zájem o dopravu Vašeho blízkého do a z denního stacionáře za poplatek?**
- ano
 - ne
 - nevím
18. **Pomáhají Vám s péčí o nemocného členové Vaší rodiny?**
- ano
 - ne
 - někdo jiný
19. **Mohl/a byste prosím popsat Vaše pocity, které prožíváte při každodenní péči o Vašeho blízkého trpícího Alzheimerovou chorobou: (můžete uvést i více odpovědí)**
- strach
 - úzkost
 - únava
 - vyčerpání
 - beznaděj
 - deprese
 - bezmocnost
 - zoufalství

- apatie
- jiné, prosím uveďte.....

20. Mohl/a byste prosím uvést, jakým způsobem dokážete zvládat negativní pocity způsobené Vaší složitou životní situací: (můžete uvést i více odpovědí)

- odpočinek a relaxace
- možnost vystřídání se v péči s jiným členem rodiny
- komunikace s blízkou osobou
- komunikace s osobou, která má stejné zkušenosti
- terapie u psychologa/psychiatra
- jiné, prosím blíže specifikujte.....

21. Vaše pohlaví:

- žena
- muž

22. Váš věk:

- do 20 let
- 21-30 let
- 31-40 let
- 41-50 let
- 51-60 let
- více než 60 let

23. Nejvyšší Vaše dosažené vzdělání:

- základní
- středoškolské bez maturity
- středoškolské s maturitou
- vysokoškolské

24. Vaše bydliště:

- Zlín
- Uherské Hradiště
- Kroměříž
- Vsetín
- jinde

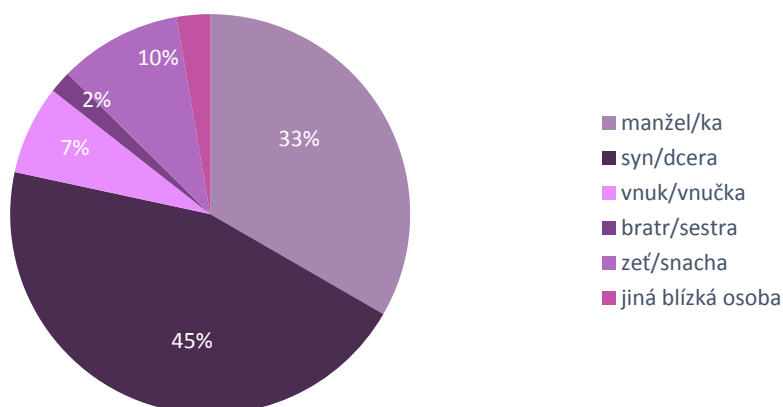
Děkuji za vyplnění dotazníku.

PŘÍLOHA P II: OTÁZKA DOTAZNÍKU Č. 1

Tab. 35 Příbuzenský vztah respondentů k osobě s Alzheimerovou chorobou (vlastní zpracování)

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Manžel/ka	37	33 %
Syn/dcera	50	45 %
Vnuk/vnučka	8	7 %
Bratr/sestra	2	2 %
Zeť/snacha	11	10 %
Jiná osoba	3	3 %

Graf 12 Příbuzenský vztah respondentů k osobě s Alzheimerovou chorobou (vlastní zpracování)



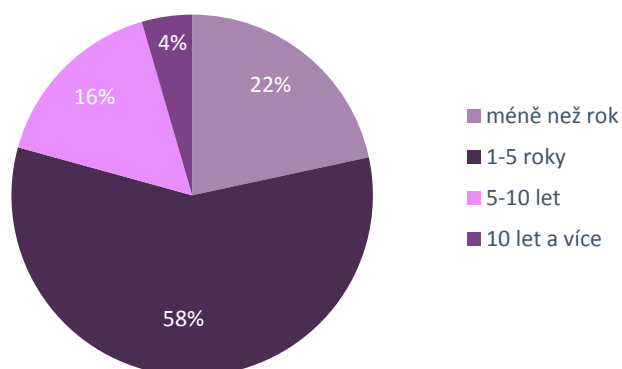
Z tabulky (Tab. 35) a grafu (Graf 12) vyplývá, že nejvíce 50 (45 %) respondentů je ve vztahu syn/dcera. Dále dotázaní uvedli, že 37 (33 %) respondentů je v příbuzenském vztahu manžel/manželka. Další variantou byli zeť/snacha, kterých bylo z celkového počtu 11 (10 %). Sedm procent (8 osob) respondentů tvořili vnuk a vnučka a 3 % (3 osoby) jiná blízká osoba. Nejméně zastoupeným příbuzenským vztahem, a to dva respondenti (2 %), byla varianta bratr/sestra.

PŘÍLOHA P III: OTÁZKA DOTAZNÍKU Č. 2

Tab. 36 Doba, po kterou respondenti pečují o osobu s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí (vlastní zpracování)

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Méně než rok	24	22 %
1-5 roků	64	58 %
5–10 let	18	16 %
10 let a více	5	4 %

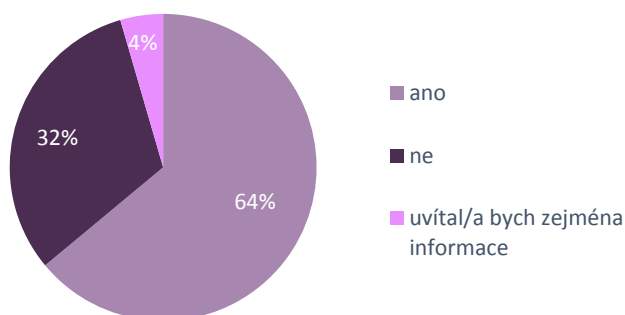
Graf 13 Doba, po kterou respondenti pečují o osobu s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí (vlastní zpracování)



Tabulka (Tab. 36) a graf (Graf 13) uvádějí, že nejvíce respondentů 64 (58 %) pečuje o nemocné v domácím prostředí 1–5 roků. Druhý nejvyšší počet dotázaných 24 (22 %) uvedl, že délka péče o nemocné v domácím prostředí je méně než rok. Dále o osoby s Alzheimerovou chorobou pečuje v délce 5–10 let celkem 18 respondentů, což činí 16 % z celkového počtu. Nejméně, a to pět (4 %) dotazovaných respondentů uvedlo, že o nemocné v domácím prostředí pečují 10 let a více.

PŘÍLOHA P IV: OTÁZKA DOTAZNÍKU Č. 3*Tab. 37 Dostatečná informovanost o Alzheimerově chorobě a potřebné péči (vlastní zpracování)*

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	71	64 %
Ne	35	32 %
Uvítal/a bych zejména informace	5	4 %

Graf 14 Dostatečná informovanost o Alzheimerově chorobě a potřebné péči (vlastní zpracování)

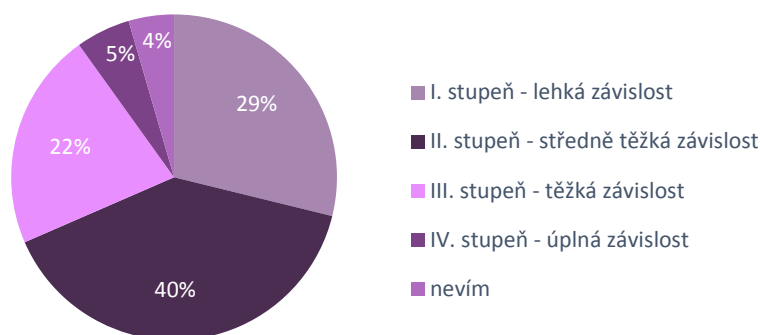
Z tabulky (Tab. 37) a grafu (Graf 14) je patrné, že z celkového počtu dotazovaných má 71 (64 %) dostatek informací, 35 (32 %) uvedlo, že nemá dostatek informací a pět (4 %) respondentů by uvítalo zejména informace např. o průběhu léčby, terénní službě a odlehčovacím pobytu.

PŘÍLOHA P V: OTÁZKA DOTAZNÍKU Č. 4

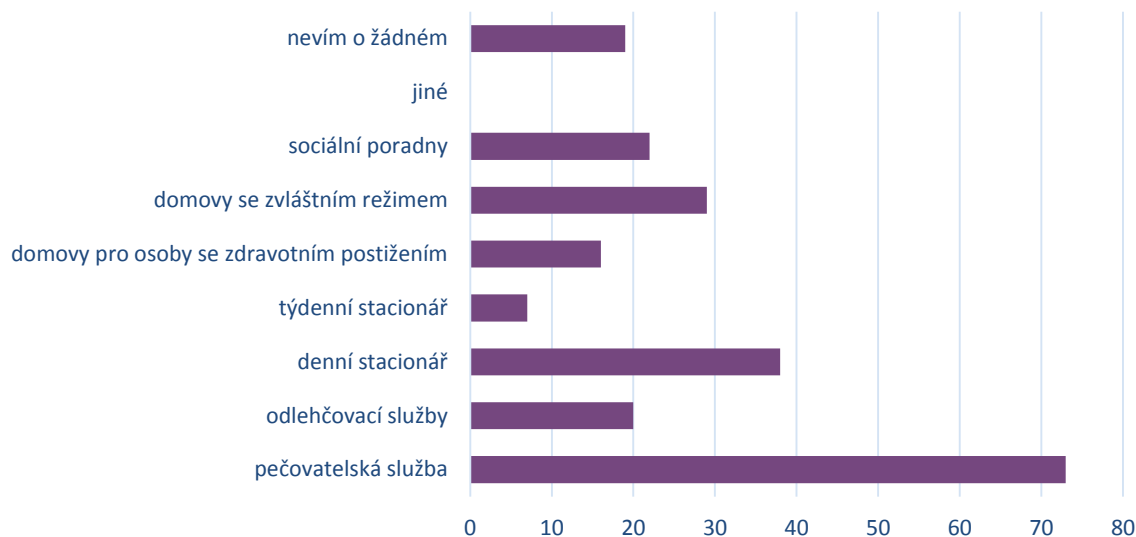
Tab. 38 Stupeň závislosti na péči blízkého respondenta (vlastní zpracování)

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
I. stupeň – lehká závislost	32	29 %
II. stupeň – středně těžká závislost	44	40 %
III. stupeň – těžká závislost	24	22 %
IV. stupeň – úplná závislost	6	5 %
nevím	5	4 %

Graf 15 Stupeň závislosti na péči blízkého respondenta (vlastní zpracování)



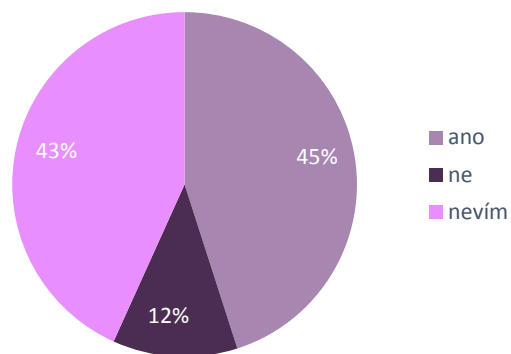
Z tabulky (Tab. 38) a grafu (Graf 15) je možné vyčíst, že 44 (40 %) dotazovaných respondentů uvedlo, že jejich blízký je zařazen do II. stupně závislosti, v I. stupni je 32 (29 %), ve III. stupni 24 (22 %) a ve IV. stupni šest (5 %). Pouze pět (4 %) respondentů nevědělo, do kterého stupně závislosti je jejich blízký zařazen.

PŘÍLOHA P VI: OTÁZKA DOTAZNÍKU Č. 5*Graf 16 Typy zařízení sociálních služeb v blízkosti bydliště (vlastní zpracování)*

Graf (Graf 16) graficky znázorňuje, že nejvíce, 73 zařízení pečovatelské služby, se nachází v blízkosti bydliště respondenta. Dále 38 denních stacionářů, 29 domovů se zvláštním režimem, 22 sociálních poraden, 20 odlehčovacích služeb, 16 domovů pro osoby se zdravotním postižením a sedm týdenních stacionářů. O žádném zařízení sociálních služeb v blízkosti bydliště nevědělo 19 dotazovaných.

PŘÍLOHA P VII: OTÁZKA DOTAZNÍKU Č. 6*Tab. 39 Spokojenost s nabídkou zdravotní péče a sociálních služeb (vlastní zpracování)*

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	50	45 %
Ne	13	12 %
Nevím	48	43 %

Graf 17 Spokojenost s nabídkou zdravotní péče a sociálních služeb (vlastní zpracování)

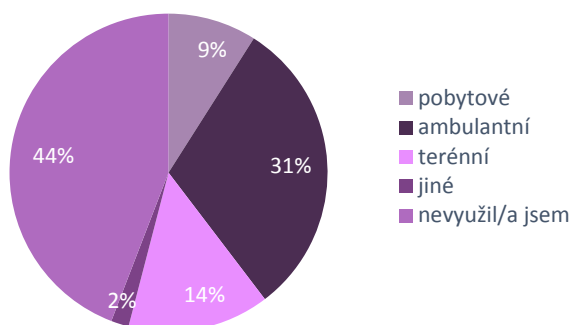
V tabulce (Tab. 39) a grafu (Graf 17) je uvedeno, že 50 (45 %) respondentů je spokojeno s nabídkou zdravotní péče a sociálních služeb pro osoby s Alzheimerovou chorobou v jejich regionu. Pouze 13 (12 %) dotazovaných vyjádřilo svou nespokojenost a 48 (43 %) dotazovaných respondentů zvolilo odpověď nevím.

PŘÍLOHA P VIII: OTÁZKA DOTAZNÍKU Č. 7

Tab. 40 Formy zdravotnických a sociálních zařízení (vlastní zpracování)

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Pobytové	10	9 %
Ambulantní	34	31 %
Terénní	16	14 %
Jiné	2	2 %
Nevyužil/a jsem	49	44 %

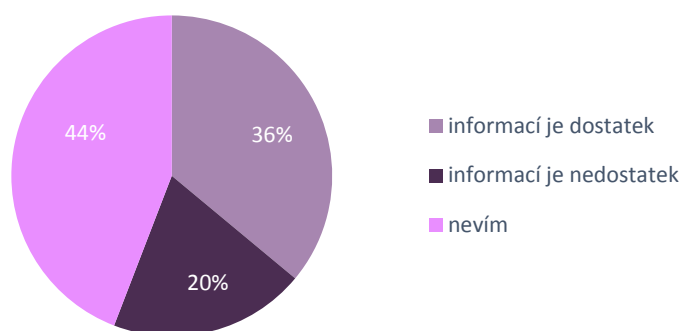
Graf 18 Formy zdravotnických a sociálních zařízení (vlastní zpracování)



V tabulce (Tab. 40) a grafu (Graf 18) je uvedeno, že nejvíce respondentů 49 (44 %) nevyužilo žádnou z nabízených forem zdravotnických a sociálních zařízení. Ambulantní formu využilo 34 (31 %) dotazovaných, 16 (14 %) respondentů má zkušenosti s terénní formou zařízení. Pobytová zařízení využilo 10 (9 %) dotazovaných a pouze dva (2 %) respondenti uvedli, že využili jinou formu zařízení.

PŘÍLOHA P IX: OTÁZKA DOTAZNÍKU Č. 8*Tab. 41 Informovanost o nabídce sociálních služeb (vlastní zpracování)*

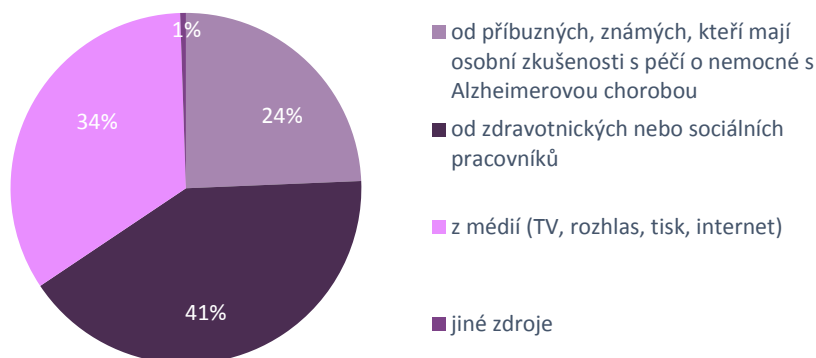
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Informací je dostatek	40	36 %
Informací je nedostatek	22	20 %
Nevím	49	44 %

Graf 19 Informovanost o nabídce sociálních služeb (vlastní zpracování)

Z tabulky (Tab. 41) a grafu (Graf 19) je zřejmé, že 40 (36 %) dotazovaných má za to, že informací týkajících se nabídky sociálních služeb pro nemocné s Alzheimerovou chorobou je dostatek. Dvacet dva (20 %) respondentů uvedlo, že informací je nedostatek a nejvíce, 49 (44 %), dotazovaných respondentů vybralo odpověď nevím.

PŘÍLOHA P X: OTÁZKA DOTAZNÍKU Č. 9

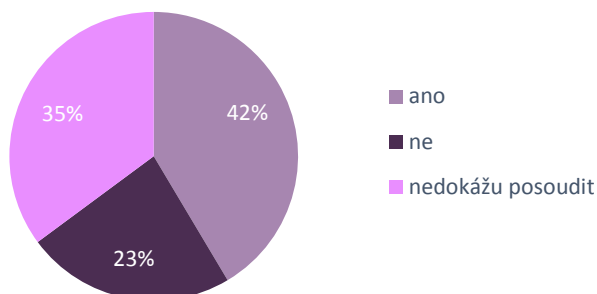
Graf 20 Zdroje získání kvalitních a dostatečných informací v péči o nemocné s Alzheimerovou chorobou (vlastní zpracování)



Z grafického zobrazení (Graf 20) je patrné, že nejvíce 78 (41 %) informací respondentům poskytují zdravotničtí a sociální pracovníci. Dalším podstatným informačním zdrojem jsou média 64 (34 %) a dále 46 (24 %) dotazovaných uvedlo, že informace jim zprostředkovávají příbuzní, známí z vlastních zkušeností. Pouze jeden (1 %) dotazovaný zvolil odpověď jiný zdroj.

PŘÍLOHA P XI: OTÁZKA DOTAZNÍKU Č. 11*Tab. 42 Vliv Alzheimerovy choroby na vztahy v rodině (vlastní zpracování)*

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	46	42 %
Ne	26	23 %
Nedokážu posoudit	39	35 %

Graf 21 Vliv Alzheimerovy choroby na vztahy v rodině (vlastní zpracování)

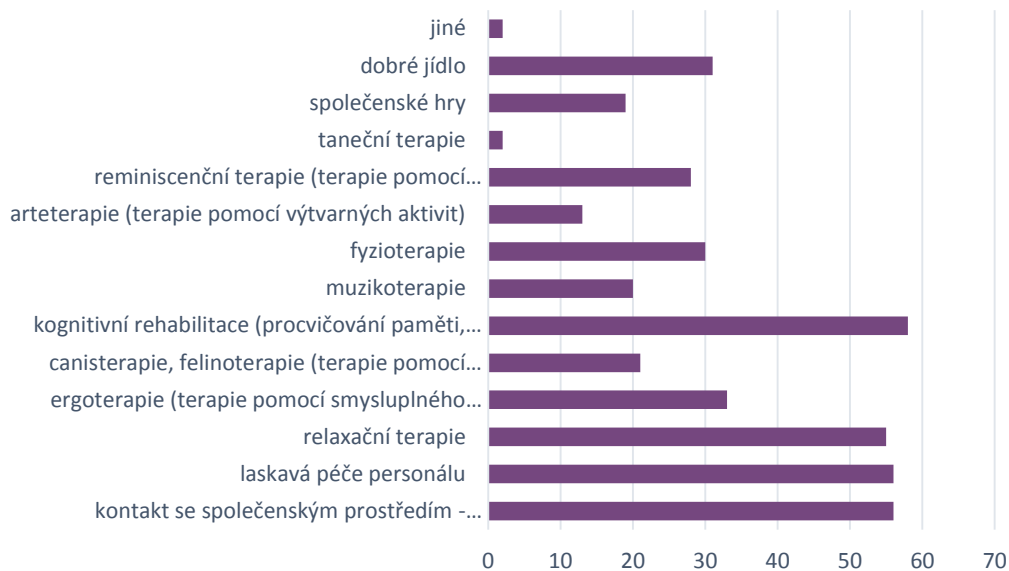
Tabulka (Tab. 42) a graf (Graf 21) znázorňují, že 46 (42 %) respondentů zvolilo odpověď ano, což znamená, že Alzheimerova choroba ovlivňuje rodinné vztahy. Dvacet šest (23 %) dotázaných se vyjádřilo negativně a 39 (35 %) dotázaných respondentů uvedlo, že to nedokáží posoudit.

PŘÍLOHA P XII: OTÁZKA DOTAZNÍKU Č. 12*Graf 22 Přínosnost pobytu v denním stacionáři (vlastní zpracování)*

Z grafického znázornění (Graf 22) je zřejmé, že 69 respondentů vidí největší přínos pobytu v denním stacionáři v odborné péči zdravotnických a sociálních pracovníků. Padesát šest dotázaných se vyjádřilo, že je důležitá pozornost k potřebám nemocného a pro 54 respondentů je podstatné bezpečné prostředí. Přibližně stejný počet dotázaných respondentů zvolilo odpověď aktivního prožívání volného času (52) a kontaktu s vrstevníky (51). Pouze jeden respondent vybral jinou možnost.

PŘÍLOHA P XIII: OTÁZKA DOTAZNÍKU Č. 14

Graf 23 Nabídka činností denního stacionáře (vlastní zpracování)



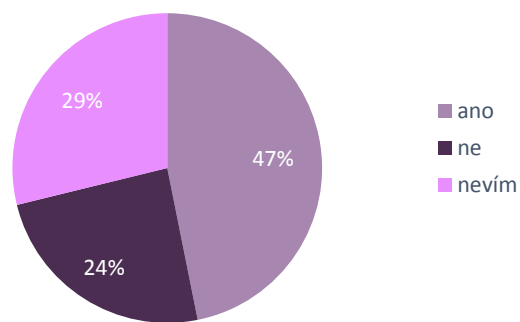
Z grafu (Graf 23) je patrné, že dle názoru 58 respondentů budou pro jeho blízkého nejvíce přínosné kognitivní rehabilitace. Dále 56 dotazovaných uvádí kontakt se společenským prostředím a laskavou péči personálu. Padesát pět respondentů se vyslovilo pro relaxační terapii a 33 pro ergoterapii. Dále 31 dotazovaných vyjádřilo svůj názor, že blízkému by se líbilo dobré jídlo. Fyzioterapii zvolilo 30 respondentů a reminiscenční terapii 28. Další z činností, které vidí respondent jako přínosné pro blízkého, jsou canisterapie, felinoterapie (21), muzikoterapie (20), společenské hry (19) a arteterapie (13). Dva respondenti uvedli, že nejméně přínosná by byla taneční terapie a dva zvolili možnost jiné.

PŘÍLOHA P XIV: OTÁZKA DOTAZNÍKU Č. 17

Tab. 43 Zájem o dopravu do a z denního stacionáře (vlastní zpracování)

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	52	47 %
Ne	27	24 %
Nevím	32	29 %

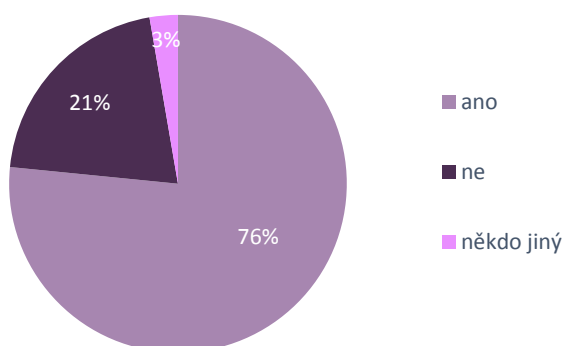
Graf 24 Zájem o dopravu do a z denního stacionáře (vlastní zpracování)



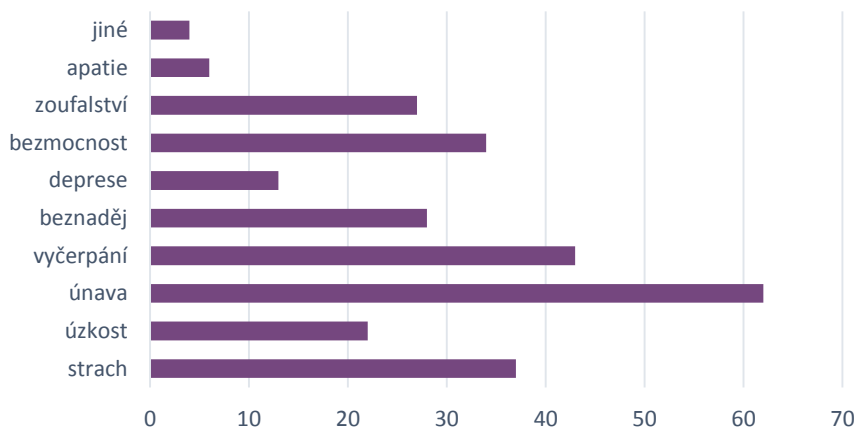
V tabulce (Tab. 43) a grafu (Graf 24) je uvedeno, že 52 (47 %) respondentů má zájem o zajištění dopravy do a z denního stacionáře. Třicet dva (29 %) dotazovaných se vyjádřilo, že neví, jestli by využilo této nabídky a 27 (24 %) odpovědělo, že zájem nemá.

PŘÍLOHA P XV: OTÁZKA DOTAZNÍKU Č. 18*Tab. 44 Výpomoc v péči o nemocného (vlastní zpracování)*

	Ano	Ne	Někdo jiný
Absolutní četnost	85	23	3
Relativní četnost (%)	76 %	21 %	3 %

Graf 25 Výpomoc v péči o nemocného (vlastní zpracování)

Z tabulky (Tab. 44) a grafu (Graf 25) jednoznačně vyplývá, že 85 (76 %) respondentům pomáhají v péči o nemocného s Alzheimerovou chorobou i ostatní členové rodiny. Dvacet tři (21 %) dotazovaných uvedlo, že s péčí o blízkého jim nikdo nepomáhá a tři (3 %) respondenti zvolili možnost někdo jiný.

PŘÍLOHA P XVI: OTÁZKA DOTAZNÍKU Č. 19*Graf 26 Pocity respondentů při každodenní péči o blízkého (vlastní zpracování)*

V grafu (Graf 26) je znázorněno, že 62 respondentů pociťuje únavu při každodenní péči o blízkého s Alzheimerovou chorobou a 43 vyčerpání. Dále 37 dotazovaných popsalo, že má strach a bezmocnost pociťuje 34 respondentů. Pocity beznaděje uvedlo 28, zoufalství 27 a úzkosti 22 dotazovaných respondentů. Deprese se projevují u 13 respondentů a apatii pociťuje šest. Dále čtyři dotazovaní uvedli, že při péči o blízkého prožívají hněv, soucit a obavy.

PŘÍLOHA P XVII: OTÁZKA DOTAZNÍKU Č. 20*Graf 27 Způsoby zvládnání negativních pocitů (vlastní zpracování)*

Z grafu (Graf 27) je patrné, že 83 respondentům nejvíce pomáhá odpočinek a relaxace. Možnost vystřídání se v péči s jiným členem rodiny zvolilo 54 dotazovaných a pro 31 je důležitá komunikace s blízkou osobou. Variantu komunikace s osobou se stejnými zkušenostmi vybralo 26 respondentů. Terapii u psychologa nebo psychiatra by využilo jen sedm dotazovaných respondentů. Šest dotazovaných respondentů se vyjádřilo, že způsob, jak zvládají negativní pocity, je např. výchova a výcvik psů, alkohol a tai-chi.

PŘÍLOHA P XVIII: MZDOVÉ NÁKLADY*Tab. 45 Mzdové náklady (vlastní zpracování)*

Funkce	Počet osob	Hrubý plat	Odvody ZP+SP	Celkem za měsíc
Sociální pracovník	1	21 600	7 344	28 944
Pracovník v sociálních službách	2	18 000	6 120	48 240
Celkem	3			77 184,00 Kč