

Projekt organizace sociální péče v Karvinské hornické nemocnici a.s.

Bc. Krucinová Barbora



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky
Ústav managementu a marketingu

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Barbora Krucinová**
Osobní číslo: **M18625**
Studijní program: **N6208 Ekonomika a management**
Studijní obor: **Management ve zdravotnictví**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Projekt organizace sociální péče v Karvinské hornické nemocnici, a. s.**

Zásady pro vypracování

Úvod

Definujte cíle práce a použité metody zpracování práce.

I. Teoretická část

- Definujte teoretické poznatky pro poskytování sociální péče ve zdravotnických zařízeních v souladu s platnou legislativou.
- Zpracujte východiska problematiky stárnutí populace.

II. Praktická část

- Analyzujte současnou úroveň poskytování sociální péči v dané nemocnici.
- Vytvořte projekt organizace sociální péče v daném zařízení.

Závěr

Seznam doporučené literatury:

GEHLERT, Sarah a Teri Arthur BROWNE. *Handbook of health social work*. Second edition. Hoboken: John Wiley & Sons, 2012, 702 s. ISBN 9780470643655

GOPEE, Neil a Jo GALLOWAY. *Leadership and management in healthcare*. 3rd edition. Los Angeles: SAGE, 2017, 297 s. ISBN 9781473965027.

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVORÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013, 191 s. ISBN 9788024741390

KUZŇÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011, 212 s. ISBN 9788024736761.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 9788024731483.

Vedoucí diplomové práce: **doc. Ing. Pavla Staňková, Ph.D.**
Ústav managementu a marketingu

Datum zadání diplomové práce: **6. ledna 2020**

Termín odevzdání diplomové práce: **21. dubna 2020**

L.S.

doc. Ing. David Tuček, Ph.D.
děkan

Ing. Jiří Bejtkovský, Ph.D.
ředitel ústavu

Ve Zlině dne 6. ledna 2020

**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 užít 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

Jméno a příjmení:

.....
podpis diplomanta

ABSTRAKT

Cílem této práce je vytvoření projektu organizace sociální péče v Karvinské hornické nemocnici, také pojednává o struktuře poskytování zdravotně sociální péče. Práce se zaměřuje na poskytování této péče ve zdravotnických a ostatních zařízeních, a to především v Moravskoslezském kraji. V rámci řešení byly použity analýzy zaměřující se na zjištění problematiky a současné situace tohoto tématu, jak v blízkém okolí nemocnice, tak v nemocnici samotné. Provedeným výzkumem bylo zjištěno, jaká je situace zajištění této péče v okolí nemocnice, a že rozšíření služeb Karvinské hornické nemocnice o oddělení se zdravotně sociální péčí bude pro tuto oblast přínosem. Na základě zjištěných skutečností byl vytvořen projekt nového oddělení v této nemocnici, kterým nemocnice rozšíří své služby pro komplexnější poskytování zdravotně-sociálních služeb.

Klíčová slova: sociální zdravotní péče, následná péče, zdravotnické zařízení, situační analýza

ABSTRACT

The aim of this work is to create a project for the organization of social care in the Karviná Hornická nemocnice, it also discusses the structure of health and social care provision. This thesis focuses on the provision of this care in medical and other facilities, especially in the Moravian-Silesian region. As part of the solution, analyzes were used to identify the issues and the current situation of this topic, in the vicinity of the hospital and in the hospital itself. The research revealed the situation of providing this care in the vicinity of the hospital, and that the expansion of the services of the Karviná Hornická nemocnice to include a department with health and social care will be beneficial for this area. Based on the findings, a project of a new department in this hospital was created, by which the hospital will expand its services for a more comprehensive provision of health and social services.

Keywords: social – health care, aftercare, health facility, situation analysis

Mé poděkování patří paní doc. Ing. Pavle Staňkové, Ph.D. za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování práce věnovala.

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
CÍLE A METODY ZPRACOVANÉ PRÁCE	12
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE.....	14
1.1 VÝVOJ SOCIÁLNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE.....	14
1.2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY VE ZDRAVOTNICTVÍ V ČESKÉ REPUBLICE.....	16
1.3 ZÁKLADNÍ POJMY V SOCIÁLNÍ PÉČI	17
1.4 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK.....	18
1.5 LEGISLATIVNÍ VÝCHODISKA SOCIÁLNÍ PÉČE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	19
1.6 FINANCOVÁNÍ SOCIÁLNĚ ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB	20
2 POSKYTOVATELÉ SOCIÁLNÍ SLUŽEB V ČESKÉ REPUBLICE.....	21
2.1 ČLENĚNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	21
2.1.1 Služby sociální poradenství	21
2.1.2 Služby sociální péče	22
2.1.2.1 Osobní asistence	22
2.1.2.2 Pečovatelská služba	22
2.1.2.3 Tísňová péče.....	23
2.1.2.4 Průvodcovské a předčitatelské služby	23
2.1.2.5 Denní a týdenní stacionáře.....	23
2.1.2.6 Domovy pro seniory či osoby se zdravotním postižením.....	23
2.1.2.7 Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních.....	23
2.1.3 Služby sociální prevence.....	24
2.1.3.1 Raná péče	24
2.1.3.2 Tlumočnické služby.....	24
2.1.3.3 Azylové domy	24
2.1.3.4 Krizová pomoc	25
2.1.3.5 Služby následné péče.....	25
2.1.3.6 Terapeutické komunity	25
2.2 FORMY POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ PÉČE.....	25
3 KVALITA SOCIÁLNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE	26
3.1.1 Kvalita sociálních služeb	26
3.1.2 Kvalita zdravotnických služeb	27
3.2 STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB VE ZDRAVOTNICTVÍ	27
3.3 STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍ SLUŽEB PRO SOCIÁLNÍ PRÁCI.....	28
4 SOCIÁLNÍ SLUŽBY VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH	31
4.1 ROZSAH POSKYTOVANÝCH SLUŽEB	31
4.2 CÍLOVÁ SKUPINA.....	32
5 PROBLEMATIKA STÁRNUTÍ POPULACE A CHRONICKY NEMOCNÝCH.....	33

5.1	SENIOR SE SNÍŽENOU SOBĚSTAČNOSTÍ.....	33
5.2	CHRONICKY NEMOCNÍ LIDÉ	35
6	METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE – SITUAČNÍ ANALÝZA	37
6.1	ANALÝZA MEZOPROSTŘEDÍ – SLEPT ANALÝZA	38
6.2	ANALÝZA MEZOPROSTŘEDÍ – PORTEROVA ANALÝZA	39
6.3	ANALÝZA MIKROPROSTŘEDÍ.....	40
6.4	SWOT ANALÝZA	41
6.5	FINANČNÍ ANALÝZA	41
6.6	ČASOVÝ ANALÝZA	41
7	ZHODNOCENÍ TEORETICKÉ ČÁSTI DIPLOMOVÉ PRÁCE	42
II	PRAKTICKÁ ČÁST	43
8	CHARAKTERISTIKA ORGANIZACE.....	44
9	ANALÝZA VNĚJŠÍHO PROSTŘEDÍ PRO POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ PÉČE V NEMOCNICH V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI.....	46
9.1	SLEPT ANALÝZA	46
9.1.1	Sociální faktory	46
9.1.2	Legislativní faktory.....	49
9.1.3	Ekonomické faktory	51
9.1.4	Politické faktory	53
9.1.5	Technologické faktory	54
10	PORTEROVA ANALÝZA KONKURENČNÍHO PROSTŘEDÍ PRO POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ PÉČE.....	56
10.1	VSTUP POTENCIONÁLNÍCH NOVÝCH KONKURENTŮ	56
10.2	STÁVAJÍCÍ KONKURENTI	57
10.3	ZÁKAZNÍCI A ODBĚRATELÉ	61
10.4	VYJEDNÁVACÍ SÍLY DODAVATELŮ	65
10.5	SUBSTITUČNÍ VÝROBKY.....	67
11	ANALÝZA SOUČASNÉ ÚROVNĚ POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ PÉČE V KARVINSKÉ HORNICKÉ NEMOCNICI A.S.	74
11.1	ORGANIZACE A ŘÍZENÍ KARVINSKÉ HORNICKÉ NEMOCNICE A.S.....	75
11.1.1	Organizace a řízení sociální péče v Karvinské hornické nemocnici a.s.	75
11.2	HMOTNÉ ZDROJE	77
11.3	NEHMOTNÉ ZDROJE.....	78
11.4	LIDSKÉ ZDROJE	79
11.5	FINANČNÍ ZDROJE.....	80
12	FINANČNÍ ANALÝZA	82

12.1	HORIZONTÁLNÍ ANALÝZA	82
12.2	VERTIKÁLNÍ ANALÝZA	82
12.3	VÝKAZ ZISKU A ZTRÁT – HORIZONTÁLNÍ.....	83
12.4	VÝKAZ ZISKU A ZTRÁT – VERTIKÁLNÍ	83
12.5	POMĚROVÉ UKAZATELE.....	83
12.5.1	Ukazatel zadluženosti	83
12.5.2	Ukazatel likvidity	84
12.5.3	Rentabilita tržeb	84
13	SWOT ANALÝZA	85
13.1	SILNÁ STRÁNKA	86
13.2	SLABÁ STRÁNKA	87
13.3	PŘÍLEŽITOSTI	88
13.4	HROZBY.....	89
14	PROJEKT ORGANIZACE SOCIÁLNÍ PÉČE V KARVINSKÉ HORNICKÉ NEMOCNICI A.S.	90
14.1	CÍL PROJEKTU	90
14.2	CÍLOVÁ SKUPINA.....	91
14.3	ORGANIZAČNÍ PLÁN	91
14.3.1	Organizační schéma oddělení.....	92
14.3.2	Kroky k otevření oddělení.....	93
14.3.3	Přijetí na oddělení následné péče	94
14.3.4	Základní činnosti	95
14.3.5	Maximální úhrada za den.....	97
14.4	PERSONÁLNÍ ZABEZPEČENÍ.....	97
15	FINANČNÍ PROJEKT NOVÉHO ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE.....	100
15.1	ČASOVÁ ANALÝZA	104
15.1.1	Definování a návaznost jednotlivých činností	104
15.1.2	Odhadovaná doba činností	105
16	RIZIKOVÁ ANALÝZA.....	108
16.1	RIZIKOVÁ ANALÝZA PRO KARVINSKOU HORNICKOU NEMOCNICI A.S.	108
	ZÁVĚR	113
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	115
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	121
	SEZNAM OBRÁZKŮ	122
	SEZNAM TABULEK	123
	SEZNAM GRAFŮ.....	125
	SEZNAM PŘÍLOH	126

ÚVOD

Služby sociálních zařízení a sociálně zdravotních služeb, jsou čím dál tím více zmiňovaným tématem ve společnosti. Důvodem je zvýšený věk dožití lidí. Společnost stárne a díky kvalitní zdravotnické péči se dožíváme čím dál tím vyššího věku, a to velmi výrazně. S tím souvisí, že tito lidé již nejsou schopni se o sebe sama postarat, ať už v důsledku vysokého věku, či jiných zdravotních problémů. V současné době se posunují i hranice kdy člověk odchází do důchodu a mnohokrát se stane, že o lidi, kteří potřebují pomoc se nemá kdo postarat. Zde přichází na řadu řada specializovaných zařízení a sociálních služeb, které se snaží pomoci těmto lidem.

Zdravotnická zařízení obvykle disponují akutními lůžkovými odděleními. Lidé staršího věku, po operacích, či jiných problémech se často po pominutí důvodu k akutní hospitalizaci, potýkají s problémem, co dělat, když ještě nejsou schopni se o sebe po propuštění postarat. Pomoc těmto lidem se většinou dostane od rodiny, ale pokud jim ji nemůže poskytnout přichází na řadu zdravotně sociální pracovníci a zařízení poskytující pomoc v těchto situacích.

Tato práce se zaměřuje na zařízení poskytující zdravotně sociální služby a na vytvoření projektu organizace sociální péče v Karvinské hornické nemocnici, kde se v současné době nenachází lůžkové oddělení poskytující tyto služby. Problematika stárnutí populace je v posledních letech velmi aktuálním tématem, jelikož díky lepšímu poskytování zdravotních služeb se lidé dožívají čím dál vyššího věku, s tím je ovšem spojená starost, jak se o tyto lidi postarat a poskytnout jim odpovídající zázemí. V analytické části je hodnocena současná situace poskytování těchto služeb v České republice a v blízkém okolí nemocnice, která se nachází v Moravskoslezském kraji, a to přesněji na území Karvinska.

V Karvinské hornické nemocnici se v současné době poskytování pomoci v sociálně-zdravotnické oblasti dostává pouze formou poradenství. Součástí nemocnice je sociálně zdravotní pracovník, který dochází za klienty této nemocnice po vyžádání si jeho služeb či po žádosti plynoucí z oddělení nemocnice. Pomáhá klientům s přesunem do jiných zařízení a veškerými záležitostmi týkajícími se této situace. Nemocnice nemá lůžkové oddělení určeno pro klienty, kteří potřebují služby zdravotně-sociálního oddělení. Mnoho klientů, kteří jsou se službami nemocnice spokojeni, musí tuto nemocnici opustit, aby mohli dokončit svoji léčbu v jiných zařízeních s potřebným zázemím a službami.

Cílem této práce je vytvoření projektu oddělení v Karvinské hornické nemocnici určené právě pro tyto klienty, aby mohli dokončit svou léčbu v prostředí, pro které se sami prvně

rozhodli a nemuselo tak docházet ke složitým přesunům do okolních zařízení, kde se často-krát i delší dobu čeká na uvolnění potřebného místa.

Teoretická část práce obsahuje seznámení se s danou problematikou v České republice, jejím vývojem v čase, současnými legislativními podmínkami a možnostech financování sociální služeb. Seznamuje s úlohou a rolí sociálně zdravotního pracovníka a možnostmi, jak jsou sociální služby v České republice poskytovány. V teoretické části jsou dále zmíněny standardy kvality poskytování sociální péče v České republice jak v sociální, tak zdravotnické oblasti. Důležitou součástí práce je i seznámení se se skupinou lidí, kteří především služby sociální péče potřebují a pro které jsou tyto služby primárně určeny.

V analytické části dochází především ke zmapování situace kolem poskytování sociální péče ve zdravotnických zařízeních pomocí situační analýzy. Situační analýza pomáhá zařízením se správným zhodnocením podmínek, které můžou mít na budoucí projekt vliv. Dochází zde ke zhodnocení mezoprostředí pomocí SLEPT analýzy, která se zabývá zkoumáním širšího okolí nemocnice a která ve velké míře ovlivňuje možný vznik lůžkového oddělení sociálně-zdravotnického zaměření v Karvinské hornické nemocnici. Zhodnocuje se zde politická, ekonomická a právní situace, veškeré požadavky a možné komplikace vzniku tohoto oddělení v České republice a Moravskoslezském kraji, sociální faktory, které ukazují na zvýšené stárnutí obyvatel, dále kvalitu a míru technického vybavení nemocnic. Další použitá analýza byla Porterova analýza blízkého okolí nemocnice, kde se zhodnocuje situace ohledně vstupu nových konkurentů a možné problémy které vstup nových konkurentů provádí, je zde zhodnocena situace nejbližších konkurentů a substitutů pro Karvinskou hornickou nemocnici, kteří poskytováním svých služeb můžou ovlivnit chod nového oddělení v nemocnici. Důležitým bodem pro chod nemocnice je i analýza zákazníků, kteří můžou služby využívat a dodavatelů, jelikož nemocnice je na těchto skupinách závislá. V neposlední řadě v této analytické kapitole došlo ke zhodnocení současného stavu nemocnice a poskytování sociálních služeb, ze které vyplývá, zdali má nemocnice dostatečné zázemí pro rozšíření svých služeb.

V projektové části dochází k vytvoření teoretické představy nového oddělení pro poskytování sociálně-zdravotní péče na lůžkovém oddělení. Hlavní význam tohoto projektu je vytvoření potřebných lůžkových kapacit pro klienty vyžadující pomoc, ať již kvůli vysokému věku, či po operacích, které jim hned neumožňují návrat k normálnímu životu.

CÍLE A METODY ZPRACOVANÉ PRÁCE

Cílem této práce je analýza poskytování sociální péče, a především vytvoření možného projektu organizace sociální péče v určeném zdravotnickém zařízení. Toto téma poslední dobou nabývá na své důležitosti, jelikož společnost stárne a díky kvalitní zdravotnické péči se dožívá čím dál tím vyššího věku. S tím souvisí i to, že tito lidé již nejsou schopni se o sebe sami postarat, ať už v důsledku vysokého věku, či různých zdravotních problémů. V současné době se posunují hranice, kdy člověk odchází do důchodu a mnohokrát se stane, že o lidi potřebující pomoc se nemá kdo postarat. Zde přichází na řadu řada specializovaných zařízení a sociálních služeb, které se snaží pomoci těmto lidem.

Práce se zabývá současnou situací poskytování sociální a zvláště sociálně-zdravotní péče v České republice. Práce se zaměřuje na veškeré důležité body pro poskytování sociální péče v nemocnicích, veškerých aspektech a problémech, které je můžou provázet. Důležité pro vytvoření této práce je nastudování a zjištění veškerých potřebných informací a dat, které mohou mít vliv na vytvoření projektu. Především se jedná o SLEPT analýzu současného stavu týkajícího se sociální péče v sociálním, politickém, legislativním, finančním a technologickém aspektu. Dále o Porterovu analýzu blízkého okolí nemocnice, které se opírá o zjištění možných konkurentů, a to jak nových, tak stávajících, substitutů, zákazníků a dodavatelů kteří také mohou ovlivnit projekt sociální péče v nemocnici.

Tato práce a vypracování projektu na lůžkové sociálně-zdravotní oddělení se provádí v Moravskoslezském kraji, a to přesněji na Karvinsku, kde se Karvinská hornická nemocnice nachází a ve které se tento projekt má uskutečnit. Nemocnice se bude chtít zaměřit spíše na klienty staršího věku, kteří například po operacích, či hospitalizaci především v této nemocnici se nebudou schopni o sebe sami postarat.

Jelikož je otázka sociální péče velmi aktuálním tématem, budou veškeré analýzy probíhat podle co možná nejaktuálnějších dat pro získání objektivní představy o současné situaci poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních a situace přímo v Karvinské hornické nemocnici.

Pro získání potřebných informací k analýze a k vypracování projektu, je důležité nastudování dané problematiky, legislativních požadavků a také sběr informací nutných k vypracování analýz k objektivnímu posouzení situace. Informace o okolí nemocnice jsou čerpány z dostupných zdrojů a zákonů, pro zjištění aktuální situace v nemocnici byly využity interní zdroje nemocnice.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE

Sociální péče je podle Arnoldové (2015, s. 66) velmi velké a obsáhlé téma, které pramení ze společenské solidarity. Spočívá především v pomoci ostatním v nouzi a spojení sociální péče má stejný význam jako sociální pomoc. Sociální péče je součástí sociální politiky státu a bývá definována podle Arnoldové (2015, s. 66) jako *„úsilí o uspokojování uznávaných sociálních potřeb dávkami a službami sociální péče na základě kodifikace všeobecných sociálně politických opatření“*

Důležitou roli zde hraje stát, který formuluje a vytváří sociální politiku (Arnoldová, 2015, s. 66). Dle Kuzníkové a kol. (2011, s. 13) stát vytváří formální organizace sociální péče díky právním předpisům a jako jediný může rozhodovat o změnách v sociální politice.

Česká republika jako stát zajišťuje pomoc všem občanům, kterým jejich životní potřeby nejsou zabezpečeny, nemají dostatečné příjmy z práce, popřípadě z dávek důchodového nebo nemocenského zabezpečení. Dále je dle Knotové (2014, s. 76) pomoc poskytována všem, kteří díky svému zdravotnímu stavu, postižení nebo věku nemohou překonat obtížné životní situace či sami se o sebe postarat v běžném životě.

Sociální péče v České republice se lidem dostává jak ve formě poradenské či výchovné, tak v terapeutické či zdravotní. Jak říká Arnoldová (2015, s. 67), tento obor spolupracuje s řadou dalších oborů nejen ve zdravotnictví, je to multidisciplinární obor. Poskytuje především odbornou pomoc pro adaptaci na prostředí a také prevenci.

1.1 Vývoj sociální péče v České republice

Sociální péče v České republice má již dlouholetou tradici. Podle autorky Kuzníkové a kol. (2011, s. 159) a Arnoldové (2015, s. 66, s. 14) počátky poskytování sociální péče a služeb se nejdříve projevovají především díky charitativním organizacím. První základní motiv pro poskytování pomoci pravděpodobně vyplynul z církve, jelikož církve požadovala obecné dobro a sociální spravedlnost (lásku k bližnímu). Právě tento princip byl základem pro vznik myšlenky a podnětu pro pomáhání a k péči o lidi nemocné, staré, chudé a pro lidi bez domova. Již tyto organizace poskytovaly široké spektrum pomoci včetně té sociální.

Mezi první takové organizace se v první řadě počítala rodina. Rodina byla stěžejní institucí pro řešení sociálních problémů a po ní nastupovala komunita ve které člověk žil, a to skoro až do nástupu průmyslové revoluce. Rodina má svou stěžejní roli v poskytování pomoci stále

velmi důležitou a patří k tomu nejdůležitějšímu, je to základní kámen pro pomoc svému bližnímu. V současnosti je tento systém nazýván jako systém sociální opory. V tomto systému se především dává důraz na širší význam sociálního prostředí nemocného. Vzájemné působení vztahů v rodině, opora blízkých, známé prostředí a atmosféra domova má velký vliv na celkový zdravotní stav člověka v nouzi. Rodina a blízcí lidé zlepšují kvalitu života lépe než cizí prostředí nemocničního zařízení. Důležité ovšem je vždy volit podle individuální potřeby nemocného.

Začátkem 19. století byl velký rozvoj, a to jak v ekonomickém, politickém a sociálním hledisku a roli rodin začínají přebírat vznikající formální organizace, které se zaměřují na sociální péči a odehrávají se zde činnosti jako výchova, vzdělávání a léčení (Arnoldová, 2015, s. 15, Kuzníková a kol., 2011, s. 13). Tyto organizace jsou v průběhu modernizace celospolečenské prostředky, které se snaží řešit sociální problémy, péči o zdraví lidí a celkové blaho všech lidí. Tyto instituce se prvotně snažily uplatňovat tzv. segregaci problému a uzavřít ho do samostatného světa s cílem vrátit následně vyléčeného člověka zpět do společnosti. Vždy se předpokládalo, že každý se může změnit svůj život a vrátit se zpět do komunity.

Podle autorů Arnoldové (2015, s. 17) a Kuzníkové a kol. (2011, s. 158) se tyto především dobrovolné organizace postupně vyvíjely do etablovaných vědních disciplín s etickým kodexem a zázemím. K tomuto rozvoji došlo ve 20. století a tyto organizace se začaly ve velkém opírat o státní správu, především z finančního hlediska a organizačního propojení. K lepšímu uvědomění těchto potřeb došlo v období během první světové války, jelikož narostly potřeby sociální práce kvůli tomu, co válka způsobila. Především v letech 1917-1918 byl sociální obor zaměřen na vychovávání sociálních pracovníků pro psychiatrii, kvůli velkému nárůstu válečných neuróz. Začal se zde také objevovat demokratický vztah mezi pracovníkem a klientem. V České republice měl nezastupitelnou roli Československý červený kříž, jelikož poskytoval pomoc všem po celé zemi bez rozdílu. V roce 1918 právě tyto pracovníci ve zdravotnických službách jako první zformovali profesní organizaci sociální péče u nás. Vznikla první sociální škola práce, a to Vyšší škola sociální práce v Praze. Byla zrušena v roce 1935 a na místo ní vznikla Masarykova státní škola zdravotní a sociální péče. Jedním z oborů na této škole byl obor pro především zdravotní sociální pracovnice, které pomáhaly lékařům v oboru sociální lékařství.

Další vývoj s odehrává po roce 1968, kdy začala sílit kritika komunistického režimu, jelikož během režimu bylo pozastavena veškerá sociální péče, protože panovalo dogma neexistence sociálních problémů. Během tzv. Pražského jara došlo k uvolnění a uznání faktu, že i v tomto

režimu existují sociální problémy, což vedlo k vytvoření nového vnímání sociální politiky. Byl znovu obnoven úřad Ministerstva práce a sociálních věcí a na základě informací a zkušeností ze západoevropských zemí vzniká nová koncepce sociální práce s rodinou a dětmi, starými a zdravotně postiženými lidmi či lidmi bez přístřeší. Podle autorek Arnoldové (2015, s. 17) a Knotové (2010, s. 76) došlo k rozvoji jak, v oblasti školství, zdravotnictví, tak i v ústavech sociální péče. Po roce 1968 byla poskytována většina služeb v ústavních zařízeních, které byly řízeny centrálně a projevovala se snaha o větší propojení sociální a zdravotnické sféry. (Kuzníková a kol., 2011, s. 158)

Jak uvádí ve svých knihách vícero autorů, Arnoldová (2015, s. 19), Kuzníková a kol. (2011, s. 158), a Knotová (2014, s. 76), v roce 1993 u nás profesionalizaci oboru velmi podpořil vznik minimálních standardů vzdělávání v sociální práci. Tyto standardy jsou v dalších letech průběžně aktualizovány. V těchto standardech jsou stanoveny požadavky na vzdělání sociálních pracovníků a jsou základním kamenem české Asociace vzdělavatelů v sociální práci, jejímž cílem je definovat kvalitu vzdělávání u pomaturitních forem studijních oborů.

1.2 Sociální služby ve zdravotnictví v České republice

Sociální péče a veškerá sociální práce, která je v České republice poskytována ve zdravotnických zařízeních, je součástí velmi obsáhlého tématu sociálních služeb u nás. Hlavní roli, a to v jaké formě budou poskytovány služby v jednotlivých zdravotnických zařízeních, mají vždy samotné nemocnice a jejich koncepce sociální politiky. V porovnání s dalšími odvětvími není tato sociální péče ve zdravotnictví příliš specializována ani vymezena.

V České republice podle Knotové (2014, s. 75), a Matouška (2008, s. 44, 45) je sociální a zdravotní péče poměrně dobře nastavena a zabezpečena pro všechny kdo tyto služby potřebují a nabízí velmi široké spektrum možností a využití. Jednotlivé složky zdravotnictví utváří propojený systém a funkční model sociální, zdravotní, rehabilitační a edukačně aktivizační péče. Systém sociální péče mohou využít všichni občané s jakýmkoliv zdravotním postižením či ohledem na věk. Sociální služby ve zdravotnických organizacích mají svá specifika a následná pomoc se vždy odvíjí individuálně podle cílové skupiny nebo podle jednotlivých problémů a potíží jednotlivých lidí.

Sociální služby poskytované v nemocnicích mají svá specifika zejména kvůli prostředí, kde se pomoci dostává. I přes profesionální a zdravotní pomoc jsou lidé „odříznuti“ od okolního

světa a svého domácího prostředí. Smyslem sociální práce ve zdravotnictví je pomoci pacientovi, jeho rodině a komunitě zmírnit nebo odstranit negativní důsledky nemoci, pomoci znovu se moci začlenit do normálního života po nemoci či pomoc k lepší adaptaci a překonání počátečních úskalí. Dle těchto autorů, Arnoldová (2015, s. 22), Kuzníková a kol. (2011, s. 22), a Matoušek (2008, s. 14), pomáhají nalézt i motivaci k léčbě a lepší spolupráci. Veškerá práce v sociální službě má vést k vytvoření kvalitního života.

1.3 Základní pojmy v sociální péči

V odborné literatuře můžeme najít různé důležité základní pojmy týkající se této otázky. Podle těchto autorů, Veteška (2016, s. 29), Knotová (2014, s.76, s. 77), MPSV, 2019 a, a Kuzníková a kol. (2011, s. 70), jsou důležité základní pojmy v otázce sociální péče tyto:

Sociální služby – podle jednotlivých autorů se jedná o veřejné služby, které jsou poskytovány všem bez rozdílu a všem, kteří se nacházejí v obtížné životní situaci. Jsou poskytovány v zájmu veřejnosti a jsou financovány z veřejných rozpočtů. Sociální služby jsou poskytovány za účelem zlepšení životní situace a stavu člověka a jsou poskytovány lidem znevýhodněným.

Sociální péče (pomoc) – je úsilí státu a jednotlivých organizací o řešení životních situací, které lidé nejsou schopni vyřešit svépomocí.

Sociální pracovník – je osoba poskytující pomoc v sociální službě.

Nepříznivá sociální situace (událost) – je to stav v průběhu života člověka, kdy dochází ke ztrátě soběstačnosti z důvodu věku, nemoci, postižení, krizové životní události. Dále může nastat z důvodu špatných životních návyků, sociálně znevýhodněného prostředí či po propuštění z vězení.

Sociální klient (pacient) – je člověk, který buď sám vyhledá pomoc sociálních služeb či mu jsou poskytnuty v rámci hospitalizace ve zdravotnickém zařízení.

Zdravotní postižení – je zdravotní stav člověka, který vznikl náhle nebo může trvat již od narození. Může to být jak tělesné, mentální, duševní nebo kombinované postižení. Dopady tohoto postižení způsobují, že člověk není schopen se o sebe postarat sám a potřebuje pomoc a je tudíž závislý na pomoci ostatních.

Nepříznivý zdravotní stav – dlouhodobý – jako dlouhodobý problém se bere problém trvající déle než jeden kalendářní rok, kdy v tomto období člověk není schopen se o sebe postarat sám a být soběstačný.

Hmotná nouze – je stav, kdy člověk a jeho příjmy nebo dávky jsou nedostačující pro normální život.

Sociální začleňování – je to proces o který se snaží sociální pracovníci a cílem je začlenit klienta zpět do normálního života.

Sociální vyloučení – je to stav ke kterému může dojít při nepříznivých sociálních situacích. Dojde k vyčlenění jedince z normálního a běžného života a postižený se sám bez pomoci nedokáže začlenit zpět.

Přírozené (normální, běžné) sociální prostředí – je normální prostředí pro klienta (rodina, komunita, jeho práce). Místa, kde se normálně nachází, vzdělává či provozuje běžné aktivity.

1.4 Sociální pracovník

V české legislativě je zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a zákonem č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotních povoláních upraveno personální zajištění v sociální práci (Česko, 2019 a, b). Je zde definováno, kdo je zdravotnický pracovník a jaké má kompetence. Sociální pracovník je pracovník, který vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální pomoc a poradenství, (Knotová, 2014, s. 82, Kuzníková a kol, 2011, s. 27, s. 30), pomáhá řešit sociálně právní problémy a poskytuje poradenství v této oblasti. Může poskytovat a provádět odborné činnosti v zařízeních poskytujících sociální služby, pomáhá s nápravou, začleňováním, prevencí a návratem do normálního života. Sociální pracovníci, podle Kutnohorské et al. (2011, s.72, s. 74), mohou a do jejich kompetence spadá například schopnost provádět sociální šetření u pacientů (kompetence sociálně anamnestická a diagnostická), schopnost provádět sociální prevenci (kompetence výchovná), schopnost práce s dokumentací, schopnost navrhovat nové standardy a postupy, schopnost sebereflexe, schopnost správně komunikovat s pacienty a adekvátně reagovat a předávat informace. (Gehler, 2012, ch. 2)

Člověk, který chce vykonávat toto povolání, musí podle Knotové (2014, s. 82, s. 83) a Kuzníkové a kol. (2011, s. 27, s. 28, s. 30) být způsobilý k právním úkonům, bezúhonný, zdravotně způsobilý a odborně vzdělaný. V současné době se tento obor studuje jak na vysokých

školách, tak i na vyšších odborných školách se sociálním zaměřením. Mohou být absolvovány i akreditované kurzy a programy s rozsahem minimálně 200 hodin a pětiletá praxe v oboru.

V tomto oboru, jak již bylo řečeno, může pracovat nejen sociální pracovník, ale také pracovník v sociální službě nebo pedagogičtí a zdravotničtí pracovníci.

1.5 Legislativní východiska sociální péče ve zdravotnictví

Sociální služby jsou definovány podle zákona §52 č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a ve zněních pozdějších předpisů (Česko, 2019 a). Poskytovatelé, kteří poskytují pomoc osobám závislých na pomoci jiné osoby, jsou povinni být zapsáni do registru poskytovatelů sociálních služeb. Zdravotnická zařízení, která tyto služby poskytují, jsou zapsána v neveřejné části tohoto registru (Veteška, 2016, s. 29). Na zdravotnická zařízení se vztahují jen některé z povinností poskytovatelů sociálních služeb. Zdravotnická zařízení jsou povinna dodržet podmínky stanovené v §88 písmeno b), c), h) a i) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. (Česko, 2019 a)

Dle Vetešky (2016, s. 29) mají povinnost informovat zájemce o všech povinnostech, které pro něj vyplývají za využití těchto služeb zařízení, dále je musí informovat o způsobu poskytování sociálních služeb a o úhradách za služby. Další povinností je utvářet při poskytování těchto služeb takové podmínky, které umožní osobám naplňovat jejich lidská a občanská práva. Dále také dodržovat standardy kvality sociálních služeb a standardy svého zařízení. Při poskytování těchto služeb musí být uzavřena smlouva o poskytnutí sociálních služeb. (Česko, 2019 a, MPSV, 2019 a)

Vzhledem k tomu, že služby poskytující sociální péči jsou velmi široké a vztahují se na velmi širokou klientelu s různými problémy, je zde i mnoho legislativních pramenů o které se může zdravotnictví opírat. Každé zdravotnické zařízení se navíc opírá o své vlastní standardy, svá vlastní vnitřní nařízení a etiku práce. Podle Vetešky (2016, s. 29), MZCR, 2019 a, Kuzníková a kol. (2011, s. 53) tyto normy platí pro všechny zaměstnance daného zařízení.

Normy z oblasti zdravotnictví jsou například (Kuzníková, 2011 s. 53–54, Malíková, 2011, s. 41):

- Zákon č. 20/1966 Sb. o péči a zdraví lidu
- Listina základních práv a svobod
- Zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví a o změně některých zákonů

- Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotnickém pojištění
- Zákon č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů

Normy z oblasti sociálních služeb například jsou:

- Zákon č. 108/2006 sb. o sociální službách
- Zákon č. 117/1995 Sb. o státní sociální podpoře
- Zákon č. 111/2006 Sb. o pomoci v hmotné nouzi
- Zákon č.110/2006 Sb. o životním a existenčním minimu

1.6 Financování sociálně zdravotnických služeb

Financování sociálních služeb se v České republice objevuje v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách. Jako finanční zdroje v sociálních službách lidé nejvíce využívají své vlastní finanční zdroje (příjmy, úspory, dávky), dále příspěvky zřizovatelů sociálních služeb nebo dotace z veřejných rozpočtů. Častokrát si lidé sociální péči ve zdravotnických zařízeních musí hradit sami, ale zdravotní péče poskytnutá ve zdravotnických zařízeních je hrazena z veřejného zdravotnictví.

Důležitým finančním zdrojem a pomoci se stal příspěvek na péči, který je přiznán osobě, o kterou má být pečováno (Veteška, 2016, s. 29). Rozsah finanční pomoci a její přidělení závisí na posouzení závislosti na péči. Rozlišujeme čtyři základní stupně závislosti. Tyto stupně se odlišují podle schopností a počtu úkonů, které není schopen klient sám vykonat. Je zde nutné sociální šetření a vyšetření zdravotního stavu. (Česko, 2019 a)

2 POSKYTOVATELÉ SOCIÁLNÍ SLUŽEB V ČESKÉ REPUBLICE

V České republice může být poskytovatelem sociálních služeb jak právnická, tak fyzická osoba, která má oprávnění k výkonu této činnosti podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách (Česko, 2019 a). Sociální služby poskytují obce a kraje, které dbají na vytvoření vhodných podmínek pro sociální služby. Dále neziskové organizace a fyzické osoby a v neposlední řadě poskytovatelem sociální péče v České republice je i samo Ministerstvo práce a sociálních věcí, které v současné době zřizuje pět specializovaných ústavů. Také dle následujících autorů, Knotová (2010, s. 78), Veteška (2016, s. 28), MSPV, 2019 a, oficiálními poskytovateli sociální péče nejsou rodinní příslušníci či asistenti sociální péče, kteří pečují o své blízké. Také jako poskytovatel nemůže být brán subjekt, který není registrován podle zákona.

2.1 Členění sociálních služeb

Sociální služby můžeme podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách rozdělit do tří základních kategorií služeb. (Česko, 2019 a)

2.1.1 Služby sociální poradenství

Dle Malíkové (2011, s. 44) je sociální poradenství základ sociální péče, kterou by mělo poskytovat každé zařízení a poskytovatel sociálních služeb. Neměl by se brát ani ohled na to, kdo žádá o radu či odborné poradenství. Do této kategorie může spadat například pomoc při domácím násilí, cizincům, seniorům či osobám se zdravotním postižením.

Poradenství je poskytováno všem osobám v nepříznivé životní situaci a informace, které mohou v těchto poradenských centrech dostat, jim pomohou k řešení jejich situace. Tato služba je součástí všech sociálních služeb a zařízení. Podle Vetešky (2016, s. 30) a Knotové (2014, s.78) jsou součástí sociálního poradenství občanské poradny, manželské či rodinné poradny, práce se sociálně nepřizpůsobitelnými osobami, poradny pro oběti trestných činů, domácího násilí či poradny pro osoby se zdravotním postižením nebo seniory. Poradny mohou i zprostředkovávat kontakt s ostatními v rámci terapeutických skupin. Služby poradenství by měly být poskytovány bezplatně. (Česko, 2019 a)

2.1.2 Služby sociální péče

Podle Vetešky (2016, s. 30) a Knotové (2010, s. 78) je tato kategorie převážně zaměřena na pomoc lidem a snahu zajistit jim fyzickou a psychickou soběstačnost. Klientovi se zde dostane pomoci při zvládnání úkonů péče o vlastní osobu a pomoci v podpoře soběstačnosti. Tyto služby se dělí podle návaznosti na konkrétní náplň poskytovaných služeb. K zajištění těchto služeb, (Hrozenská, 2013, s. 60, s. 61, Malíková, 2011, s. 45), je možné využívat příspěvky na péči. Do této kategorie patří například: osobní asistent, pečovatelská služba, centra denních služeb, denní stacionáře, domovy pro sestry nebo chráněné bydlení.

2.1.2.1 Osobní asistence

Tato služba je poskytována v ambulantní formě, poskytuje se v přirozeném prostředí pro osobu, která pomoc vyhledala. Poskytuje se především osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž současný stav vyžaduje základní pomoc jiné osoby. Většinou se tato pomoc odehrává v dohodnutém rozsahu a čase (Hrozenská, 2013, s. 63, Veteška, 2016, s. 33). Obsahuje pomoc se základními věcmi, zvládnáním základních a běžných úkonů v domácnosti a péče o svou osobu (osobní hygiena), nebo o pomoci se zprostředkováváním kontaktu se společností. Tato je služba je hrazená. (MPSV, 2019 a)

2.1.2.2 Pečovatelská služba

Pečovatelská služba se může vyskytovat ve dvou formách, a to jak ve formě ambulantní, tak ve formě terénní (Veteška, 2016, s. 34). Především je poskytována osobám se sníženou soběstačností způsobenou například zdravotním postižením, stářím, chronickým onemocněním a rodinám s dětmi. Pečovatelská služba je poskytována většinou ve vymezeném čase, a to jak v domácnosti klienta, tak i v zařízeních sociálních služeb. Pomáhá se zde při základních úkonech péče o vlastní osobu (osobní hygiena, strava), tak i zajištění možností poskytnutí podmínek pro hygienu, obstarání jídlo nebo chod domácnosti. Tato služba je poskytována za úhradu, výjimkou jsou zde rodiny, kterým se narodilo najednou více dětí (tři a více dětí), dále účastníci odboje a pozůstalým po účastnících odboje starším 70 let (manžel/manželka).

2.1.2.3 Tísňová péče

Patří do kategorie terénních forem, je poskytována buď po telefonu nebo elektronickou komunikací. Je určena osobám, které jsou vystaveny stálému riziku ohrožení života, nebo těm u kterých došlo náhlému zhoršení zdravotního stavu. (Česko, 2019 a, MPSV, 2019 a)

2.1.2.4 Průvodcovské a předčitatelské služby

Dle autora Čevely a kol. (2012, s. 157, s. 208) jsou součástí ambulantních nebo terénních forem poskytování sociálních služeb. Poskytují se osobám se sníženou schopností orientace nebo komunikace, způsobenou například věkem nebo zdravotním stavem a také cizincům. Tato služba je poskytována za úhradu.

2.1.2.5 Denní a týdenní stacionáře

Stacionáře, (Čevela a kol., 2012, s. 157, s. 208), patří do ambulantní a pobytové formy sociální péče. Je určena pro osoby se sníženou soběstačností (věk, chronické onemocnění, postižení) a jejichž stav vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Základem je opět pomoc při zvládání základních běžných činností jako je hygiena, jídlo, výchovné nebo vzdělávací aktivity a zprostředkovávání kontaktu s okolím. Poskytuje sociálně terapeutickou činnost a pomoc při uplatňování práv a zájmů. Navíc týdenní stacionář poskytuje možnost ubytování a stravy, pomoc se zajištěním vlastního ubytování. Služby jsou poskytovány za úhradu. (Česko, 2019 a, MPSV, 2019 a)

2.1.2.6 Domovy pro seniory či osoby se zdravotním postižením

Jak uvádí tyto autoři Veteška (2016, s. 32), Čevela a kol. (2012, s. 158), domovy pro seniory, jsou poskytovány v pobytové formě sociální péče. Jsou určeny především pro osoby se sníženou soběstačností jednak kvůli zdravotnímu postižení (domovy pro osoby se zdravotním postižením), tak z důvodu věku (domov pro seniory). V obou případech je nutná pravidelná a dlouhodobá pomoc jiné osoby. Pomáhají se zvládáním všech základních činností a služeb. Služby jsou hrazeny.

2.1.2.7 Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních

Autoři Veteška (2016, s. 33) a Čevela a kol. (2012, s. 158) uvádějí, že se zde poskytují pobytové sociální služby, a to především pro osoby, které již nepotřebují ústavní zdravotní

pěči, ale jejich zdravotní stav jim nedovoluje obejít se bez pomoci jiné osoby, a tudíž nemohou být propuštěny ze zdravotnického zařízení do doby, než jim bude zajištěna pomoc osobou blízkou nebo jinou formou sociální pomoci (fyzická osoba, ambulantní nebo pobytová služba). Poskytují pomoc se všemi základními činnostmi a poradenstvím.

2.1.3 Služby sociální prevence

Služby sociální prevence dle Knotové (2014, s. 79) a Ministerstva práce a sociálních věcí a Malíkové (2011, s. 45–46), se zabývají situacemi, které mohou vést k vyloučení ze společnosti a normálního života klienta. Většinou tato situace není způsobena neschopností o sebe sama pečovat například z důvodu věku nebo zdravotního stavu, ale z důsledku oblasti sociálně negativních jevů, což jsou například kriminalita, bezdomovectví nebo krize v rodině. Zde patří: telefonická krizová pomoc, azylové domy, noclehárny, služby následné péče nebo terapeutické komunity.

2.1.3.1 Raná péče

Základem je terénní forma, která může být doplněna i o ambulantní služby. Tyto služby jsou především poskytovány dětem a jejich rodičům do 7 let věku dítěte. Důvodem je buď zdravotní postižení dítěte, nepříznivý zdravotní stav nebo je ohrožen zdravý vývoj dítěte. Sociální pracovníci se především zaměřují na pomoc a podporu rodiny dítěte s ohledem na jeho potřeby. Jsou poskytovány především výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. Služba je poskytována bez úhrady.

2.1.3.2 Tlumočnické služby

Forma služeb je terénní nebo ambulantní, poskytuje se osobám s poruchami komunikace způsobenými zdravotním postižením a klient má tudíž problémy komunikovat s okolím bez pomoci jiné osoby. Je to bezplatná služba.

2.1.3.3 Azylové domy

Tyto domy poskytují možnost ubytování na přechodnou dobu všem osobám, které byly postihnuty nepříznivou životní situací spojenou se ztrátou bydlení. Poskytují základní pomoc při zajištění stravy, hygieny a pomoc při uplatňování práv a zájmů.

2.1.3.4 Krizová pomoc

Tato služba je poskytována jako terénní, ambulantní nebo i jako pobytová služba na přechodnou dobu. Je určeny pro osoby v ohrožení života nebo zdraví, kdy nejsou schopni sami řešit svou situaci vlastními silami. Poskytují možnost ubytování a veškeré základní činnosti.

2.1.3.5 Služby následné péče

Forma opět může být jak ambulantní, tak pobytová, je poskytována především lidem s chronický duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které již předtím absolvovali ústavní nebo ambulantní léčbu. Tato služba se skládá z poskytnutí sociálně terapeutické činnosti a pomoci se znovu začleněním do společnosti.

2.1.3.6 Terapeutické komunity

Jsou to pobytové služby na přechodnou dobu, kdy se snaží pomoci osobám závislým na návykových látkách a osobám s duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do normálního, běžného života. Služba poskytuje veškeré činnosti, kterou jsou zapotřebí k možnému začlenění do společnosti.

2.2 Formy poskytování sociální péče

Druhy služeb sociální péče můžeme využívat v různých formách. Mohou být poskytovány podle autorů Vetešky (2016, s. 31) a Knotové (2014, s. 79), jako služby pobytové, ambulantní nebo jako služby terénní. Pobytové služby jsou služby, při kterých se využívá služby spojené s ubytováním v zařízeních sociální péče. Ambulantní služby jsou poskytované v sociální zařízeních, na které může klient sám docházet nebo je do těchto zařízení doprovázen. Součástí ambulantní formy není možnost ubytování. Poslední možností je terénní forma, kdy sociální pracovník dochází za svým klientem a poskytuje mu své služby v domácím prostředí (Hrozenská, 2013, s. 60). Forma služeb je vybírána podle aktuálního stavu klienta a jeho potřeb a vývoje nemoci. Nejlepší stavy se opírají o ambulantní režim, středně náročné využívají terénní služby – domácí péče a v nejtěžších stavech je formy pobytová – dlouhodobá hospitalizace.

3 KVALITA SOCIÁLNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE

Dle následujících autorů, Veteška (2016, s. 28), Kuzníková a kol. (2011, s. 156), Knotová (2014, s. 83), v České republice se větší ohledy na jednotlivé požadavky klienta začaly brát v potaz až po roce 1989. Do roku 1989 byly potřeby definovány centrálně experty nebo úředníky s minimální praxí a bez ohledů na individuální požadavky klientů. Kvalita se zde určovala především podle technických, hygienických a personálních ukazatelů. Také do roku 1989 neexistovaly celonárodní měřítka pro posouzení efektivitu a kvality poskytnuté péče a služeb.

V této době se preferovala pomoc ústavní a také peněžitá, před domácí péčí a péčí v nestátních zařízeních a důraz se kladl na organizaci služeb. Individualita a individuální potřeby klientů byly v do roku 1989 druhořadé a byly potlačeny do pozadí.

Po roce 1989 se začaly do této oblasti dostávat nové aktivity, nové organizace a začalo docházet ke změnám, které se do praxe dostávaly zezdola. Čímž je myšleno, že podněty ke změnám dávaly samy organizace. V roce 2000 začaly v České republice vznikat standardy kvality sociálních služeb a v roce 2002 Ministerstvo práce a sociálních věcí vydalo Standardy kvality sociálních služeb, které ovšem byly vedeny pouze jako neoficiální materiál, a to až do roku 2007, kdy se tento standard stal závazným materiálem, a to díky zákonu č. 108/2006 Sb. o sociálních službách (Česko, 2019 a). Sociální služby ve zdravotnictví, však přímo nespádají do působnosti toho to zákona, odlišnosti jsou způsobeny především tím, že sociální služby spádají pod Ministerstvo sociálních věcí a zdravotnictví spadá pod Ministerstvo zdravotnictví. (MPSV, 2019 b)

3.1.1 Kvalita sociálních služeb

Sociální služby se, jak již bylo dříve zmíněno, se řídí podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách (Česko, 2019 a). Tento zákon definuje sociální službu a její formy. Formy sociální péče jsou poradenství, péče a prevence. V zákoně se zvláště rozlišují i sociálně zdravotní služby, poskytované v pobytových zdravotnických zařízeních jako jsou sociální lůžka a odlehčovací péče.

Tento zákon nám udává možné poskytovatele sociálních služeb, také zavádí nutnost registrace a jsou v něm definovány jednotlivé povinnosti. Dále stanovuje minimální požadavky na vzdělání sociálních pracovníků a jejich obecné činnosti.

V zákoně jsou také zavedeny povinné standardy kvality sociální péče (Česko, 2019 a). Jsou zde tři základní oblasti zájmu a to procedurální, personální a provozní standardy. Podle autorů Vetešky (2016, s. 28), Kuzníkové a kol. (2011, s. 156), Knotové (2014, s. 84), v procedurálních standardech se stanovují požadavky, jak má poskytování služeb vypadat, je zde zpracován postup pro ochranu práv klientů a pravidla pro jednání se zájemci o tyto služby. Personální standardy se zabývají personálním a organizačním zajištěním sociálních služeb, profesní rozvoj sociálních pracovníků – jejich hodnocení a vzdělávání. V provozních standardech nalezneme místní a časovou dostupnost služeb, dále jsou zde zahrnuty postupy při havarijních situacích a jak zvýšit kvalitu sociálních služeb. (MPSV, 2019 b)

3.1.2 Kvalita zdravotnických služeb

Zdravotnické služby a poskytování sociální péče vychází ze zákona č.20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu (Česko, 2019 c), který byl později přepracován do současného znění zákona č. 160/1992 Sb. o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. (Česko, 2019 d). Kvalita zdravotní péče bylo velmi dlouho opomíjené téma a v současnosti je diskutováno o novém návrhu zákona o zdravotních službách. Především by se mělo jednat právě o oblast kvality. Změny by se měly týkat vedení a manipulace se zdravotnickou dokumentací, nakládání s léčebnými přípravky, identifikace pacienta a také možnost přijetí na jednotlivá pracoviště.

Dle Vetešky (2016, s. 28), Kuzníkové a kol. (2011, s. 159-162), a Knotové (2014, s. 84), nám zákony stanovují podmínky a postup pro provádění externích hodnocení kvality zdravotnických služeb a co je nutno pro dosažení akreditace pro zdravotnické zařízení. Získáním akreditace zdravotnické zařízení prokazuje splnění všech požadavků a že splňuje veškeré požadované parametry na provoz. V České republice využíváme národní či mezinárodní akreditaci a povolení jsou udělovány na tři roky. (Česko, 2019 a, SAKCR, 2019, MZCR, 2019 a)

3.2 Standardy kvality sociálních služeb ve zdravotnictví

Ministerstvo zdravotnictví utváří a postupně zavádí systémová opatření pro zdravotnictví, čímž zvyšují bezpečnost pacientů a kvality poskytnuté péče. V roce 2010 ministerstvo vyhlásilo i resortní bezpečnostní cíle, které jsou součástí akčního plánu kvality a bezpečnosti zdravotní péče.

Pro zdravotnictví existují národní akreditační standardy pro nemocnice, jak uvádí Kuzníková a kol. (2011, s. 162, s. 163), které obsahují až 74 různých standardů. Zahrnují vše od ošetřovatelského procesu, dodržování práv pacientů, hygienicko-epidemické nařízení, ale tyto standardy se podrobně nezabývají sociální prací. Pouze okrajově se o ní zmiňují ve standardech číslo 8 a 12, podle kterých má stanovit potřeby pacienta příslušně kvalifikovaný personál, tedy se zde mluví i o sociálním pracovníkovi a v rámci dokumentace, v anamnéze se požaduje i zpráva od sociálního pracovníka.

Zdravotnická zařízení se však podle autorů Veteška (2016, s. 28), Knotová (2014, s. 83), dále mohou řídit také podle Národních akreditačních standardů pro zdravotnická zařízení následné a dlouhodobé péče. Tyto standardy jsou platné pro veškeré pracovníky zdravotnických zařízení a pro veškerá zařízení.

Sociální pracovníci jsou jinak zmíněni a jejich činnost ve zdravotnictví je upravena zákonem č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povolání (Česko, 2019 b) a ve vyhlášce č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (Česko, 2019 e). V tom to zákoně se píše, že sociální pracovníci, jako „nelékaři“ mohou pracovat ve zdravotnictví jako i jiní odborní pracovníci. Pro sociální pracovníky, ale nejsou formálně stanoveny kritéria kvality, kvalifikační předpoklady a jejich činnost pro zdravotnictví, ale pouze jsou vytvořeny pro oblast sociálních služeb. Kritéria kvality jsou teda stanovena jen velmi obecně na rozdíl od úpravy sociálních služeb. (Česko, 2019 a, SAKCR, 2019)

3.3 Standardy kvality sociálních služeb pro sociální práci

Podle již výše zmíněných autorů (Veteška, 2016, s. 28, Kuzníková a kol., 2011, s. 160, s. 163, Knotová, 2014, s. 83), standardy kvality v této oblasti nám mají definovat, jak má vypadat kvalitní poskytování sociálních služeb. Je to soubor měřitelných a ověřitelných kritérií, kde jsou přesně stanoveny minimální úrovně poskytování sociálních služeb v České republice.

Kvalitu a její úroveň získáváme jako výsledek hodnocení. Aby bylo možno cokoliv hodnotit, musí být zavedeny vhodná kritéria, která nám slouží ke konečnému hodnocení. Existuje 15 standardů kvality, které obsahují kolem 49 různých kritérií. Celkem 17 z těchto kritérií je zásadní povahy a při porušení těchto kritérií může dojít až ke zrušení registrace poskytovatele sociálních služeb. Tyto standardy ověřuje a kontroluje inspekce sociálních služeb.

Standardy jsou samy o sobě kritéria pro měření vykonané činnosti a práce, posuzují příznivý vývoj jednotlivých postupů. Obsahují, čeho se má dosáhnout a do jaké úrovně výkonu. Standardy oznamují minimální požadavky kladené na daný obor, nikoliv představu ideálního přístupu k poskytování služeb. (Česko, 2019 a, MPSV, 2019 c, MZCR, 2019 a)

Mezi standardy pro sociální práci patří procedurální standard. Tento standard patří dle Knotové (2014, s. 84) k nejdůležitějším a stanovuje, jak má poskytovaná služba vypadat, jak se má jednat se zájemci o sociální péči, nebo jak se přizpůsobit individuálním potřebám klienta. Část toho to standardu je věnována i ochraně práv klienta a vytváření ochranných mechanismů. Patří zde například tyto standardy:

- ***Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb*** (jsou zde definovány cíle, poslání a zásady poskytované služby)
- ***Ochrana práv osob*** (zde jsou uvedeny pravidla pro ochranu základních lidských práv a svobod a jejich náprava při porušení)
- ***Jednání se zájemcem o službu***
- ***Individuální plánování sociální služby*** (zde jsou zmíněny postupy při jednání s klientem, dochází k zjišťování jeho individuálních potřeb a cílů)
- ***Smlouva o poskytování sociálních služeb***
- ***Dokumentace o poskytování služeb*** (pravidla pro vedení dokumentace, zpracování a evidenci klienta)
- ***Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování služeb***
- ***Návaznost poskytovaných služeb na další zdroje*** (podpora udržování kontaktů s přírodným prostředím klientů)

Další důležitá oblast ve standardech je oblast zajišťující personální obsazení. Kvalita služeb je z velké míry závislá na pracovnících, na jejich dovednostech, vzdělání, jejich vedení, podpoře a v neposlední řadě na podmínkách, které pro práci mají. Kvalitní a příjemný personál je jednou z hlavních a z prvních věcí které klient hodnotí, a má velký vliv na celkový stav hodnocení klienta. Zde rozlišujeme především dva standardy (Knotová, 2014, s. 85):

- ***Personální a organizační zajištění sociálních služeb***
- ***Profesní rozvoj zaměstnanců***

V neposlední řadě sem patří také provozní standardy, kde jsou definovány podmínky pro poskytování sociálních služeb. Tento standard se soustředí na prostory, dostupnost a ekonomické zajištění poskytovatele sociálních služeb. Zde v první řadě patří tyto standardy (Knotová, 2014, s. 85):

- *Místní a časová dostupnost poskytované služby*
- *Informovanost o poskytované službě*
- *Prostředí a podmínky*
- *Nouzové a havarijní situace*
- *Zvyšování kvality sociálních služeb*

4 SOCIÁLNÍ SLUŽBY VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH

Sociální služby ve zdravotnictví jsou poskytovány ve zdravotnických zařízeních ústavní péče. Poskytují se zejména pobytové sociální služby. (Knotová, 2014, s. 75) V těchto zařízeních se sociální služby poskytují v podobě sociálních lůžek, které jsou především určeny lidem, kteří již nepotřebují lůžkovou péči v nemocnici.

Tyto lůžka jsou určena lidem, kteří byli propuštěni z ústavní péče, ale jejich zdravotní stav jim neumožňuje obejít se bez pomoci jiné osoby a nemohou být tudíž propuštěni ze zdravotnického zařízení, dokud jim není zabezpečena jiná sociální pomoc (domov důchodců, rodina).

Sociální péče ve zdravotnickém zařízení je poskytována v rámci sociálních služeb a tato služba je zpoplatněna, služby zdravotnické jsou hrazeny z veřejného zdravotnictví. Těchto služeb využívají nejvíce osamělí lidé, nebo lidé o které se jejich rodina není schopna dlouhodobě sama postarat.

Posláním sociální péče ve zdravotnictví a poskytnutím sociálních lůžek nebo popřípadě hospitalizace klienta na oddělení LDN (oddělení dlouhodobě nemocných), je zabezpečení kvalitní a důstojné péče všem osobám, které nemohou dlouhodobě samy žít ve svém přirozeném prostředí (Kuzníková a kol., 2011, s. 114). Může to být zaviněno sníženou soběstačností, omezenou schopností sebestarání a zajištění domácnosti. Služby jsou poskytnuty do doby, než je zajištěna jiná dostatečná pomoc pro návrat do normálního života.

4.1 Rozsah poskytovaných služeb

Služby, které se poskytují, mají jak sociální, tak zdravotnický charakter. Hlavním cílem je zachovat či zlepšit jejich soběstačnost a schopnost se o sebe postarat. Maximalizovat rozvoj klienta v průběhu poskytované služby, a to jak oblasti samostatnosti, sebeobsluhy a soběstačnosti. (KNTB, 2019)

S každým klientem se musí jednat individuálně podle jeho potřeb a nejlepších zájmů. Musí se volit optimální přístup komunikace, měl by mít možnost volit si mezi nabízenými službami, trávením volného času (zájmové aktivity, koníčky). U klientů se pracovníci snaží rozvíjet a udržovat míru nezávislosti a samostatnosti, a přispívat tímto jednáním co nejvíce k plnohodnotnému životu klienta.

Služba obsahuje veškeré základní činnosti od poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při osobní hygieně, zvládnutí běžných denních úkonů o vlastní osobu, sociálně-terapeutické činnosti, udržování kontaktu se společenským prostředím, a v neposlední řadě také pomoc při uplatňování práv a obstarávání osobních záležitostí. Dostává se jim také ošetrovatelské a zdravotnické péče. (KNTB, 2019)

4.2 Cílová skupina

Obecně jsou tyto služby poskytovány všem osobám se špatným zdravotním stavem nebo špatným sociálním zázemím, protože tyto osoby nejsou schopny se samy o sebe postarat. Každá nemocnice (zdravotnické zařízení) se sama může rozhodnout, pro jakou oblast klientů budou jejich služby zaměřeny. Nejčastější rozdělení je podle věku (do 18 let a od 18 let), a dále podle zdravotního stavu.

Další rozdělení může být na akutní a chronickou medicínu, kde se také vyžaduje pomoc sociálních pracovníků (Kuzníková a kol., 2011, s. 95). V akutní medicíně většinou sociální pracovník přichází do celého procesu až po zavolání lékaře a řeší se problém vzniklý při akutní hospitalizaci. Prvotní je zde tedy lékař, který musí vyhodnotit, zdali vzniklá situace vyžaduje zásah sociálního pracovníka. Jako akutní je zde doba, kdy dochází k hospitalizaci klienta z důvodů například operace a doba hospitalizace je kolem 10 dní. Práce sociálního pracovníka se zde opírá především o pomoc klientovi s vyrovnáním se náhle vzniklé situace. (KNTB, 2019)

V chronické medicíně je role sociálního pracovníka daleko důležitější a náročnější. V těchto případech se sociální pracovník stará jak o klienta jako takového, tak i o jeho záležitosti ohledně přesunu ze sociálních lůžek v nemocnici do jiného zařízení pro dlouhodobě nemocné. Taky může zajišťovat kompenzační pomůcky nebo pomáhat vyřizovat sociální finanční nároky.

Tito klienti s chronickými problémy, bývají často hospitalizováni a mnohokrát se tak stává i opakovaně (Kuzníková a kol., 2011, s. 95). Maximální doba hospitalizace na sociálních lůžkách v nemocnici je tři měsíce. (KNTB, 2019)

5 PROBLEMATIKA STÁRNUTÍ POPULACE A CHRONICKY NEMOCNÝCH

Sociálních služeb ve zdravotnictví (sociálních lůžek, LDN) využívají nejvíce lidé staršího věku a chronicky nemocní lidé (Arnoldová 2015, s. 70, Kuzníková a kol., 2011, s. 96). Pro správně stanový přístup sociálních služeb, je důležité stanovit správně sociálně-zdravotní situaci klienta.

První kontakt klientů se sociálně zdravotnickým pracovníkem probíhá většinou třemi základními způsoby. Prvním způsobem je, že klient si sám v zdravotnickém zařízení požádá o pomoc sociálního pracovníka. V České republice není běžné, že každé oddělení v nemocnici má svého sociálního pracovníka. Pacient může požádat rodinu nebo zdravotní pracovníky o zajištění kontaktu se sociálním pracovníkem. Druhým způsobem kontaktu je, že o potřebě tohoto kontaktu rozhodne zdravotnický personál sám (sestra, lékař) a kontaktují příslušného sociálního pracovníka a posledním způsobem je napojení sociálního pracovníka na klienta takzvaná depistáž. Depistáž znamená, že zdravotně sociální pracovník aktivně sám vyhledává potencionální klienty. Tento způsob je však nejkomplikovanější, kvůli velkému množství klientů na jednoho sociálního pracovníka. (Charita, 2019)

Arnoldová (2015, s. 70) ve své literatuře uvádí, že klienti v nemocnicích jsou často indisponováni fyzickou bolestí či jinými nepříjemnostmi a mohou pociťovat strach a jiné nepříjemné pocity jen díky hospitalizaci samotné. Kontakt se sociálním pracovníkem pro mnohé z nich v rámci nemocnice je jejich úplně prvním setkáním se sociální prací a může jim způsobovat další nepříjemné pocity a nervozitu.

První kontakt, obzvláště pro klienty staršího věku a chronicky nemocné, je velmi stresující, a proto je nezbytný dobrý první dojem, který ovlivňuje další komunikaci, jak s klientem, tak s jeho rodinou a celkový průběh následné péče. Je důležitý individuální přístup ke každému klientovi zvláště. Rozlišuje se několik kategorií podle typologií potencionálních klientů. (Charita, 2019)

5.1 Senior se sníženou soběstačností

Současným „problémem“ ve společnosti je podle Malíkové (2011, s. 26) a Arnoldové (2015, s. 81), je prodlužující se střední délka života a demografické změny vedoucí ke stárnutí populace. Demografické vývoj znamená, že roste podíl lidí nad 60 let věku života oproti lidem do 15 let věku života. Podle českého statistického úřadu bude v roce 2050 počet lidí starších

65 let v populaci ještě zdvojnásoben a podíl osob nad 80 se má posunout na necelých 10 % z celé populace. Vše vede k tomu, že stále více lidí se dožívá vysokého věku a tito lidé se nejsou schopni sami o sebe postarat a musí spoléhat na pomoc od svého okolí (rodina, příbuzní, komunita) nebo na cizí pomoc (fyzické osoby, ústavních zařízení). Stáří se samo o sobě spojuje s negativními důsledky, a to s neschopností se o sebe postarat, mnohokrát je toto období spojeno i výskytem chronických onemocněních, dále jako negativní důsledek prodlužující se ho věku je i dopad na celou společnost rostoucími náklady na zdravotnictví, na sociální a důchodový systém. Jako pozitivum můžeme brát to, že za prodloužení věku života vděčíme velmi kvalitnímu stavu zdravotnictví. V naší společnosti tudíž vniká rozkol mezi tlakem na prodloužení života člověka a schopností se pak o tyto lidi postarat.

V odborné literatuře je podle Topinkové (2005, s. 8) velké množství definic, které se snaží vystihnout podstatu stáří. Stáří je vlastně poslední etapa ontogenetického vývoje. Stáří je nevratný biologický proces, který postihuje celé tělo člověka s různou intenzitou a tempem.

Podle Malíkové (2011, s. 14) a Arnoldové (2015, s. 165), je senior v České republice člověk, který dosáhl 65 let a více. Díky prodloužení života dnes rozlišujeme i termín straší senior-ský věk nad 80 let, kteří především tvoří skupinu lidí, kteří potřebují sociálně zdravotní pomoc. V současné době se odhaduje, že lidé kolem 65 let potřebují pomoc méně a jsou schopni se o sebe postarat jen s pomocí rodiny a pouze 2 % potřebují péči ústavní a lidé nad 80 let již tuto pomoc potřebují více. Asi 8 % lidí nad 80 let potřebují každodenní pomoc, což v současnosti je asi 75 tisíc lidí (0,76 % z celé populace). V roce 2030 má však již tuto pomoc potřebovat skoro 1,5 % celé populace. (Charita, 2019, CSZO, 2019 a)

Prodloužení věku člověka dále způsobuje, že se otázka sociálně zdravotní péče stává více a více aktuální. Pro správné zvládnutí situace a vybrání správné formy sociální pomoci, je důležitá informovanost obyvatelstva o svým možnostech.

V rámci zákona rozlišujeme sociální a zdravotní služby, ale v rámci sociálně zdravotních služeb v zákoně existuje i sociální hospitalizace. Sociální hospitalizace jsou vlastně již výše zmíněna sociální lůžka, kde se poskytuje pomoc lidem, kteří již nevyžadují akutní pomoc, ale nemají ještě zajištěnou sociální pomoc v jiném zařízení a stále potřebují i pomoc zdravotnickou. Pro tuto kategorii je často těžké rozdělit a najít hranici mezi zdravotní a sociální péčí, a proto je důležitá provázanost těchto oborů.

Důležité v těchto zařízeních, je přístup k seniorům při poskytování potřebné péče. Klienti musí mít pocit, že se mohou podílet na zlepšení své situace. Nezbytné pro pracovníky je holistický přístup k seniorům, schopnost empatie a uplatnění emoční inteligence.

Komplikace pro osoby staršího věku není jen vyšší věk sám o sobě, ale i přidružené choroby, které se s vyšším věkem vyskytují. Ve srovnání s mladším věkem, je zde vyšší morbidita, vysoký výskyt chronických a degenerativních onemocnění a vyšší možnost náhlého zhoršení akutního stavu klienta. Nejčastější onemocnění ve stáří jsou kardiovaskulární choroby, nemoci pohybového aparátu, metabolická onemocnění, demence, onkologické nemoci a nemoci respirační.

Jak píše Arnoldová (2015, s. 165) a Malíková (2011, s. 15) nemoci ve vyšším věku se vyznačují mnoha specifiky a mnohdy je zde vysoký počet různých symptomů, kterou mohou komplikovat lékařům určit přesnou diagnózu. Také dle Jedličky a kol. (1991, s. 34) typickým jevem ve stáří je takzvaná polymorbidita. Tento pojem označuje výskyt několika různých onemocnění současně, nejčastěji chronických onemocnění, které vyžadují jak sociální, tak zdravotnickou pomoc klientovi.

5.2 Chronicky nemocní lidé

Nárůst práce pro sociálně zdravotní pracovníky ve zdravotnictví, je dle Kuzníkové a kol. (2011, s. 112, s. 144) a Arnoldové (2015, s. 91), i díky nárůstu chronických onemocnění, které nemusí být vždy spojeny jen s vysokým věkem lidí. Nejčastějšími nemocemi jsou kardiovaskulární onemocnění, metabolické, onkologické a nemoci pohybového aparátu a v neposlední řadě psychosociální a psychické onemocnění.

Dle Kuzníkové (2013, s. 43) situace v České republice u chronických onemocnění odpovídá a kopíruje situaci vývoje výskytu těchto onemocnění ve vyspělých zemích. Rozdílné jsou ovšem regionální rozdíly v četnosti výskytu jednotlivých onemocnění. V celosvětovém měřítku se uvádí, že mnoho lidí mladšího věku trpí nějakým chronickým onemocněním. V České republice je největší nárůst chronických onemocnění zejména u hypertenzní nemoci, onkologických onemocnění a alergií. Výskyt chronických onemocnění je častější u žen než u mužů. (Sociální politika, 2019)

U chronicky nemocných klientů se sociální pracovník nejčastěji do kontaktu s klienty dostává v rámci hospitalizace ve zdravotnických zařízeních (Kuzníková a kol., 2011, s. 112, s. 144, Arnoldová, 2015, s. 91). Klientela je zde různorodá, od mladých lidí, až po seniory

a s různými druhy onemocnění (onkologičtí pacienti, respirační onemocnění nebo HIV pozitivní klienti).

Další potencionální klienti pro sociálně zdravotní pracovníky mohou být nezletilé matky, opuštění novorozenci, matky samoživitelky nebo rodiny s postiženými dětmi. Také mohou pomáhat matkám s poporodní depresí a psychózou, s těmito případy se sociální pracovník může potkat na odděleních gynekologicko-porodnickém.

Práce s dětmi v nemocnicích spadá také do kompetence sociálních pracovníků. U dětí hospitalizovaných nejčastěji na dětském oddělení se sociální pracovník (pokud zde dítě není hospitalizováno z důvodu chronického onemocnění), může potýkat nejčastěji s problémy při podezření na zanedbávání péče nebo zneužívání či týrání dítěte.

Sociální pracovníci se také ve zdravotnických zařízeních mohou potkat s lidmi závislými na návykových látkách, lidmi bez domova nebo s lidmi s duševními onemocněními. Těmto lidem se především snaží pomoci s výběrem následné péče a umístěním do doléčovacích zařízení, či pomoci s motivací pokračovat v léčbě a hledání životních hodnot. Zajišťují možnost spolupráce s dalšími sociálními službami. (Charita, 2019)

6 METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE – SITUAČNÍ ANALÝZA

Předtím než jakýkoliv podnik začne vytvářet „něco nového“, nebo také rozšiřovat své služby, je důležité vytvořit a určit správnou strategii (Sedláčková, 2006, s. 2). K vytvoření správné strategie nám slouží právě situační analýza. Situační analýza je nezbytnou složkou při tvorbě správné strategie podniku. Pomáhá nám ke správnému zhodnocení vnějších i vnitřních podmínek konkrétní organizace, které mají vliv na organizaci a její fungování.

Analýza je sbírání informací a dat, jak z vnějšího, tak z vnitřního prostředí podniku a jejich následné zpracování a vyhodnocení. Podle Sedláčkové (2006, s. 2), je analýza základem a také nejdůležitější součástí vědeckých metod.

Při provádění analýzy je důležité postupovat systematicky a je důležité zajistit dostatek informací, aby mohlo dojít ke správnému vyhodnocení. Vynechání faktorů nebo nesprávné zvolení jednotlivých možností analýzy, může vést ke špatně zvolené strategii a tím ovlivnit chod celého podniku a jeho úspěch či neúspěch při konečné činnosti.

Analýzy většinou začínají definicí a seznámením s podnikem a jeho posláním. Poslání nás seznamuje s daným podnikem a vymezuje jeho pole působnosti. Další části analýzy se zabývají analýzou makroprostředí (tzv. vnějšího prostředí). Každé vedení podniku, by mělo poznat nejširší okolí se kterým podnik přichází do styku a které je ve velké míře ovlivňuje. Především se zde jedná o oblast politickou, právní, širokou veřejnost a technologickou. Pro účely získání těchto dat slouží nejčastěji analýza PEST/SLEPT, které bude dále popsána v této práci a použita při samotné analýze. (Mallya, 2007, s. 40)

Analýza mezoprostředí, je analýza zabývající se blízkým okolím podniku, to znamená jeho nejbližšími konkurenty. Pro tuto analýzu bude použita Porterův model.

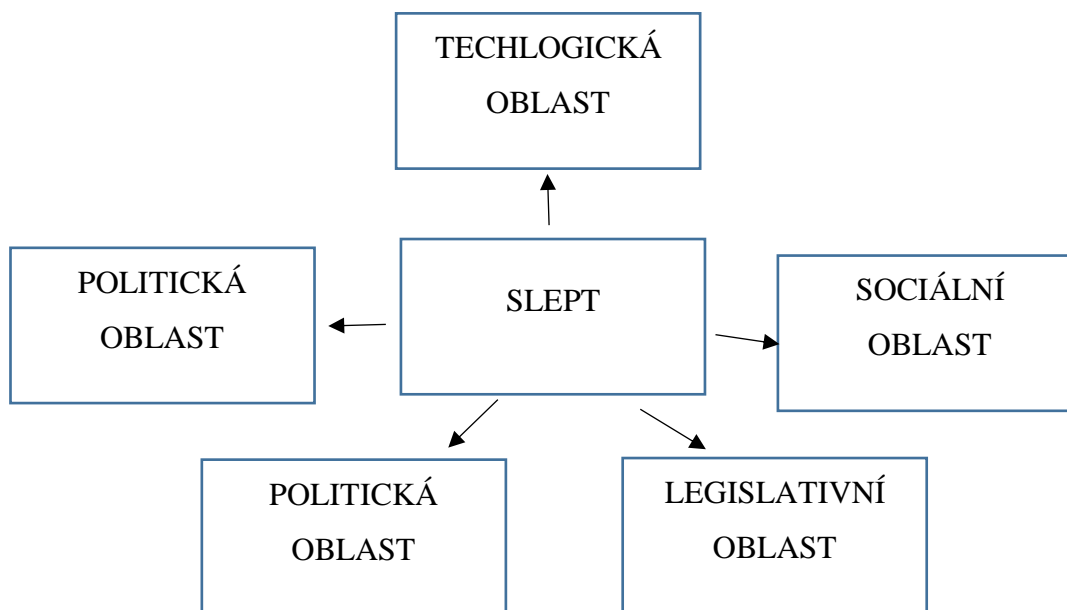
Mikroprostředí (tzv. vnitřní prostředí), je stav samotného podniku a jeho vnitřní činnost. Analýzy, které se zde nejčastěji využívají, jsou finanční analýzy, analýzy podnikových faktorů, či zjišťování jejich slabých či silných stránek. Získané informace z vnitřního prostředí se nejčastěji vyhodnocují pomocí SWOT analýzy. Nakonec dochází k vyhodnocování veškerých získaných dat. (Kaplan, 2010, s. 61)

6.1 Analýza mezoprostředí – SLEPT analýza

SLEPT analýza je analýza vnějšího prostředí. Dle Kotlera (2007, s. 60), se zde hodnotí tedy široké okolí firmy. SLEPT analýza vychází ze základní PEST analýzy a rozdílná je v tom, že došlo k rozšíření základních faktorů o jeden faktor. PEST analýza vychází z faktorů politických, ekonomických, sociálních a technologických. První písmena těchto slov nám tvoří název celé analýzy P(politický), E(ekonomický), S (sociální) a T (technologický). SLEPT analýza se nám rozšiřuje o faktor legislativní.

Tato analýza zkoumá veliké spektrum možností a faktorů, které mohou na podnik působit.

- **S (social) sociální faktor** – Tento faktor se dle Vebra (1998, s. 51) zabývá společností a věcí týkajícími se lidského faktoru okolo podniku, jehož se služby podniku týkají a pro kterého jsou služby vytvářeny. Do tohoto faktoru můžeme dle pana Vebra řadit například: demografický vývoj společnosti, zdravotní stav populace, geografické rozložení, rozdělování důchodu, dále míru životní úrovně nebo úroveň vzdělanosti.
- **L (legal) legislativní faktor** – Tento faktor je tvořen státem. Jsou zde platná nařízení, předpisy a zákony podle kterých se podnik musí řídit a jejichž porušení může vést například k sankcím (Sedláčková, 2006, s. 16)
- **E (economic) ekonomický faktor** – Zde je pro podnik důležité především sledovat hospodářský cyklus naší i světové ekonomiky. Není vždy přesně možné říci co a jaký přesně dopad může daná situace na podnik mít. Další vliv v tomto faktoru může mít spotřeba, nezaměstnanost nebo HDP. (Veber, 1998, s. 51)
- **P (political) politický faktor** – Tento faktor je také tvořen státem, stejně jako faktor legislativní. Důležitý je směr a která vládní strana vyhrává volební období a jejich postoj k daným problémům. Na tento faktor má vliv stabilita vlády, daňová politika, sociální a zdravotní politika, jednotlivá ministerstva a úřady. (Sedláčková, 2006, s. 16, s. 17)
- **T (technological) technologický faktor** – V neposlední řadě, zde patří technologický faktor, který je velmi důležitý. Postupné vylepšování a vývoj přístrojů a informačních technologií vede k zjednodušení a ulehčení práce lidí. Vývoj vede k objevování nových možností a přístupů, které podnik může použít pro poskytování lepších služeb. (Sedláčková, 2006, s. 18)



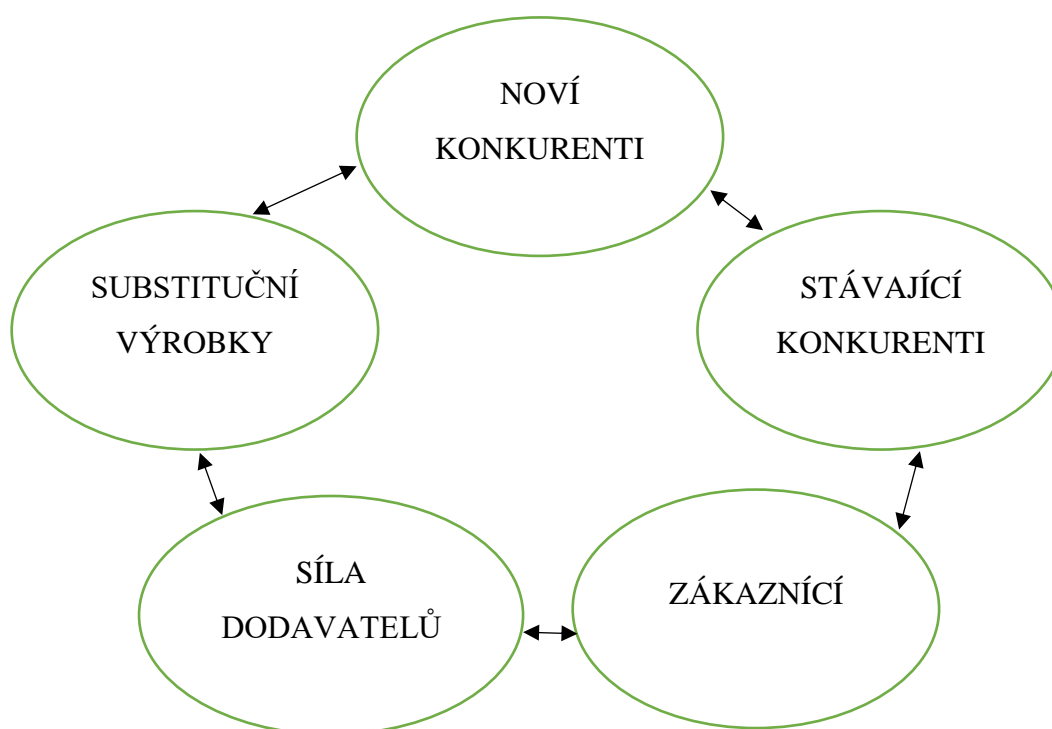
Obr. 1. SLEPT analýza grafické zobrazení (vlastní zpracování)

6.2 Analýza mezoprostředí – Porterova analýza

Tato analýza se týká blízkého okolí nemocnice, které má vztah a vliv na služby, které daná nemocnice poskytuje. Tato analýza se týká především zjištění vlivu konkurenčních sil na danou nemocnici. V této analýze rozdělujeme možné konkurenty do pěti skupin tzv. modelu konkurenčních sil. Tato analýza má za úkol zjistit a odhalit konkurenční výhody, v čem se jiné podniky odlišují a co jim může poskytovat výhodu (Mallya, 2007, s. 49). Tyto skupiny jsou rozděleny následovně:

- **Vstup potencionálních nových konkurentů** – Noví konkurenti a jejich vstup na trh ovlivňují, vždy současnou situaci v dané oblasti služeb. Tito noví konkurenti ohrožují situaci pro již stávající podniky, jelikož můžou způsobovat například odliv klientů. (Porter, 1994, s. 7)
- **Stávající konkurenti** – V každém oboru či odvětví poskytování služeb existují konkurenti a panuje mezi nimi rivalita. Podniky mezi sebou bojují, jak nejlépe a co nejefektivněji získat výhodu nad ostatními a mít tak co možná nejlepší postavení na trhu.
- **Zákazníci a odběratelé** – Zákazníci jsou zde velmi důležitým faktorem, jelikož jsou to oni, kdo se může svobodně rozhodnout, který podnik či služby budou využívat. Mohou porovnávat a svobodně si volit mezi konkurenty, to stejné platí i pro možné odběratele. (Veber, 1998, s. 55)

- **Vyjednávací síly dodavatelů** – Dodavatelé situaci na trhu mohou ovlivňovat vyvíjením tlaku na podniky, které potřebují využívat služeb dodavatelů. Čím méně je možných dodavatelů, tím silnější mají pozici při vyjednávání s podnikem. Síla dodavatelů v tomto faktoru je především dána možností tvorbou cen možných produktů. (Sedláčková, 2006, s. 54)
- **Substituční výrobky** – Existence substitučních výrobků nebo služeb ovlivňuje zájem zákazníků a ziskovost jednotlivých podniků. (Porter, 1994, s. 24)



Obr. 2. Porterova analýza v grafickém zobrazení (vlastní zpracování)

6.3 Analýza mikroprostředí

V těchto analýzách se především jedná o zjištění a analýzu zdrojů a schopností podniku samotného, určují se silné a slabé stránky nemocnice a zkoumají se strategické možnosti. Analýza se může týkat faktorů vědecko-technického rozvoje, marketingových a distribučních faktorů, organizačních faktorů, analýzy zdrojů (hmotných a nehmotných), analýzy lidských zdrojů a dále sem patří také finanční analýza.

6.4 SWOT analýza

Díky SWOT analýze se lépe vyhodnocuje fungování firmy a pomáhá najít problematické oblasti nebo i nové možnosti pro rozvoj podniku. Ve SWOT analýze se definují silné i slabé stránky, hrozby a příležitosti ovlivňující organizaci ze svého okolí. Pomocí analýzy nemocnice lépe identifikuje vše podstatné, co je pro organizaci přínosem, kde jsou možné rezervy nemocnice, a co by bylo žádoucí a ku prospěchu nemocnice vylepšit. Výsledky zjištění ve SWOT analýze působí na možný rozvoj nemocnice, odhaluje možné příležitosti, ale také hrozby, které následně mohou působit a mají vliv na budoucnost nemocnice.

6.5 Finanční analýza

Finanční analýza slouží k tomu, jak nejlépe zjistit a vyhodnotit finanční situaci podniku. K vyhodnocení slouží metody finanční analýzy (horizontální, vertikální analýza) a poměrová analýzy. Vstupní údaje pro tyto metody jsou účetní výkazy, a to rozvaha a výkaz zisku a ztrát. Horizontální analýza, se zabývá vývojem finančních výkazů v čase, vertikální analýza ukazuje procentuální rozbor výkazů (Grunwald, 2009, s. 146), poměrové ukazatele nás seznámí se základní finanční charakteristikou firmy. Nejčastěji se jako poměrový ukazatel používá ukazatel likvidity, ukazatel aktivity, zadluženosti a rentability.

6.6 Časový analýza

Tato analýza slouží k zobrazení jednotlivých logických činností a tím, jak na sebe tyto činnosti navzájem navazují. V této analýze se určují přibližné časové údaje o projektu, od jeho zahájení až po ukončení. V rámci této analýzy se určují prvotně činnosti, které se vykonávají před zahájením činnosti, dále se posloupně seřadí veškeré činnosti, aby na sebe logicky navazovaly. V rámci analýzy se navrhnou doby trvání činností, poté se sestaví plánovaný časový rozvrh a v konečně části se stanoví, kde může dojít ke kritickým bodům projektu.

7 ZHODNOCENÍ TEORETICKÉ ČÁSTI DIPLOMOVÉ PRÁCE

V České republice se nachází poměrně dostatek zdrojů, ze kterých se dá čerpat i kvůli aktuálnosti tohoto tématu. Práce se především opírá o monografie postavené na zkoumání problematiky sociální péče, etice chování sociálních pracovníků, péči o seniora, gerontologii či sociální práci ve zdravotnictví. Je zde velká rozmanitost knih, které se zajímají o tuto problematiku, jelikož je to velmi obsáhlé téma. Vychází neustále nové knihy i články týkající se sociálních problémů ve společnosti. I v cizojazyčné literatuře se dá dohledat mnoho zdrojů, jelikož problematika sociální péče není jen problémem České republiky. Tato práce se především opírá o autory z české literatury například Kuzníkové a kol., dále Arnoldové, Knotové a Malikové, z cizojazyčné literatury například Gehler či Gopee.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

8 CHARAKTERISTIKA ORGANIZACE

Název organizace: Karvinská hornická nemocnice a.s.



Obr. 3. Logo nemocnice (KHN, 2020)

Sídlo: Zakladatelská 975/22, Karviná – Nové Město, 735 06

Právní forma: Akciová společnost, vznikla na základě Zakladatelské smlouvy ze dne 8. 3. 1995.

Začátek podnikání: 2. 8. 1995

Ředitel: MUDr. Tomáš Canibal

Předmět činnosti podnikání: Nemocnice se zabývá výrobou, obchodem a službami, které nejsou uvedené v přílohách 1 až 3 živnostenského zákona, dále se zabývá poskytováním zdravotních služeb formou ambulantní, lůžkové péče intenzivní, akutní lůžkové péče standardní. Poskytuje zdravotní služby v oboru veřejného a nemocniční lékárenství, distribuce léčivých přípravků a hostinská činnost. Je zde možnost vzdělávací a informační činnosti ve zdravotnictví.

Orgány nemocnice:

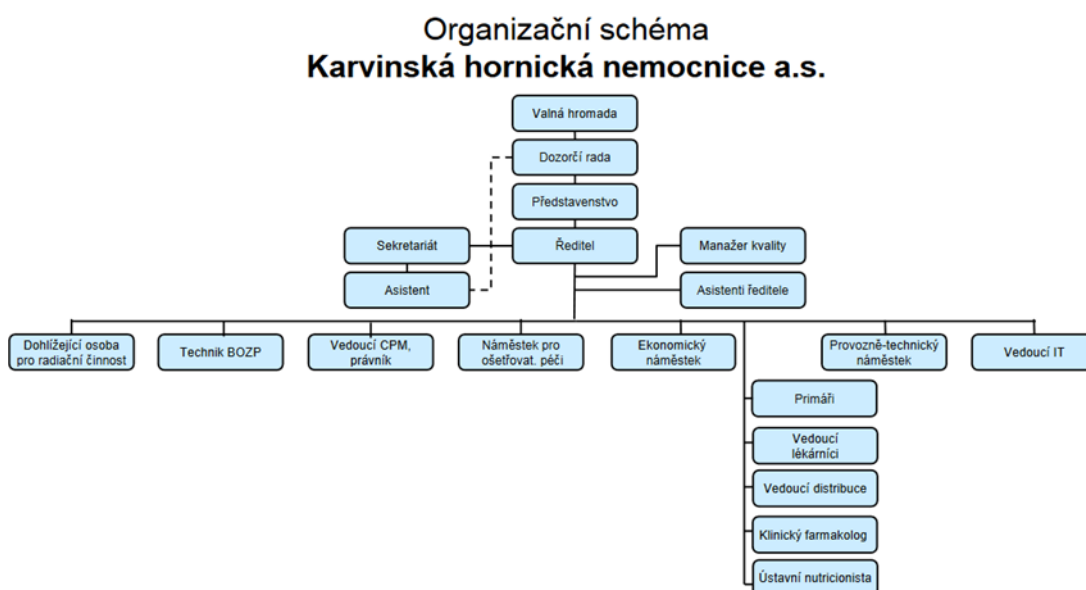
- Ředitel: MUDr. Tomáš Canibal
- Člen představenstva pro oblast ekonomickou a provozně-obchodní: Mgr. Ing. Přemysl Janko
- Členka představenstva pro oblast personálně-právní: Ing. Eva Trotter
- Námiestkyně ošetrovateľskej péče: Tařána Bělicová
- Představenstvo společnosti: Stav od 10. 5. 2016

Předseda představenstva: MUDr. Tomáš Canibal

Člen představenstva: Mgr. Ing. Přemysl Janko

Členka představenstva: Ing. Eva Trotter

1.



Obr. 4. Představenstvo nemocnice (interní dokument KHN)

Popis nemocnice: Karvinská hornická nemocnice a.s. je akciovou společností, která poskytuje rozsáhlou škálu zdravotnických služeb. Specializuje se především na léčbu nemocí páteře a pohybového aparátu, je předním iktovým centrem, kde se řeší cévní mozkové příhody, provozuje se zde centrum pracovní medicíny. Poskytovány jsou zde dále služby v interních, neurologických a rehabilitačních oborech. Nemocnice zahrnuje oddělení klinické biochemie a špičkově vybavené radiodiagnostické oddělení, jehož nezbytnou součástí jsou pracoviště počítačové tomografie, magnetické rezonance a mamografie s osvědčením provádět mamografický screening. Nachází se zde celá řada odborných a specializovaných ambulancí, lékárna a vybavený stravovací provoz.

V roce 2005 byla Karvinská hornická nemocnice a.s. oceněna certifikátem kvality Spojené akreditační komise a v roce 2008, 2011 a 2014 jej obhájila. V roce 2015 pak v roce 2019 oddělení klinické biochemie úspěšně zvládlo náročné podmínky dozorového auditu, který byl proveden posuzovateli samostatného a nezávislého odborného útvaru Národního autorizačního střediska pro klinické laboratoře při ČLS JEP a získalo tak již potřetí „Osvědčení o splnění podmínek Auditů II“. (KHN, 2020)

9 ANALÝZA VNĚJŠÍHO PROSTŘEDÍ PRO POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ PÉČE V NEMOCNICH V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI

Pro potřeby analýzy vnějšího prostředí bude využita tzv. SLEPT analýza.

9.1 SLEPT analýza

SLEPT analýza shrnuje vlivy sociálního, legislativního, ekonomického, politického a technologického prostředí.

9.1.1 Sociální faktory

Sociálních služeb ve zdravotnictví (sociálních lůžek, LDN) využívají nejvíce lidé staršího věku a chronicky nemocní lidé. Distribuce zdravotnických zařízení mezi jednotlivými okresy v kraji odpovídá jejich hustotě. Zhoršená dostupnost je jen u horských oblastí, dále na Vítkovsku, Oděru a Kravařsku. V kraji je druhá největší zdravotnická záchranná služba. Počty lůžek v Moravskoslezském kraji jsou dostatečné a odpovídají požadované kapacitě. V kraji naopak schází lékaři, zejména ve specializovaných oborech, a zdravotní sestry. (MSK, 2019 a, s. 73)

Celý Moravskoslezský kraj se potýká s velkým problémem a tím je nedostatek zdravotnického personálu. Na mnoha odděleních v nemocnicích chybí zdravotnický personál, který je nezbytný pro fungování nemocnic. Nemocnice se tento problém snaží řešit pomocí pracovních sil ze zahraničí a spoluprací se zdravotnickými školami v blízkém okolí.

V Moravskoslezském kraji působí vcelku vysoký počet poskytovatelů zdravotní péče. Nachází se zde celkem 17 nemocnic, které poskytují akutní péči a sedm z těchto nemocnic je ve správě kraje. V kraji chybí koncepce zajištění následné péče.

V Moravskoslezském kraji je nadprůměrná úmrtnost na nemoci oběhové soustavy a novotvary a velkou hrozbou pro kraj do budoucna je rostoucí index stárí. Díky tomu se zvyšuje poptávka po paliativní péči, kterou kraj dlouhodobě podporuje. V republikovém srovnání je v kraji nadprůměrný počet osob, které jsou ohrožené chudobou nebo sociálním vyloučením. Mezi hlavní příčiny sociálního vyloučení patří nízké mzdy, vysoká nezaměstnanost, rychlé

stárnutí obyvatel a zadlužení. Sociální problémy se koncentrují v obcích s rozšířenou působností – Karviná, Bohumín a Havířov, v oblastech vnitřní periferie kraje a obcích s vysokým odlivem obyvatel. (MSK, 2019 a, s. 81)

Současným „problémem“ ve společnosti je podle Malíkové (2011, s. 26) a Arnoldové (2015, s. 81) prodlužující se střední délka života a demografické změny vedoucí ke stárnutí populace. Demografické vývoj znamená, že roste podíl lidí nad 60 let věku života oproti lidem do 15 let věku života. Podle českého statistického úřadu bude v roce 2050 počet starých lidí nad 65 let v populaci ještě zdvojnásoben a podíl osob nad 80 se má posunout na necelých 10 % z celé populace. Vše vede k tomu, že stále více lidí se dožívá vysokého věku a tito lidé se nejsou schopni sami o sebe postarat bez pomoci svého okolí nebo cizí pomoci (fyzické osoby, ústavních zařízení). Stárnutí samo o sobě se spojuje jak s negativními důsledky, a to neschopností se o sebe postarat a mnohokrát je toto období spojeno i výskytem chronických onemocnění, dále jako negativní důsledek prodlužující se ho věku je i dopad na celou společnost rostoucími náklady na zdravotnictví a na sociální a důchodový systém. Jako pozitivní zde je, že za prodloužení věku života vděčíme velmi kvalitnímu stavu zdravotnictví. V naší společnosti tudíž vzniká rozkol mezi tlakem na prodlužování života člověka a schopností se pak o tyto lidi postarat.

Tab. 1. Věkové složení obyvatelstva v městě Karviná v porovnání s Moravskoslezským krajem (Fusek, 2019, s. 11)

	Obyvatelstvo věk			Celkem	Počet obyvatel v procentech			Index stáří
	0 – 14 let	15 – 64 let	65 a více		0 – 14 let	15 – 64 let	65 a více	
Karviná	7 148	34 388	11 112	52 648	14 %	65 %	21 %	155
Moravskoslezský kraj	183 324	783 759	236 216	1 203 299	15 %	65 %	20 %	129
ČR	1 693 060	6 870 123	2 086 617	10 649 800	16 %	65 %	20 %	123

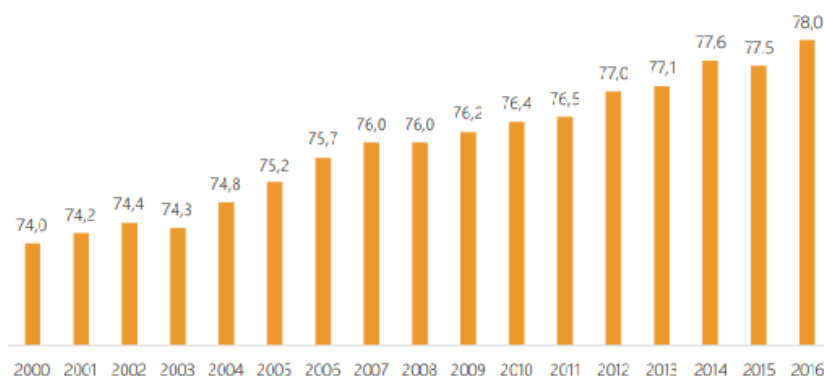
Podle Malíkové (2011, s. 14) a Arnoldové (2015, s. 165), je senior v České republice člověk, který dosáhl 65 let a více a díky prodlužování života dnes rozlišujeme i termín strašně seniorský věk nad 80 let, který především tvoří skupinu lidí, kteří potřebují sociálně zdravotní pomoc. V současné době se odhaduje že lidé kolem 65 let potřebují pomoc méně a jsou

schopní se o sebe postarat jen s pomocí rodiny a pouze 2 % potřebují péči ústavní a lidé nad 80 let již tuto pomoc potřebují více. Asi 8 % lidí nad 80 let potřebují každodenní pomoc, což v současnosti je asi 75 tisíc lidí (0,76 % z celé populace). V roce 2030 má však již tuto pomoc potřebovat skoro 1,5 % celé populace. (Charita, 2019, CSZO, 2019 a)

Graf 26 Podíl osob 65+ v Moravskoslezském kraji (%), zdroj: Eurostat



Graf 27 Naděje dožití v Moravskoslezském kraji (počet let), zdroj: Eurostat



Obr. 5. Podíl osob nad 65 let v Moravskoslezském kraji (MSK, 2020 a, s. 80)

Komplikace pro osoby staršího věku není jen vyšší věk sám o sobě, ale i přidružené choroby, které se s vyšším věkem vyskytují. Ve srovnání s mladším věkem je zde vyšší morbidita, vysoký výskyt chronických a degenerativních onemocnění a vyšší možnost náhlého zhoršení akutního stavu klienta. Nejčastější onemocnění ve stáří jsou kardiovaskulární choroby, nemoci pohybového aparátu, metabolická onemocnění, demence, onkologické nemoci a nemoci respirační.

Jak píše Arnoldová (2015, s. 165) a Malíková (2011, s. 15) nemoci ve vyšším věku se vyznačují mnoha specifiky a mnohdy je zde vysoký počet různých symptomů, kterou mohou

komplikovat lékařům určit přesnou diagnózu. Také dle Jedličky a kol. (1991, s. 34) typickým jevem ve stáří je takzvaná polymorbidita. Tento pojem označuje výskyt několika různých onemocnění současně, nejčastěji chronických onemocnění, které vyžadují jak sociální, tak zdravotnickou pomoc klientovi.

Nejen ve starším věku je zvýšený nárůst chronických onemocnění. Nejčastějšími nemocemi jsou kardiovaskulární onemocnění, metabolické, onkologické a nemoci pohybového aparátu a v neposlední řadě psychosociální a psychická onemocnění.

Dle Kuzníkové (2013, s. 43) situace v České republice u chronických onemocnění odpovídá a kopíruje situaci vývoje výskytu těchto onemocnění ve vyspělých zemích. Rozdílné jsou ovšem regionální rozdíly v četnosti výskytu jednotlivých onemocnění. V celosvětovém měřítku se uvádí, že mnoho lidí mladšího věku trpí nějakým chronickým onemocněním. V České republice je největší nárůst chronických onemocnění zejména u hypertenzní nemoci, onkologických onemocnění a alergií. Výskyt chronických onemocnění je častější u žen než u mužů. (Sociální politika, 2019)

Pro Karvinskou hornickou nemocnici a.s. plyne z této analýzy, že zvýšené tempo stárnutí populace v Moravskoslezském kraji přináší možnost pro rozšíření služeb nemocnice ze sociodemografického hlediska a tím rozšíření poskytovaných služeb o služby sociální péče ve zdravotnickém zařízení. Nemocnice se snaží reagovat na požadavky okolí a klientů, aby zlepšila a upevnila tak své postavení na trhu práce. Hrozbou pro nemocnice je ovšem nedostatek zdravotnického personálu a jeho fluktuace.

9.1.2 Legislativní faktory

V České republice v současné době nejsou jednotná legislativní pravidla pro vykonávání sociální péče ve zdravotnických zařízeních a jelikož služby, které mohou zdravotnická zařízení poskytovat jsou velmi široká a vztahují se na velmi širokou klientelu s různými problémy tak je zde i mnoho legislativních pramenů o které se může zdravotnictví opírat. Každé zdravotnické zařízení navíc se opírá o své vlastní standardy, svá vlastní vnitřní nařízení a etiku práce. Normy platí pro všechny zaměstnance daného zařízení.

Sociální služby, jsou definovány pro sociální péči ve zdravotnických zařízeních především, podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociální službách a ve zněních pozdějších předpisů (Česko, 2019 a), a také pomocí zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách (Česko, 2020 f).

V zákoně č. 108/2006 Sb. o sociální službách (Česko, 2019 a) se tento zákon zmiňuje především o ústavní péči v nemocnici, jsou zde definovány služby, které jsou tyto zařízení povinna poskytovat a rozsah činností. Ve vyhlášce č. 505/2006 Sb. ve které se provádějí ustanovení zákona o sociálních službách jsou vyjmenovány služby, které se musí poskytovat ve zdravotnických zařízeních a také maximální možná úhrada sociálních služeb ve zdravotnickém zařízení. (Česko, 2020 g)

Podle ustanovení v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociální službách (Česko, 2019 a) jsou nemocnice zařízení poskytující ústavní péči, a ta musí být poskytována formou pobytové služby. Dále jsou pro zdravotnické zařízení důležité body v zákoně týkající se úhrad za poskytnuté sociální služby, podle §88 č. 108/2006 Sb. o sociální službách (Česko, 2019 a) jsou zdravotnická zařízení povinná informovat zájemce o službách zdravotnického zařízení, o všech povinnostech týkajících se hospitalizace na daném oddělení následné péče, které jsou také definovány ve smlouvě, které zdravotnické zařízení musí se zájemcem o služby uzavřít.

Příležitostí pro nemocnice, které jsou poskytovatelé těchto služeb, je možnost zažádat si o neinvestiční dotaci ze státního rozpočtu na zajištění poskytování sociálních služeb.

Oblast sociální péče se potýká s problémem nejednotnosti, jelikož poskytovatel může být jak ministerstvo zdravotnictví, ministerstvo práce a sociálních věcí, kraje, města i obce. Jako příklad je možno uvést zákon č. 128/2000 Sb., o obcích (Česko, 2019 h), ze kterého vyplývá, že do působností obcí spadají i záležitosti v zájmu obce a občanů týkající se vytváření podmínek pro rozvoj sociální péče a pro uspokojování potřeb svých občanů, pokud tyto záležitosti nejsou zákonem svěřeny krajům.

Poskytovatelé, kteří poskytují pomoc osobám závislých na pomoci jiné osoby, jsou povinni být zapsáni do registru poskytovatelů sociálních služeb. Zdravotnická zařízení, která tato služby poskytují, jsou zapsána v neveřejné části tohoto registru. Podle §88 a §85 č. 108/2006 Sb. o sociální službách (Česko, 2019 a) nejsou zdravotnická zařízení povinna se zapisovat do registru poskytovatelů stejně jako ostatní poskytovatelé sociálních služeb, ale jsou zde zapisována po podání žádosti o zápisu do registru.

Nemocnice se také musí řídit v oblasti sociální péče zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách (Česko, 2020 f), kde se pojednává o komplexní ošetrovatelské péči, která je poskytována klientům sociální péče ve zdravotnických zařízeních v rámci sociální péče.

Podle veškeré platné legislativy, je velmi komplikované skloubit uspokojivě jak sociální, tak zdravotnickou stranu péče, tak aby se dostálo veškerým požadavkům, které jsou na tyto odvětví kladeny. Skloubení těchto služeb je mnohdy považováno za velmi nákladné, jak z ekonomického, tak systémového hlediska. Pro klienty je však možnost využívání ústavní sociální péče ve zdravotnickém zařízení jedinou možností, aby dosavadně poskytnutá zdravotní péče nepřišla vniveč.

9.1.3 Ekonomické faktory

V České republice je financování zdravotnictví převážně placeno ze zdravotního pojištění, ze státního rozpočtu a také spoluúčastí samotných lidí. Výdaje na zdravotní péči v roce 2018, byly v České republice téměř 431 miliard korun. Výdaje se meziročně zvýšily o 11 % a tvořily tak skoro 8,1 % HDP (hrubý domácí produkt). (ZAM, 2019)

Podle zprávy Českého statistického úřadu zdravotní pojišťovny uhradily za jednoho pojištěnce průměrně 27 365 korun českých. Meziroční nárůst těchto plateb je skoro o 4000 korun českých, navíc si každý občan České republiky připlatil průměrně skoro 5 400 korun českých ze svých úspor a polovina těchto výdajů byla na léky (2600 Kč). Od roku 2010 je nárůst toho co si občané připlácí skoro o 1 300 Kč.

U zdravotních pojišťoven byl nárůst oproti minulých let skoro o 32 miliard korun, kde největší náklady tvoří ambulantní péče. Zde byl nárůst výdajů zdravotní pojišťoven o 23 %. Asi čtvrtinu veškerých nákladů na zdravotnictví spotřebovává ambulantní sektor (asi 22 % pro praktické lékaře, 18 % zubaři a asi polovina je určena pro lékaře specialisty). Nejvíce výdajů měly zdravotní pojišťovny u léčby nemocí oběhové soustavy – 28.5 mld Kč, dále rakoviny – 27.9 mld Kč, nemoci svalově a kosterní – 18.2 mld Kč. Větší míra výdajů je vyšší u žen než u mužů. (ZAM, 2019)

Míra výdajů se v České republice podle ministerstva zdravotnictví (MZCR, 2020 b), vypočítává pomocí kalkulačního vzorce pro výpočet bodové hodnoty výkonu. Hodnota bodů se zjišťuje v seznamu zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami. Každý úkon v nemocnici je ohodnocen body, podle kterých následně pojišťovny proplácí nemocnicím finanční částky za jednotlivé své klienty. Celková hodnota bodu se skládá z režijních nákladů, průměrných přímých nákladů a z osobních nákladů nositelů výkonu.

Na lůžkovou dlouhodobou péči byly výdaje kolem 19 % a to jak pro péči v domově pro seniory, léčebnách dlouhodobě nemocných a dalších zařízení pro dlouhodobě nemocné pacienty. Do této kategorie spadají i příspěvky na péči hrazenou ze státního rozpočtu a domácí péči. Od roku 2016 se tyto náklady pohybují pravidelně kolem 18 % z celkové částky vydané pro zdravotnictví. Na léky a zdravotní materiál bylo vydáno 18 % a 14 % šlo na lůžkovou zdravotní péči. (ZAM, 2019)

Současné nastavení financování sociálních služeb v kraji přináší nejistotu a neumožňuje plánovat dlouhodobě, jelikož výše dotací je nejistá a o výši prostředků ze státního rozpočtu se rozhoduje každý rok. Pokud by došlo k ukončení podpory či vyčerpání podpory z prostředků Evropských sociálních fondů hrozí nedostatek financí na provoz sociálních služeb zařazených v Krajské základní síti. V roce 2018 byla téměř třetina služeb v kraji navíc financována v rámci individuálního projektu kraje. Po ukončení projektu a návratu služeb do systému financování ze státního rozpočtu nastane výrazný pokles finančních prostředků (MSK, 2019 a, s. 89). Karvinská hornická nemocnice a.s., jakožto soukromé zdravotnické zařízení, je ohrožena nepředvídatelností v oblasti veřejného zdravotnictví a zdravotních pojišťoven. Především nemožnost předvídat finanční plány zdravotních pojišťoven dopředu. Nemocnice je závislá na úhradách od zdravotnických pojišťoven za úkony a vyšetření, jelikož zdravotní pojišťovny jsou plátcí zdravotnických služeb. Služby poskytované ve zdravotnictví, se všechny musí řídit podle platné legislativy.

V současné době se celá Česká republika a nejen ona, ale celý svět potýká s virovou nákazou COVID – 19. Zdravotnický resort a tím i oddělení sociální péče jsou ohroženy tím, že po odeznění této nákazy dojde k propadu ekonomiky a snížení příjmů pro zdravotnické pojišťovny. Krátkodobě, než dojde opětovné stabilizaci systému, můžou zdravotní pojišťovny čerpat z aktuálních disponibilních finančních zůstatků, které byly vytvořeny zdravotními pojišťovnami právě pro případy nouze. Náklady, které vzniknou pojišťovnám nákazou COVID – 19, můžou být také hrazeny z rezervních fondů pojišťoven. Ze zprávy ministerstva zdravotnictví (MZCR, 2020 c), tedy vyplývá, že v nejbližších měsících by nemělo dojít k tomu, že by zdravotní pojišťovny neměly dostatek finančních prostředků pro platby zdravotnickým zařízením za své klienty. Ovšem v širším měřítku je jasné, že pro následující roky budou muset zdravotní pojišťovny přejít k úspornějším opatřením a nebudou se navyšovat úhrady za výkony ve zdravotnictví, jak tomu bylo v letech předešlých, aby došlo k doplnění finančních rezerv pojišťoven a tím by i pro možné další krizové období byla zdravotnická sféra v bezpečí a udržitelná.

Současná krize a nejistota ohledně příjmů pojišťoven způsobuje, že na budoucím dohodovacím řízení pro rok 2021 se bude především jednat o úhradových principech a nastavení cen, ale až na základě analýz a zhodnocení celkového dopadu této krize na jednotlivé skupiny poskytovatelů.

9.1.4 Politické faktory

Politická situace v České republice je velmi proměnlivá a vždy záleží na současné vládnoucí straně. V současné době je ministrem zdravotnictví pan Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch, MHA, který se 13. prosince 2017 po jmenování prezidentem republiky stal ministrem zdravotnictví ČR. (MZCR, 2020 d)

V současné době v České republice pokračujeme na reformách primární péče, reformuje se péče o duševní zdraví a probíhá snaha o zvýšení dostupnosti léčiv pro pacienty v lékárnách. Dále v současné době probíhá pokus o prosazení nového zákona o odškodnění za újmu způsobenou povinným očkováním. Došlo ke změnám v úhradové vyhlášce, která přináší celou řadu pozitivních novinek hlavně pro pacienty. (MZCR, 2020 a)

Důležitým programem v současné době je Program zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí (MZCR, 2019 a), jehož cílem je zlepšení zdravotního stavu populace a který je následně rozdělen do jednotlivých akčních plánů. Pro sociální péči jsou důležitý akční plán č. 8, který pojednává o zvýšení kvality, dostupnosti a efektivity následné, dlouhodobé a domácí péče. Tento akční program se rozděluje do dvou podkategorií a to 8 a) zvýšení kvality, dostupnosti a efektivity následné, dlouhodobé a domácí péče, a 8 b) zvýšení dostupnosti návazné péče. Tyto akční plány mají za úkol dosáhnout a v co možná největší míře zajistit plnění těchto aktivit, a to do roku 2020.

Kraj rozvíjí vize o rozvoji sociálních služeb v koncepcích a strategiích. Na této tvorbě se podílí významný počet odborných skupin. Při ustanovení sítě sociálních služeb spolupracuje kraj s obcemi a dalšími sociálními partnery. Moravskoslezský kraj patří jako první v České republice k těm krajům, které zahájily proces deinstitucionalizace sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením. V sociálních službách v kraji chybí kvalifikovaní pracovníci a také je věnována pouze nízká pozornost jejich profesionalizaci. Poskytovatelé služeb často potřebují pomoc při zavádění nástrojů řízení kvality, efektivity a výkonnosti těchto zařízení a poskytování služeb. Největším problémem pro poskytování sociálních služeb je

nevhodné nastavení financování a závislost na externích zdrojích. Vzhledem ke stárnutí obyvatelstva a zvýšené poptávce po sociálních službách, jejich nedostatek je patrný zejména ve venkovských obcích v Moravskoslezském kraji. (MSK, 2019 a, s. 87)

V současné době se Česká republika potýká s nákazou COVID – 19. Ministerstvo zdravotnictví se od první chvíle snaží co nejvíce zamezit šíření tohoto viru na území České republiky. První kroky byly v České republice zavedeny 27. 1. 2020 na letišti Václava Havla v Praze, kde byly nařízeny první ochranná opatření. Začátkem měsíce února ministr zdravotnictví Adam Vojtěch podepsal ochranná opatření, kterým se zakázal veškerý lety z Číny do České republiky, které se postupně rozšířilo na veškeré státy a došlo k uzavření hranic státu. Také se ministr Adam Vojtěch účastnil jednání ministrů zdravotnictví v Bruselu, kde projednávali současnou situaci. Ve spojitosti s touto situací začala Česká republika posilovat státní hmotné rezervy zdravotnického materiálu (MZCR, 2020, e). V České republice postupně docházelo k vyhlášení dalších a dalších opatření k zamezení šíření nákazy. Pro nemocnice bylo důležité vyhlášení zákazu návštěv na všech lůžkových odděleních. V současné době, kvůli šířícímu se viru COVID -19, je v České republice vyhlášen nouzový stav, který upravuje doporučení pro poskytovatele zdravotnických zařízení a pro poskytovatele lůžkové péče. Všem poskytovatelům je v současné době doporučeno přijmout veškerá opatření, která zajistí bezpečné prostředí pro hospitalizované pacienty i zdravotnický personál. V otázce bezpečnosti především přijmou preventivní opatření k zamezení šíření nákazy na lůžkových odděleních a také aby poskytovatelé prověřili a zkontrolovali své pandemické a krizové plány. Na odděleních je důležité zajistit prostory pro klienty s onemocněním COVID – 19, připravit postupy personální a z materiálního hlediska, stanovit hygieno-protepidemické postupy. Pro veškeré zaměstnance, kteří se budou věnovat klientům s nákazou COVID – 19, je nutné zajistit osobní ochranné pomůcky a proškolení zaměstnanců v používání ochranných prostředků. Karvinská hornická nemocnice a.s. v současné době funguje podle krizových plánů, které se snaží zamezit šíření nákazy. V nemocnicích jsou vytvořeny pracovní týmy, aby nákaza nepostihla veškeré zdravotní pracovníky a byla tak zajištěna neomezená funkčnost nemocnice. Jsou omezena veškerá ambulantní vyšetření, která nejsou akutní, aby se tak zamezil pohyb osob v nemocnici a snížilo se tak riziko možné nákazy.

9.1.5 Technologické faktory

Kvalita a míra technického vybavení je pro nemocnice stěžejní. Moderní přístupy k léčbě a moderní léčba vyžaduje, aby určení diagnózy bylo rychlé a co možná nejpřesnější. Rychlý

vývojový pokrok vyžaduje neustále možnost aktualizací stávajících systému i nákup nových moderních přístrojů. Neustálý technologický rozvoj znamená pro nemocnici mnohé nové příležitosti, jak se zdokonalovat a poskytovat neustále lepší a kvalitnější zdravotnickou péči a služby. Klientovi velmi záleží i při výběru zdravotnického zařízení na vybavenosti nemocnice a tím také hodnotí možnou kvalitu poskytovaných služeb.

Podle zprávy Ústavu zdravotnických zařízení ČR (ÚZIS, 2019) v roce 2018 byl zaznamenán nárůst zdravotnických zařízení ve zdravotnických organizacích. V roce 2007 bylo na území České republiky evidováno 21 039 zdravotnických přístrojů, v roce 2016 jich bylo 30 329 a v roce 2018 je to 31 377.

Nejvíce zdravotnických přístrojů je evidováno v Praze a nejméně ve Středočeském kraji. V Moravskoslezském kraji se nachází kolem 3000 sledovaných přístrojů celkem. Využívání a nákup přístrojového vybavení je hodně ovlivněn technologickým a ekonomickým faktorem.

Mezi přístroje, které se využívají pro včasnou a přesnou diagnostiku, patří například RTG přístroje, kterých bylo v roce 2018 vykázáno 10 255 a na těchto přístrojích bylo vykonáno skoro 17,2 miliónu výkonů, v přepočtu 1621 výkonů na tisíc obyvatel. Dále CT přístroje, kterých bylo vykázáno 171. Na těchto přístrojích bylo provedeno 1,178 miliónu výkonů (99 výkonů na tisíc obyvatel). (ÚZIS, 2019)

Významně se dle Zprávy o Moravskoslezském kraji (2019, s. 67., s. 77) investuje do nákupu nových moderních přístrojů a informačních technologií. Roli zde má i zdokonalení stavebně-technického zázemí zdravotnických zařízení, dochází k budování nových center a zajištění jejich špičkového vybavení. Vedení kraje rozšiřuje procesy, které podléhají elektronizaci, které následně zajišťují a pomáhají k lepší, rychlejší, přesnější a bezpečnější cestě k přenosu informací potřebných pro zajištění efektivní a kvalitní zdravotní služby.

10 PORTEROVA ANALÝZA KONKURENČNÍHO PROSTŘEDÍ PRO POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ PÉČE

Tato analýza se týká blízkého okolí nemocnice, které má vztah a vliv na služby, které daná nemocnice poskytuje.

10.1 Vstup potencionálních nových konkurentů

Potencionální konkurenti mohou vznikat při zahájení a rozšíření činností některého zdravotnického zařízení v blízkém okolí stávajících nemocnic, které již dané služby poskytuje. Vstup na tento trh může nové konkurenty odradit vysokými počátečními náklady, vlivem legislativy, otázkou náročné administrativy nebo vyjednáváním se zdravotními pojišťovnami. Tudíž hrozba vzniku nových konkurentů není příliš vysoká. I přesto není výskyt nového konkurenta vyloučen, novými konkurenty mohou být nemocnice, které již poskytují stabilní lékařskou péči a jsou to ekonomicky stabilní zařízení.

Faktor č. 1 Legislativní otázka – registrace nového poskytovatele služeb, povinné dodržování zákonů a nařízení pro zdravotnická zařízení

Faktor č. 2 Finanční zatížení zařízení – zdali je zdravotnické zařízení schopno zajistit dostatečnou finanční hotovost pro uskutečnění daného projektu a je schopno případné finanční zatížení zvládnout

Faktor č. 3 Personální zabezpečení– zajištění dostatku personálu na dané oddělení

Faktor č. 4 Potencionální klienti – demografická situace v místě působení nemocnice, stabilní pojetí v mysli stávajících klientů

Faktor č. 5 Prostorové možnosti zařízení – zdali nemocnice má dostatek stávajícího prostoru pro otevření nových oddělení či přistavění potřebných prostorů pro tuto činnost

Tab. 2. Možné hrozby pro vstup nových konkurentů (vlastní zpracování)

Faktor č. 1	Legislativní otázky – registrace zařízení	7
Faktor č. 2	Finanční zatížení zařízení	8
Faktor č. 3	Personální zabezpečení	7
Faktor č. 4	Potencionální klienti	6
Faktor č. 5	Prostorové možnosti pro rozšíření služeb	7

Tyto analýzy sledují důležité aspekty pro vstup nových konkurentů na trh. Každé analýze, je v tabulce přidělena bodová hodnota (1-10 bodů), podle obtížnosti a náročnosti při počátečním plánování pro vstup na tento trh. Čím vyšší hodnota bodu, tím je tento aspekt složitější. Z legislativní otázky, která již byla výše zmíněna vyplývá, že každé zařízení musí být zaregistrováno pro poskytování svých služeb. V této otázce mají stávající nemocnice výhody, jelikož podávají pouze žádost o zápis do tohoto registru. a tudíž je tento aspekt pro ně o trochu jednodušší. Poskytování následné péče má svou složitost v legislativní otázce tím, že se musí řídit jak zákony ministerstva zdravotnictví, tak ministerstva práce a sociálních věcí. Pokud nemocnice chtějí rozšiřovat své služby, je důležité, zdali z finančního hlediska jsou schopny tento projekt uskutečnit a zabezpečit vše potřebné pro správné fungování těchto služeb. Výhodu mají stabilní nemocnice, které se již mohou opřít o svou historii, stabilní klientelu, dodavatele, personál, mají prostorové možnosti pro rozšíření svých služeb.

10.2 Stávající konkurenti

V Moravskoslezském kraji existuje několik stávajících zařízení, které nabízejí služby sociální péče. Tyto zařízení poskytují oddělení následné péče, nebo oddělení ošetrovatelské péče nebo to jsou léčebny dlouhodobě nemocných (LDN). V kraji jsou možnými konkurenty pro Karvinskou hornickou nemocnici a.s. (Barabášová, 2019, s. 21):

- Centrum následné péče Bohumínské městské nemocnice, a.s.,
- Gaudium Frýdek-Místek, a.s.
- LDN Klokočov při Fakultní nemocnici Ostrava,
- LDN při Nemocnici s poliklinikou Havířov, p. o.
- LDN při Nemocnici s poliklinikou Karviná-Ráj, p. o.,
- Pracoviště Orlová LDN v Ostravě-Radvanicích při Městské nemocnici Ostrava, p. o.

- LDN Vítkov při Nemocnici Nový Jičín, a.s.
- Oddělení následné péče a oddělení dlouhodobé následné péče Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o.
- Oddělení následné péče a oddělení odborné ošetrovatelské péče Nemocnice Český Těšín a.s.
- Oddělení následné péče Vítkovické nemocnice a.s.
- Oddělení ošetrovatelské péče Nemocnice Třinec, p. o.
- OSMED Group s.r.o. - Sanatorium JIH, Ostrava – Zábřeh
- Sanatorium Kochova, s.r.o.,
- Havířov Therápon 98, a.s.,

Nejbližší nemocnice a konkurent pro Karvinskou hornickou nemocnici a.s., je bezesporu státní nemocnice Karviná – Ráj, jelikož obě nemocnice se nachází v jednom městě a jsou situovány poměrně blízko u sebe. Výhodou Nemocnice Karviná – Ráj je její lepší dostupnost jak pomocí městské hromadné dopravy, tak pomocí příměstských autobusů, jelikož se nachází přímo v centru města. Nemocnice Karviná – Ráj je státním zařízením. Součástí této nemocnice je i sloučené pracoviště v Orlové, které také nabízí možnost sociální péče na odděleních LDN. Nemocnice Karviná – Ráj poskytuje velkou škálu vyšetření, a to jak ambulantních, tak při hospitalizaci. Nemocnice zajišťuje péči v interních oborech, dětském lékařství, v oboru gynekologickém a porodnickém, v chirurgickém oboru, ARO a LDN. V karvinské i orlovské nemocnici je provozováno oddělení sociálních služeb. Léčebna dlouhodobě nemocných v Orlové poskytuje své služby převážně klientům po ortopedických operacích, zlomeninách kyčelních kloubů, cévních mozkových příhodách nebo u degenerativních onemocnění. Nemocnice disponuje 108 lůžky pro sociální péči. Klientům se zde dostane ošetrovatelské péče a pomáhají zde získat a zlepšit soběstačnost klientů (Barabášová, 2019, s. 46–47).

Dalším blízkým konkurentem je Bohumínská městská nemocnice a.s. Je to menší nemocnice, která především zajišťuje akutní péči v chirurgických, interních a gynekologických oborech. V lůžkové části je zde zastoupené interní, gynekologické a chirurgické oddělení. V Bohumínské městské nemocnici a.s., se v posledních letech rozvíjí Centrum následné péče, jak v podobě ošetrovatelské péče, tak na odděleních LDN, dále poskytuje možnost pobytových sociálních služeb. Tyto služby jsou částečně hrazeny z rozpočtu Moravskoslezského kraje. (Barabášová, 2019, s. 41)

Nemocnice Český Těšín a.s. je soukromou nemocnicí, která poskytuje služby hlavně v oblasti lůžkové péče, a to v oborech akutní rehabilitace a v oblasti následné péče se zaměřením na ošetrovatelství a rehabilitaci. Nemocnice je spíše zaměřena na poskytování následné péče, a to s možností rehabilitačního zaměření či ošetrovatelské péče. Oddělení následné péče je zde určeno klientům, kteří především potřebují pomoc po prodělaných onemocněních interních a chirurgických. Své služby dále poskytuje chronicky nemocným klientům, kteří z důsledků zhoršení svého zdravotního stavu nejsou schopni se o sebe dál postarat v domácích podmínkách. Následná péče s rehabilitačním zaměřením se soustředí na klienty po ortopedických operacích, dále po mozkových příhodách, nebo s postižením pohybového aparátu (NEMCT, 2020). Na oddělení s odbornou ošetrovatelskou péčí jsou přijímáni klienti především vyššího věku po cévních mozkových příhodách, klienti s demencí či terminálních stavech. Součástí tohoto oddělení jsou sociální lůžka k řešení zdravotní situace pro občany spádového regionu. (Barabášová, 2019, s. 43) Nemocnice je dobře dostupná pro služby hromadné dopravy.

LDN při Nemocnici s poliklinikou Havířov, p. o. je pracoviště nestátní, které je zřizováno přímo Moravskoslezským krajem. V nemocnici se nachází oddělení následné péče o kapacitě 30 lůžek. Oddělení se zabývá komplexní péčí o klienty seniorského věku a o dlouhodobě nemocné klienty. V rámci nemocnice se nachází mnoho odborných ambulancí různého zaměření (40 ambulancí) a 14 lůžkových oddělení. Nemocnice má zařízenou možnost parkování pro osobní automobily a je dobře dostupná i pro hromadnou dopravu. (NSPHAV, 2020)

Oddělení ošetrovatelské péče Nemocnice Třinec, p. o. – toto oddělení se nachází v nestátní nemocnici v Třinci, jejímž zřizovatelem je Moravskoslezský kraj. Spádová oblast této nemocnice je až 105 000 obyvatel. Nemocnice poskytuje jak ambulantní, tak lůžkovou péči v mnoha oborech. Na oddělení ošetrovatelské péče jsou umísťováni klienti s chronickými onemocněními nebo také po operacích, kdy je potřebná následná ošetrovatelská péče, a proto klient nemůže být propuštěn do domácího prostředí bez pomoci jiné osoby. Součástí péče je i možné využívání rehabilitačního oddělení. Pro klienty je vyčleněno 27 lůžek. (NEMTR, 2020)

Dále je zpracována analýza stávajících konkurentů a jejich možná hrozba pro činnost Karvinské hornické nemocnice a.s., při rozhodnutí rozšířit své služby o oddělení následné péče. Důležité kritérium je počet možných klientů v dané oblasti a také kolik nemocnic se na danou oblast nachází. Dalším důležitým bodem je dostupnost nemocnice pro hromadnou a

osobní dopravu. Zdali se v blízkosti nemocnice nachází zastávka pro hromadnou dopravu a možnost parkování pro osobní automobily. Čím je dostupnost pro klienty jednodušší, tím spíše se pro danou nemocnici rozhodnou. Důležité také pro výběr nemocnice jsou služby, které dané nemocnice v rámci oddělení následné péče poskytuje a také je důležité zaměření oddělení na určité klienty. Nejčastěji se jedná o rozšíření služeb o možnost rehabilitace. Nemocnice se dále mohou lišit v počtu lůžek, které mají dostupné na svých odděleních a v neposlední řadě je důležité pro klienty při výběru zdravotnického zařízení možnost dalších oddělení a služeb, které nemocnice poskytují. Analýza je bodově ohodnocena, 1 bod – hrozba konkurence je nízká, 10 bodů – hrozba konkurence je vysoká

Faktor č. 1 Spádová oblast nemocnice – počet nemocnic v blízkém okolí na počet obyvatel

Faktor č. 2 Dostupnost zařízení – možná dostupnost jednotlivých zařízení (městská doprava, osobní automobil)

Faktor č. 3 Zaměření na klienty v poskytovaných službách – služby nabízené nemocnicí pro oddělení následné péče

Faktor č. 4 Počet nabízených lůžek – lůžková kapacita oddělení následné péče

Faktor č. 5 Možnosti ostatních služeb v nemocnicích – přidružené služby, ambulance a ostatní oddělení v rámci nemocnice

Tab. 3. Vyhodnocení analýzy stávající konkurence (vlastní zpracování)

	č. 1	č. 2	č. 3	č. 4	č. 5	Celkem bodů
Nemocnice Karviná – Ráj	9	7	7	7	8	38
Nemocnice Orlová	6	6	5	7	6	30
Bohumínská městská nemocnice	6	5	5	8	6	30
Nemocnice Český Těšín	5	6	4	6	4	25
Nemocnice Třinec	5	4	5	6	6	26
Nemocnice s poliklinikou Havířov	5	7	5	6	7	30

Z tabulky vyplývá, že největším možným konkurentem pro Karvinskou hornickou nemocnici a.s. je nemocnice Karviná – Ráj. Největší hrozbou pro nemocnici se stává v tom ohledu, že se nachází ve stejném městě, a tudíž se zde více dělí počet možný klientů, kteří mají zájem o tyto služby. Dále dostupnost nemocnice Karviná – Ráj je lepší, jelikož se nemocnice nachází ve středu města, kde nabízí lepší spojení s hromadnou dopravou. V závěsu za nemocnicí Karviná – Ráj, jako další možní konkurenti se umístili nemocnice Orlová, Bohumínská městská nemocnice a nemocnice s poliklinikou Havířov.

10.3 Zákazníci a odběratelé

Ve zdravotnických zařízeních jsou zákazníci/klienti ti, kteří sami vyhledávají služby jednotlivých zdravotnických zařízení, které tato zařízení poskytují. Klienti si mohou volně vybírat ze zdravotnických zařízení ve kterých chtějí své vyšetření podstupovat. Důležité pro výběr zařízení je pro klienty dostupnost zařízení, image nemocnice, recenze na poskytované služby, ceny nabízených služeb a také množství nabízených služeb. Cílem zdravotnických zařízení by měla být spokojenost klienta s poskytovanou péčí. Klienti očekávají od zdravotnického zařízení osobní individuální přístup a vstřícnost ze strany zdravotnického personálu. Zákazníci ani odběratelé zdravotnických služeb nejsou ve většině případů přímými plátcí poskytovaných služeb, výjimkou je poskytování sociální služeb v rámci sociálních lůžek, u kterých je spoluúčast klienta daná.

V současné době jsou služby nemocnice určeny pro klienty různého věku a z různých důvodů. Jak již bylo výše zmíněno Karvinská hornická nemocnice a.s. poskytuje rozsáhlou škálu zdravotnických služeb. Nemocnice se především specializuje na léčbu nemocí páteře a pohybového aparátu. Na tomto oddělení jako na jednom z mála v Moravskoslezském kraji vyšetřují a následně i operují děti a dospělé osoby se skoliózou páteře. Toto vyšetření se především týká dětí, častěji dívek než chlapců a věkové rozmezí při operaci se pohybuje kolem 12–18 let. Výjimečně se operují i starší lidé, ale následná léčba je komplikovanější než u mladých lidí. Oddělení ortopedie patří v nemocnici k velmi vyhledávaným. Oddělení se především zaměřuje na vyšetření kloubů pohybového aparátu a následnou operací kolen a kyčlí. Oddělení se pyšní dobrou pověstí a klienti vyhledávají služby nemocnice z širokého okolí. Služby jsou poskytována klientům různého věku od mladých lidí, kde se provádí například artroskopie vazů, po starší klienty, kde se provádí operace náhrad kloubů. Při orto-

pedické oddělení nabízí nemocnice i oddělení rehabilitační. Nachází se zde klienti, kteří pokračují v léčbě po operaci pohybového aparátu a také zde dochází klienti ve formě ambulantní péče.

Karvinská hornická nemocnice a.s. je předním iktovým centrem, kde se řeší cévní mozkové příhody. Dennodenně do nemocnice dochází nebo jsou přivezeni klienti pro bolest hlavy a dalších jiných vážnějších důvodů na vyšetření na oddělení neurologie. Každý den je v nemocnici vyšetřeno desítky lidí v neurologických ambulancích a na oddělení. Věková škála je různorodá, od mladých lidí až po klienty staršího věku. Mladí lidé dochází spíše při problémech jako například bolest hlavy nebo závratí, u starších klientů jsou nejčastější diagnózy závratě, cévní mozkové příhody či podezření na krvácení.

Centrum pracovní medicíny je v nemocnici v neposlední řadě velmi vytížené oddělení. Specifikum Moravskoslezského kraje, a především Karvinska, je práce v důlních oblastech. Kraj je vyhlášen pro těžbu uhlí, která se provádí na území působení i Karvinské hornické nemocnice. Na oddělení pracovní medicíny dochází především horníci, kteří mají povinnost ročních prohlídek, které absolvují v této nemocnici. Tito klienti jsou spíše muži od 18 let a výše.

V nemocnici se dále nachází celá řada oddělení a ambulancí, kde dochází mnoho již stálých klientů a noví klienti se stále hlásí o možnost přihlášení do ambulancí a absolvování svých vyšetření v nemocnici. Tyto ambulance jsou například ambulance ORL, oční ambulance, kožní, gynekologické, denzitometrické ambulance a špičkově vybavené radiodiagnostické oddělení.

Tab. 4. Využití ambulancí klienty v Karvinské hornické nemocnici a. s. (interní dokument KHN)

	2016	2017	2018	2019
Interní	98, 46 %	102, 85 %	106, 52 %	108, 86 %
Neurologická	102, 36 %	97, 69 %	102, 56 %	96, 16 %
Chirurgie páteře + anesteziologická amb.	100, 75 %	96, 69 %	97, 54 %	98, 47 %
Rehabilitační	98, 36 %	100, 25 %	100, 36 %	99, 61 %
Pracovní lékařství	101, 36 %	100, 36 %	102, 58 %	101, 83 %
RDG	106, 39 %	108, 36 %	110, 36 %	109, 74 %
Mamograf. Screening	100, 36 %	91, 26 %	96, 58 %	90, 92 %
OKB	110, 26 %	114, 36 %	115, 69 %	118, 24 %
Mamologie	178, 69 %	177, 69 %	178, 36 %	179, 09 %

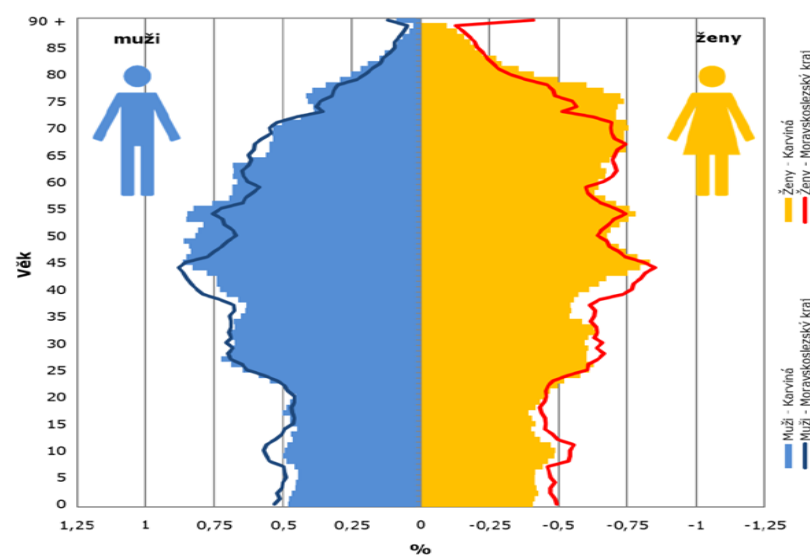
Z tabulky vyplývá, že ambulance v Karvinské hornické nemocnici již řadu let po sobě bez problému plní na 100 % kapacity svých ambulancí a tím se také prokazuje stabilní prostředí nemocnice a klientů, kteří do nemocnice dochází.

Tab. 5. Využití lůžkových oddělení v karvinské hornické nemocnici a. s. (interní dokument KHN, výroční zpráva)

	2016	2017	2018	2019
Interní	72,81 %	71,69 %	67,17 %	68,69 %
Neurologie	73,03 %	69,57 %	69,57 %	70,36 %
Chirurgie páteře	66,78 %	69,41 %	66, 85 %	68,26 %
Ortopedie	73,26 %	72,36 %	67,99 %	69,58 %
Rehabilitace	77,80 %	71, 97 %	62,96 %	66,57 %
Mezioborová JIP	89,59 %	88,26 %	88,69 %	85,36 %

Z dat z tabulky vyplývá, že lůžková oddělení, jsou v nemocnici využívána bez větších rozdílů během jednotlivých let, a i to je důležitý ukazatel pro nemocnici. Při možném rozšíření služeb v nemocnici se předpokládá také nárůst klientů na stávajících odděleních, z důvodů navýšení kapacit lůžek v nemocnici. Hodnoty v tabulce jsou údaje, které se odráží vždy podle let předchozích. Tato tabulka nám ukazuje obloženost lůžek na jednotlivých odděleních za rok.

Současným problémem ve společnosti a současně příležitostí pro nemocnici o možnost rozšíření jejich služeb je prodlužující se délka života a demografické změny vedoucí ke stárnutí populace. Demografický vývoj znamená, že roste podíl lidí nad 60 let věku života oproti lidem do 15 let věku života. Vše vede k tomu, že stále více lidí se dožívá vysokého věku a tito lidé se nejsou schopni sami o sebe postarat bez pomoci svého okolí nebo cizí pomoci (fyzické osoby, ústavních zařízení).



Obr. 6. Věkové rozložení žen a mužů v Karviné a Moravskoslezském kraji
(Fusek, 2019, s. 10)

Z grafu vyplývá, že v Karviné je počet dětí do 10 let v podprůměrné hranici, lidé kolem 35–45 let, jsou taktéž poměrně podprůměrně zastoupeni v rozložení obyvatelstva, a největší a nadprůměrné zastoupení mají lidé kolem 65 let věku. Z grafu vyplývá viditelně nárůst lidí seniorského věku a tím vzniká příležitost pro nemocnice a otevření dalších oddělení určených pro tyto klienty například oddělení následné péče.

10.4 Vyjednávací síly dodavatelů

Vyjednávací sílu dodavatelů tvoří míra specifčnosti produktu a počet dodavatelů. Zdravotnická zařízení jsou závislá na svých dodavatelích, kteří do zařízení dodávají nespočet různých produktů. V současné době existuje na trhu mnoho dodavatelů v oblasti lékárenských služeb, přístrojového vybavení (počítače) nebo kancelářské potřeby, dále hygienické potřeby, produkty pro stravovací část zařízení nebo základní zdravotnický materiál. V menší míře jsou potom počty dodavatelů speciálních zdravotnických přístrojů nebo materiálů. Klíčovými faktory pro výběr dodavatele jsou cena, kvalita nabízených produktů, certifikace produktů, dodací lhůta a také dodací podmínky.

Dodavatelé mají velký vliv na chod nemocnice, jelikož nemocnice si nemůže dovolit, vlivem dodavatelů ohrozit provoz a poskytování služeb pro své klienty. Čím více jsou služby jednotlivých dodavatelů specifčtější a na trhu je málo jiných dodavatelů poskytujících stejné služby, tím více roste síla jednotlivých dodavatelů a cena služeb.

Karvinská hornická nemocnice a.s. v současné době využívá jako dodavatele léčiv například společnosti Zentiva Group a.s., Astellas Pharma s.r.o. Velkým dodavatel přístrojové techniky je pro nemocnici například společnost Siemens, PCS systems s.r.o. jež se specializuje na dodávku a servis informačních technologií, společnost Enco spol. s r.o., která nemocnici dodává pevná i polohovatelná lůžka shodně jako společnost PromoReha s.r.o.

Tab. 6. Vyjednávací síla dodavatelů (vlastní zpracování)

Vyjednávací síla dodavatelů (podle důležitosti, 1 nízká – 10 vysoká)		Celkové pořadí
Množství dodavatelů	8	1.
Specializace produktů	7	2.
Cena produktů – náklady	8	1.
Rychlost dodání produktů	6	3.
Pověst dodavatelů	5	4.
Množství nabízených produktů	6	3.

Výběr dodavatele je pro nemocnici důležitý. Velký vliv na tento výběr má kolik dodavatelů je na trhu a z jakého celkového počtu dodavatelů si nemocnice může vybírat. Čím menší počet dodavatelů, tím roste jejich vyjednávací síla a podmínky pro nemocnici nemusí být vždy příznivé, s čímž souvisí i cena produktů. Dalším důležitým bodem pro nemocnici, jsou specializované produkty, které nemocnice potřebuje pro poskytování svých služeb, čím více je daný produkt specializovaný, tím méně poskytovatelů se na trhu s tímto produktem nachází.

Dodavatel pro nemocnici ovšem není pouze firma poskytující materiál a přístroje do nemocnice, ale také lékaři v soukromých ambulancích (praktičtí lékaři, specialisté), kteří nemocnici dodávají klienty. V tomto vztahu, je velmi důležitá image nemocnice a vzájemné vztahy mezi nemocnicí a lékaři, kteří potřebují služeb nemocnice využít. Nejčastěji se tyto služby týkají vykonávání odborných vyšetření na ortopedických odděleních, vyšetření na RTG odděleních, neurologických, interních či využití přítomné laboratoře v Karvinské hornické nemocnici a.s.

Tab. 7. Záchyt klientů od externích lékařů a zařízení (vlastní zpracování)

Záchyt klientů od externích lékařů a zařízení		Celkové pořadí
Praktičtí lékaři	26 %	1.
Plicní ambulance	13 %	4.
Ortopedické ambulance	18 %	2.
ORL ambulance	5 %	6.
Psychiatrické ambulance	3 %	7.
Neurologické ambulance	17 %	3.
Lázeňské zařízení	12 %	5.

Nejvíce klientů do Karvinské hornické nemocnice a.s. dochází od praktických lékařů. Týká se to nejčastěji vyšetření na odborných ambulancích a oddělení, jako je například RTG oddělení. Nejmenší záchyt klientů je z psychiatrických ambulancí. Nemocnice díky své dobré pověsti je velmi využívané zařízení pro okolní lékaře a oblast odkud jsou k nám klienti posíláni se každým rokem rozšiřuje.

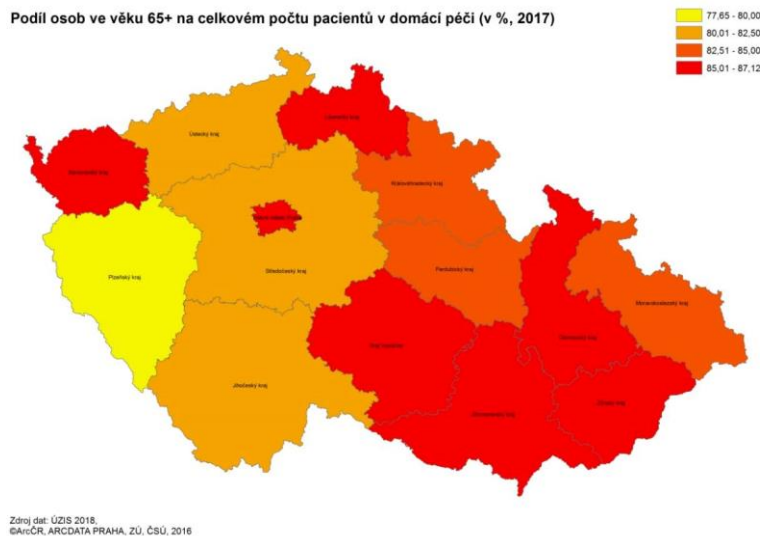
10.5 Substituční výrobky

Substituční výrobky pro zdravotnické zařízení a dlouhodobou institucionální péči je možná terénní péče a ambulantní péče.

Terénní péči je možno zajišťovat, jak v podobě zdravotní, tak i sociální péče. Do této oblasti patří hospicová péče v domácích podmínkách, domácí péče (dlouhodobá i preventivní), osobní asistence, odlehčovací služby.

Hospicová domácí péče – Služby spadající do terénních služeb, jsou poskytovány mobilními hospici. Dle Barabášové (2019, s. 22) se v Moravskoslezském kraji se nachází tři zařízení poskytující tyto služby. Mobilní hospic Strom života, které poskytuje mobilní paliativní péči nevyлéčitelně nemocným klientům. Umožňují klientům být v domácím prostředí se zajištěnou dostupností zdravotní a ošetrovatelské péče. Poskytují také psychoterapeutickou podporu, jak klientům, tak jejím příbuzným. Tento hospic je určen především pro oblast Ostrava, Karviná, Opava a Frýdek Místek. Dalším Hospicem s mobilními službami je hospic Ondrášek, o.p.s., který také pomáhá s nevyлéčitelně nemocnými klienty, a to jak dospělým, tak dětem. Garantují zajištění péče 24 hodin, 7 dní v týdnu, která se skládá z péče zdravotní, sociální, ošetrovatelské a psychologické. Tento hospic poskytuje své služby a dojíždí za klienty do 30 km od města Ostrava. Posledním, kdo poskytuje tyto služby, je v Moravskoslezském kraji Charitativní středisko sv. Kryštofa. Pomáhají lidem v terminální stádiu s léčbou, a nabízí lidskou podporu (MSK, 2019, a, s. 79).

Domácí péče – Domácí péče je péče poskytována rodinnými příslušníky i pracovníky sociálních a zdravotnických služeb. Domácí péče může být dlouhodobá a preventivní. Dlouhodobá domácí péče je většinou u klientů po operačních výkonech nebo u chronicky nemocných. Tato péče se opírá o proškolené rodinné příslušníky a o pracovníky jak sociálních služeb (sociální pracovník), tak služeb zdravotnických (sestra z agentury domácí péče, praktičtí lékaři atd.). V roce 2018 využívalo služeb agentur domácí péče 142 000 klientů a tuto službu využívají především senioři nad 65 let (CZSO, 2020 b). Podle Českého statistického úřadu pracovníci uskuteční až 6. 9 miliónu návštěv u klientů vyžadující tuto péči.

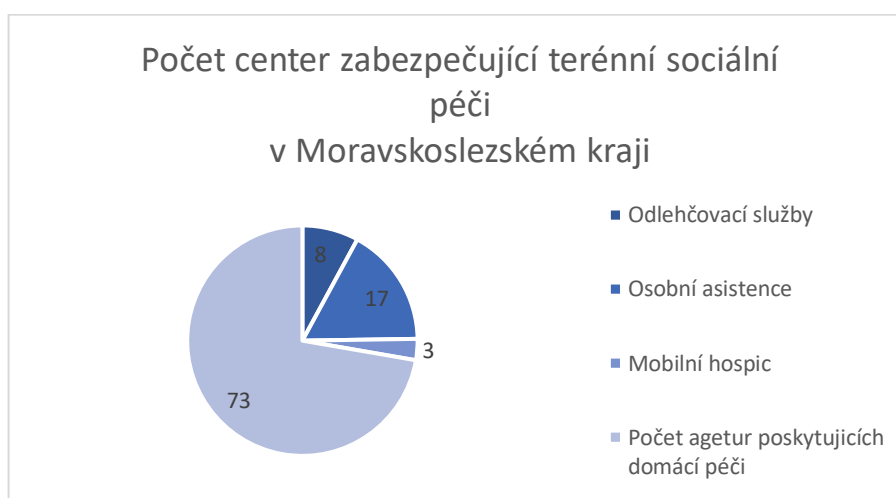


Obr. 7. Podíl osob ve věku 65+ v domácí péči (Wija, 2019, s. 57)

Osobní asistence – Tato terénní služba je poskytována především osobám, které mají potíže se soběstačností z důvodu vysokého věku, s chronickými onemocněními a jejichž stav vyžaduje pomoc jiné osoby. Tato služba většinou není časově omezená, poskytuje se lidem v jejich přirozeném prostředí a lidem se dostává pomoci při běžných činnostech všedního dne. Tuto službu využívalo v roce 2017 na celém území republiky 8 743 klientů. Nejvíce klientů využívající tuto službu, při rozdělení podle krajů, je v hlavním městě Praha (1 833 klientů) a nejméně v Plzeňském a Karlovarském kraji. V České republice ve 101 krajích z celkového počtu 206 (Wija, 2019, s. 46, s. 47) nebyl registrován ani jeden klient požadující služby osobní asistence. Služby osobní asistence poskytují a jako nejbližší substituty pro Karvinskou hornickou nemocnici a.s., jsou Centrum pro rodinu a sociální péči z. s. v Ostravě, které nabízí své služby pro klienty s kombinovaným postižením, Centrum pro zdravotně postižené Moravskoslezského kraje o.p.s. v Opavě, Centrum sociálních služeb Bohumín, příspěvková organizace, Charita Český Těšín, nebo Slezská diakonie působící v Karviné a v Českém Těšíně a v neposlední řadě Sociální služby Karviná, příspěvková organizace. (MSK, 2020 b)

Odlehčovací služby – Odlehčovací služby jsou poskytovány v terénní, ambulantní či pobytové formě. Při terénní formě se zaměstnanci jednotlivých center snaží pomoci spíše osobám pečujícím například o lidi s chronickým onemocněním či seniory staršího věku a dopřát jim možnost nezbytného odpočinku. Tato služba není časově omezená, poskytuje se lidem v jejich přirozeném prostředí a lidem se dostává pomoci při běžných činnostech všedního dne. Odlehčovací služby využívalo v 2017 celkem 5 674 klientů. Tuto službu využívají podle

Atlasu dlouhodobých služeb (Wija, 2019, s. 47) spíše ženy v seniorském věku. Nejvíce se tato služby využívá ve Středočeském kraji, kde tyto služby využívalo v roce 2017 až 1 319 klientů a nejméně je využívání v kraji Plzeňském. V celorepublikovém srovnání z 206 obvodů, nebylo v 99 z nich evidován jediný klient využívající tuto službu. V Moravskoslezském kraji tyto služby poskytuje například GALAXIE CENTRUM POMOCI z.ú. v Karviné, která nabízí terénní služby pro klienty s mentálním postižením, Charita Frýdek – Místek ve Frýdku Místku, poskytuje terénní služby pro seniory, a dále Slezská diakonie, která má více působišť v rámci celého Moravskoslezského kraje. (MSK, 2020 b)



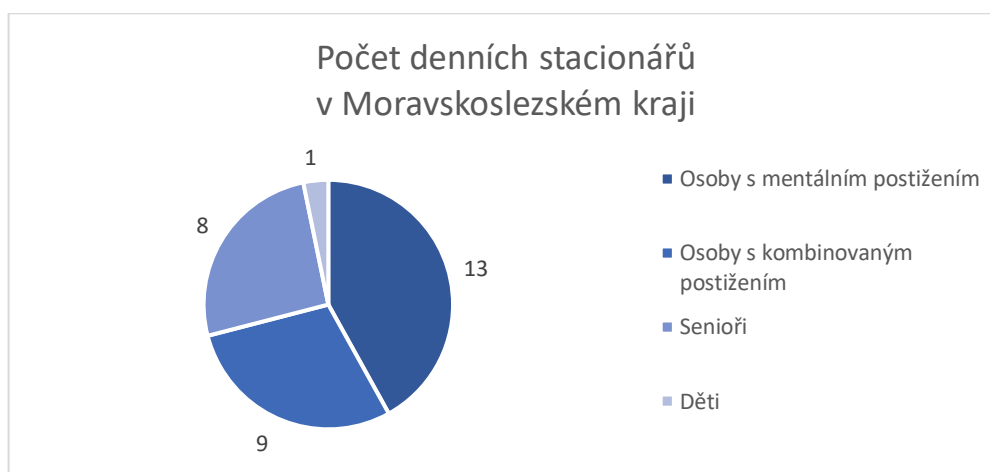
Graf. 1. Počet center zabezpečující terénní sociální péči v Moravskoslezském kraji (vlastní zpracování)

V Moravskoslezském kraji v současné době působí 8 center, které poskytují odlehčovací služby, osobní asistenci se věnuje 17 center, jako mobilní hospic působí 3 zařízení, a největší zastoupení v této kategorii jsou zařízení poskytující domácí péči, a to v počtu 73 center. Tyto centra poskytují terénní sociální a zdravotní služby.

Ambulantní péče je také zajišťována jak pro sociální, tak pro zdravotnickou péči. Jako ambulantní péče pro dlouhodobou léčbu se především myslí návštěvy denních stacionářů, center denních služeb a odlehčovací služby.

Denní stacionář – Denní stacionáře poskytují ambulantní formu pomoci, což znamená, že sami klienti dochází do těchto zařízení. Tato zařízení jsou určena především pro pomoc se soběstačností klientů a s činnostmi spojenými s běžným životem klienta. Dle Wiji (2018, s. 78) denní stacionáře v roce 2017 využívalo 6 323 klientů. Tuto službu využívají více ženy, a to v poměru 2 825 žen (45 %), ke 2 530 mužů (40 %), a 968 dětí do 18 let (15 %). Denní stacionáře v posledních letech evidují spíše nárůst zájmu o poskytování těchto služeb.

V 78 obvodech z 206 v České republice ovšem Ministerstvo práce a sociálních věcí neevi-
duje ani jednoho uživatele těchto služeb. Možnost využití denních stacionářů nabízí napří-
klad Centrum sociální pomoci Třinec, příspěvková organizace, která poskytuje ambulantní
stacionář pro klienty s kombinovaným postižením v Třinci, Centrum sociálních služeb Bo-
humín, příspěvková organizace, ambulantní stacionář pro osoby s mentálním postižením
s působením v Bohumíně, Centrum sociálních služeb pro seniory Pohoda, příspěvková or-
ganizace, ambulantní stacionář určený pro klienty seniorského věku v Bruntále, Diakonie
ČCE - středisko v Ostravě, ambulantní stacionáře určen pro seniory, GALAXIE CENTRUM
POMOCI, ambulantní stacionář pro klienty s mentálním postižením v Karviné a Sociální
služby Karviná, příspěvková organizace, ambulantní stacionář pro osoby s kombinovaným
postižením (MSK, 2020b).

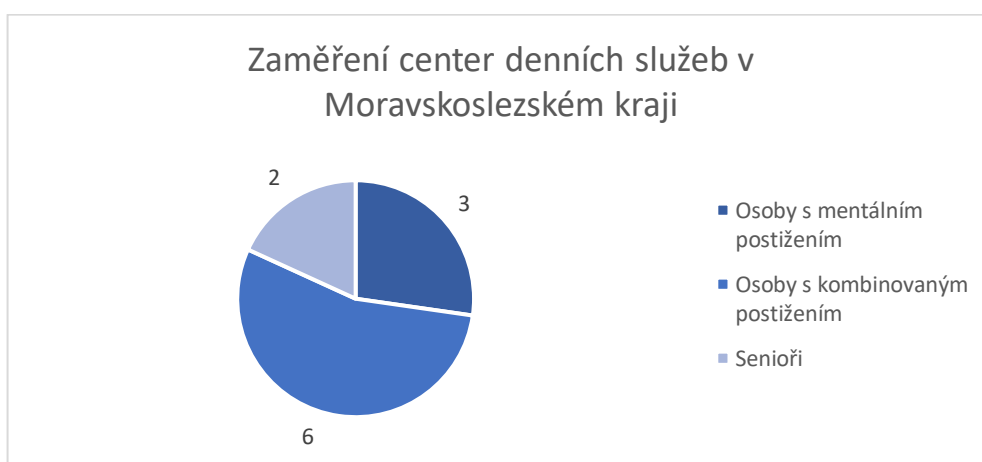


Graf. 2. Počet denních stacionářů v Moravskoslezském kraj (vlastní zpracování)

Denní stacionáře se mohou zaměřovat na více služeb, které následně nabízejí klientům, vy-
žadujících jejich pomoc. Více zaměření znamená, že poskytují své služby například pro kli-
enty s kombinovaným postižením, nebo seniorům, kteří tuto pomoc potřebují z důvodu vy-
sokého věku. Centra, která poskytují tuto pomoc se nachází po celém Moravskoslezském
kraji, příkladem může být Slezská diakonie, která má své pobočky po celém kraji a jejich
zaměření se může lišit. Pouze jeden denní stacionář v kraji je zaměřen jen na pomoc dětem,
a to od 1-7 let, a jeho zaměření je dětská rehabilitace.

Centra denních služeb – Centra denních služeb poskytují ambulantní služby, sami klienti
dochází do těchto zařízení a nejsou zde poskytovány služby pobytové. Tato zařízení jsou
určena především pro pomoc se soběstačností klientů a činnostmi spojenými s běžným ži-
votem klienta. Centra, která poskytují možnost využití denních služeb v Moravskoslezském

kraji jsou například Centrum pečovatelské služby Frýdek-Místek, příspěvková organizace, poskytuje služby v ambulantním režimu a je určena především pro seniory, Centrum sociálních služeb Poruba, příspěvková organizace, také poskytuje své služby jako ambulantní centrum především pro seniory, Charita Frýdek – Místek, své ambulantní služby poskytuje především pro klienty s kombinovaným postižením, Charita Ostrava, ambulantní služby jsou určeny pro klienty s mentálním postižením a Sociální služby Karviná, příspěvková organizace, které také své služby poskytuje v ambulantní formě pro klienty s kombinovaným postižením (MSK, 2020b).



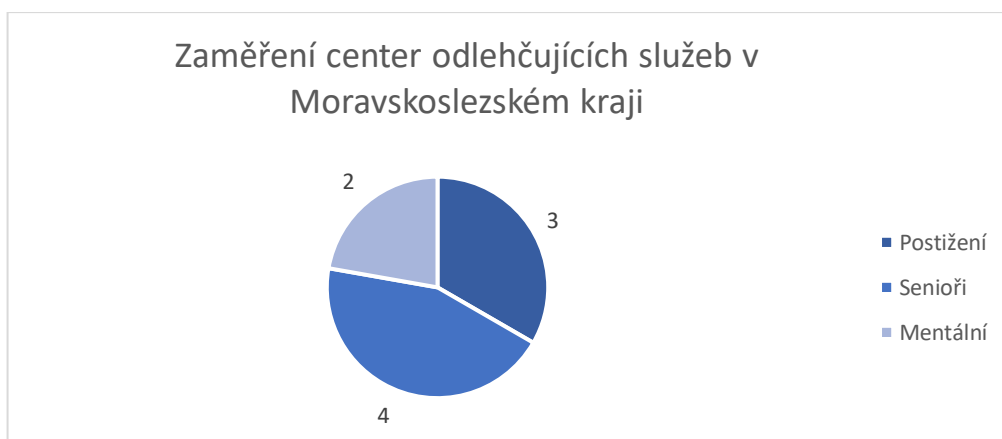
Graf. 3. Zaměření center denních služeb v Moravskoslezském kraj (vlastní zpracování)

Odlehčovací služby – Tyto služby, jsou především určeny lidem (nejvíce se to týká rodinných příslušníků), kteří se starají o klienty, kteří potřebují jejich neustálou pomoc. Cílem je poskytnutí pomoci těmto lidem a umožnit jim tak nezbytný odpočinek. Pomoci se jim dostává s osobními potřebami klientů, zprostředkování kontaktů, terapeutické činnosti a také pomoci při prosazování svých práv. S možností ambulantních služeb se v Moravskoslezském kraji nachází například Centrum pro rodinu a sociální péči z. s., určeno pro klienty s kombinovaným postižením, ITY z. s. s působením ve Starém Jičíně, která své služby nabízí i pro přilehlé okolí a zaměřuje se na klienty s kombinovaným postižením. Odlehčovací služby se následně mohou dělit jak do formy ambulantní, tak terénní. V Moravskoslezském kraji jsou tyto služby zastoupení v poměru: ambulantní služby poskytují 4 centra, a terénní služby center 8 (MSK, 2020 b).



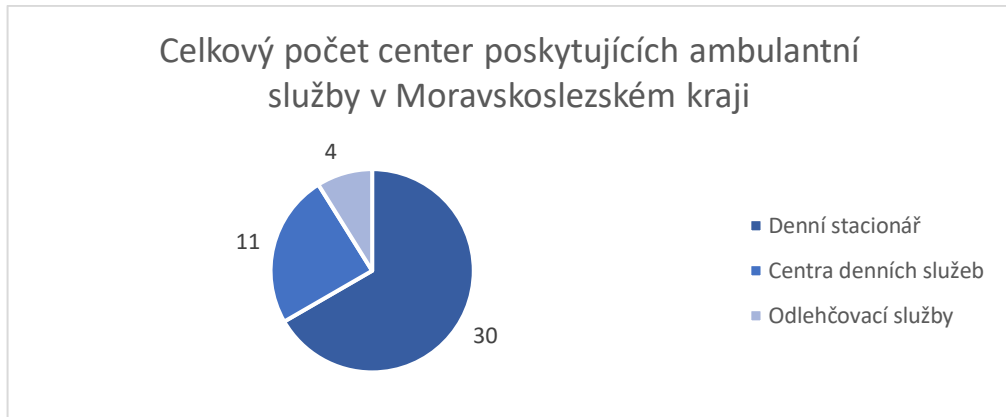
Graf. 4. Druhy odlehčovací péče (vlastní zpracování)

Tyto centra se opět od sebe odlišují poskytnutími službami, které centra nabízejí, a na co se zaměřují. Nejvíce se tyto centra soustředí na pomoc seniorům.



Graf. 5. Zaměření center odlehčujících služeb v Moravskoslezském kraji
(vlastní zpracování)

Celkové zastoupení center poskytujících tyto služby je v Moravskoslezském kraji následující: nejvíce jsou zastoupeny denní stacionáře, které poskytuje 30 center, dále centra denních služeb – 11 center a nejméně jsou zastoupeny odlehčovací ambulantní centra, tyto jsou pouze 4 v celém kraji.



Graf. 6. Celkový počet center poskytujících ambulantní služby v Moravskoslezském kraji (vlastní zpracování)

Pro Karvinskou hornickou nemocnici a.s. tyto zařízení nejsou vysloveně hrozbou, jelikož neposkytují pobytové služby a míra poskytnutí zdravotnických služeb neodpovídá kvalitám, které může klient dostávat přímo ve zdravotnickém zařízení a zaměření těchto center se liší od plánových poskytovaných služeb v nemocnici. V rámci nemocničního zařízení je výskyt hrozby poměrně nízký, díky složitosti vzniku nových ambulancí či nemocnic. Důvodem jsou vysoké pořizovací náklady, či složitá legislativa a splnění všech podmínek pro vznik zdravotnických zařízení.

11 ANALÝZA SOUČASNÉ ÚROVNĚ POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ PÉČE V KARVINSKÉ HORNICKÉ NEMOCNICI A.S.

V současné době Karvinská hornická nemocnice a.s. nenabízí možnost lůžkové sociální péče. V nemocni se nachází pouze zdravotně-sociální pracovník, který poskytuje poradenství klientům a jeho rodinným příslušníkům, kteří si tyto služby sami vyžádají. Tato služba je určena pouze pro hospitalizované klienty v Karvinské hornické nemocnici a.s. Především se zdravotně-sociální pracovník v nemocnici věnuje klientům v nepříznivé životní nebo zdravotní situaci. Klientům pomáhá zajistit následnou péči po propuštění, dále poskytuje poradenství a informace o možnostech výběru druhu sociální pomoci po propuštění.

V současné době o vstup na tento trh a zavedení lůžkové sociální péče uvažuje také Karvinská hornická nemocnice a.s., která své služby poskytuje již řadu let a tato nemocnice má své stabilní místo v rámci zdravotnických zařízení a poskytování zdravotnických služeb. Tato nemocnice disponuje vysokou kvalitou poskytovaných služeb, moderní a velmi kvalitně vybaveným prostředím i moderními diagnostickými přístroji. Tím, že se nemocnice specializuje na vybraná oddělení, může v rámci svých služeb disponovat s nadstandardní strukturou poskytované péče v rámci přítomných oddělení.

Nemocnice se každoročně umísťuje vysoko při hodnocení nemocnic v rámci České republiky, což napovídá o oblíbenosti nemocnice mezi klienty, a díky tomu je Karvinská hornická nemocnice a.s. velmi vyhledávaným zdravotnickým zařízením v Moravskoslezském kraji, čímž se naznačuje předpoklad, že při zavedení nové činnosti sociální péče v rámci nemocnice, bude i toto oddělení brzy využíváno širokou klientelou. Dobrá pověst zařízení v podvědomí lidí znamená mnoho příležitostí pro nemocnici samotnou, jak v rámci spádové oblasti nemocnice, tak i mimo spádovou oblast. Jedinou nevýhodou pro klienty nemocnice je ne příliš dobrá pověst okolí nemocnice, kde se zařízení nachází a dostupnost zařízení pro hromadnou dopravu. V posledních letech ovšem dochází i k nápravě těchto skutečností.



Obr. 8. Ocenění nemocnice (KHN, 2020)

Při interní analýze vnitřního prostředí nemocnice, dojde ke zhodnocení současných klíčových faktorů Karvinské hornické nemocnice a.s. V interní analýze je jako jediný a hlavní zdroj informací použítí interních dokumentů Karvinské hornické nemocnice a.s.

11.1 Organizace a řízení Karvinské hornické nemocnice a.s.

Karvinská hornická nemocnice a.s. je soukromé zdravotnické zařízení, které je vedeno jako akciová společnost. Nemocnice vznikla na základě Zakladatelské smlouvy ze dne 8. 3. 1995, zápisem v Obchodním rejstříku vedeném Krajským soudem v Ostravě. Ředitelem nemocnice je pan MUDr. Tomáš Canibal a současně je také členem představenstva společně s panem Mgr. Ing. Přemyslem Jankem, který je určen pro ekonomickou a provozně-obchodní oblast a paní Ing. Evou Trotter, která se zabývá oblastí personálně-právní.

Stupně řízení v Karvinské hornické nemocnici a.s. se skládají z valné hromady, jako nejvyššího orgánu a.s., dozorčí rady – kontrolní orgán, dále následuje představenstvo, jako statutární orgán nemocnice, ředitel, který představuje v nemocnici výkonný orgán, pak následuje samotné vedení nemocnice, a nakonec jsou součástí stupně řízení střední management jakožto vedoucí pracovníci jednotlivých oddělení. Vedení nemocnice plní jednotlivé úkoly představenstva a zodpovídá za jejich realizaci. Nemocnice veškerou svou činnost realizuje prostřednictvím porady ředitele, která se koná jedenkrát týdně a projednává se zde celá problematika provozu nemocnice, realizace investic a oprav, veškeré personální otázky a koordinace veškerých činností jednotlivých oborů a oddělení. Z těchto porad vyplynou průběžné úkoly pro jednotlivé členy a z porady je vždy učiněn zápis. Vedení nemocnice dále komunikuje se svými zaměstnanci pomocí primářských a staničních porad, které se uskutečňují jednou za měsíc a kde jsou informováni o aktuálním děním v nemocnici, o jednotlivých stanovených úkolech, dále se zde projednávají otázky plnění parametrů kvality a personální otázky.

11.1.1 Organizace a řízení sociální péče v Karvinské hornické nemocnici a.s.

V Karvinské hornické nemocnici a.s. se sociální péče vyskytuje pouze ve formě poradenství. Tato služba je navíc poskytována pouze hospitalizovaným klientům v nemocnici. V rámci nemocnice se nachází pouze jeden zdravotně-sociální pracovník, který především poskytuje poradenství klientům a jeho rodinným příslušníkům, kteří si tyto služby sami vyžádají, nebo pokud již klientův zdravotní stav nevyžaduje pouze služby zdravotnické, ale i služby sociální péče a nemocnice tak potřebuje řešit jejich možné přeložení na oddělení následné péče

do okolních nemocnic či zařízení a uvolnit tak potřebné místo pro klienty akutní lůžkové péče. Především se zdravotně-sociální pracovník v nemocnici věnuje klientů v nepříznivé životní či zdravotní situaci. Pomáhá klientům s podáním žádostí do zařízení následné péče, s pomocí některých osobních záležitostí, dále poskytuje poradenství a informace o možnostech výběru druhu sociální pomoci po propuštění. Součástí jeho práce je posuzování životní situace klienta a zpracovávání zpráv pro příslušné úřady veřejné správy.

Karvinská hornická nemocnice a.s. v současné době nedisponuje oddělením sociální lůžkové péče. Klienti doporučení ošetřujícím lékařem nebo klienti, kteří si sami podali osobní žádosti k přeložení na tyto oddělení, jsou v současné době uloženi na stávajících odděleních, především interních oddělení, kde čekají na svůj překlad do okolních nemocnic nebo zařízení tomu uzpůsobených. Během této doby, jsou klienti uživateli akutní lůžkové péče a využívají plně zdravotnických služeb daného oddělení. Pro mnohé klienty je nepřítomnost oddělení následné péče velkým nedostatkem nemocnice, jelikož klienti, kteří jsou spokojeni se službami v nemocnici by rádi svou léčbu dokončili ve stejném zařízení a pro mnohé je komplikací jejich stávající situace i nutný převoz, a změna prostředí a přístupu při léčbě.

Většina klientů začíná tento proces klasickým přijetím na lůžkové oddělení v nemocnici. Kritické se pro ně stává období před propuštěním, kdy jejich zdravotní stav již nevyžaduje pouze zdravotnickou péči, ale také péči sociální a kdy nejsou schopni se o sebe postarat v domácím prostředí bez pomoci jiné osoby. V této situaci nastupuje do procesu sociálně zdravotní pracovník, který má zde především funkci informátora a zprostředkovatele další pomoci a také koordinátora dalšího postupu. Pomáhá klientovi seznámit se s možnostmi dalšího postupu, s vyhledáváním zařízení následné péče a také jako zprostředkovatel podává za klienta žádost o přeložení na oddělení následné péče příslušným úřadům. Zdravotně sociální pracovník slouží v tomto procesu především, jako koordinátor následných služeb pro klienta.

Zdravotně sociální pracovník podléhá, jako ostatní zaměstnanci nemocnice, vedení nemocnice. Vedoucí zaměstnanci odpovídají za to, že veškeré jejich činnosti i činnosti jejich podřízených pracovníků odpovídají právnímu řádu a jsou povinni využívat všech jeho možností k efektivní činnosti nemocnice. Zdravotně sociální pracovník plně odpovídá za činnosti, které vykonává v rámci práce pro zdravotnické zařízení.

11.2 Hmotné zdroje

Karvinská hornická nemocnice a.s. se v současné době skládá ze dvou hlavních budov, které byly vybudovány začátkem padesátých let minulého století a sloužily pro účely Vojenské nemocnice. V letech 1985 až 1988 procházel objekt rozsáhlými rekonstrukcemi, kde docházelo k přístavbám k hlavním budovám. V objektu nemocnice každoročně dochází k rozsáhlým rekonstrukcím jednotlivých oddělení. Tyto rekonstrukce se týkají jak stavebních úprav jednotlivých oddělení, tak vybudování nových provozů. Karvinská hornická nemocnice a.s. je výhradním a jediným majitelem budov nemocnice a pozemků kde se nemocnice nachází, což je velmi pozitivní krok ke stabilizaci nemocnice. V blízké budoucnosti nemocnice plánuje výstavbu další třípatrové budovy, která bude propojena se stávající objekty a otevření této budovy je plánováno na příští rok 2021. V této budově, by mělo být otevřeno nové oddělení pro ortopedii, čímž dojde k rozšíření stávajících služeb a vzniknou tak nové příležitosti pro klienty, kteří chtějí využít služeb nemocnice, dále oddělení následné péče, které se doteď v nemocnici nenachází a prostory pro další možné ambulance. Součástí Karvinské hornické nemocnice a.s. je také budova zdravotnického střediska v části města Karviná – Ráj, kde se nachází ambulance gastroenterologické ambulance Karvinské hornické nemocnice a.s., dále jsou zde ambulance alergologie, interní, neurologické, rehabilitační a praktického lékařství. Součástí prostor kolem nemocnice, je i přilehlé parkoviště, které bylo v loňském roce rozšířeno a rekonstruováno díky pomoci města Karviná.

V Karvinské hornické nemocnici se nachází řada ambulancí a lůžkových oddělení. V současné době jsou zde oddělení neurologie, interní, ortopedické, oddělení chirurgie páteře a rehabilitační oddělení. V nemocnici se nachází dvě oddělení JIP, a to JIP ortopedie a chirurgie páteře a Mezioborová jednotka intenzivní péče. Samozřejmostí je bezbariérový vstup do nemocnice. Všechna oddělení jsou vybavena moderními přístroji, materiálem a veškerými potřebnými věcmi pro správné fungování jednotlivých oddělení. Každý rok dochází k postupné modernizaci přístrojů, příkladem je plánovaná modernizace na Radiodiagnostickém oddělení, která proběhne letos v červnu nákupem nového přístroje magnetické rezonance a RTG přístrojů na jednotlivé snímkovny. Nemocnice si tuto modernizaci hraří z vlastních zdrojů. Jelikož nemocnice má dobrou pověst v podvědomí lidí, ozývá se otázka od lidí, proč nemocnice nedisponuje více odděleními, jako jsou oddělení gynekologické, chirurgické nebo oddělení následné péče.

Karvinská hornická nemocnice a.s. v současné době nedisponuje oddělením sociální lůžkové péče. Klienti doporučení k přeložení na tyto oddělení, jsou v současné době uloženi na stávajících odděleních, především interních oddělení, kde čekají na svůj překlád do okolních nemocnic, či zařízení tomu uzpůsobených. Během této doby, jsou klienti uživateli akutní lůžkové péče a využívají služeb daného oddělení. Příležitostí pro vybudování a zavedení této služby sociální péče, je budoucí plán výstavby nové budovy v rámci areálu nemocnice, který je v současné době již realizován. Oddělení se má nacházet ve druhém patře této nové budovy, kde samozřejmě bude bezbariérový vstup do nemocnice. Kvůli probíhající nákaze COVID – 19, jsou ovšem veškeré projekty do odvolání pozastaveny.

11.3 Nehmotné zdroje

Mezi nehmotné zdroje se řadí nehmotný majetek, jako softwary nemocnice, databáze a ocenitelná práva nemocnice s platností déle než jeden rok. V současné době nemocnice využívá programy nutné k provozu jednotlivých oddělení, patří zde nemocniční systém Akord, který slouží k evidenci a zápisu klientů, další portál, který se využívá, je Marieportal, důležitý ke komunikaci s ostatními nemocnicemi, či s prací s informačním systémem PACS, který je styčným programem pro ukládání snímků jednotlivých vyšetření klientů. Marieportal slouží k posílání snímků a ulehčení vzájemné spolupráce s ostatními nemocnicemi.

Karvinská hornická nemocnice a.s., v současné době nedisponuje oddělením sociální lůžkové péče, ale v rámci nemocnice, je k zastížení sociálně zdravotní pracovník. V rámci sociálních služeb poskytujících nemocnicí v současné době, nejsou potřeba žádné speciální nehmotné zdroje, ale vše je dostačující v současné podobě. Pro budoucí záležitosti týkajících se poskytování lůžkových sociálních služeb, nemocnice podala žádost o zařazení do registru poskytovatelů těchto služeb k získání oprávnění umožňující poskytování pobytové sociální služby ve zdravotnickém zařízení.

Dále nemocnice využívá speciální programy pro objednávku léčiv, prádla a dalších možností. V roce 2005 byla Karvinská hornická nemocnice a.s. oceněna certifikátem kvality Spojené akreditační komise a v roce 2008, 2011 a 2014 jej obhájila. V roce 2015 a pak v roce 2019 oddělení klinické biochemie úspěšně zvládlo náročné podmínky dozorového auditu, který byl proveden posuzovateli samostatného a nezávislého odborného útvaru Národního

autorizačního střediska pro klinické laboratoře při ČLS JEP a získalo tak již potřetí „Osvědčení o splnění podmínek Auditů II“. V roce 2016 Ministerstvo zdravotnictví prodlužuje nemocnici platnost akreditace pro obor rehabilitační a fyzikální medicíny.

11.4 Lidské zdroje

Lidské zdroje, jsou v každé nemocnici tou hlavní hybnou silou, pro fungování samotného zařízení. V Karvinské hornické nemocnici je v současné době 457 zaměstnanců. Zaměstnanci nemocnice se skládají z lékařů, zdravotních sester a asistentů, laborantů, managementu a provozních pracovníků. V současné době je v nemocnici 77 lékařů, 160 zdravotních sester a asistentů, 9 farmaceutických pracovníků, 35 lidí tvoří nelékařský personál s odbornou způsobilostí, 17 pracovníků jsou nelékaři s odbornou specializovanou způsobilostí, 48 zdravotníků nelékařů pod odborným dohledem, 28 THP, 83 pracovních dělníků. V nemocnici se v posledních letech nachází spíše mladý kolektiv, věkový průměr se pohybuje kolem 28 let. Mezi zaměstnanci převažují spíše ženy v počtu 382 žen oproti mužům. V nemocnici je 276 zaměstnanců s vysokoškolským vzděláním. Pro fungování nemocnice je důležitá vzájemná spolupráce mezi zaměstnanci jednotlivých oddělení. Velký vliv na zaměstnance samotné má prostředí nemocnice, přístup managementu k zaměstnancům, platové ohodnocení, dostatečné motivování pomocí benefitů, seznámení zaměstnanců s vizí a strategií nemocnice. Karvinská hornická nemocnice nabízí svým zaměstnancům benefity v podobě slevy na stravném, slevy do kantýny a do automatů na kávu rozmístěných v areálu nemocnice, zaměstnanci mají také slevy na využití nadstandardních pokojů na oddělení, dále nabízí využití rekreačních chaty v podhůří Beskyd se zvýhodněnou cenou. Každoročně pořádá celodenní výlety pro své zaměstnance a rodinné příslušníky do hor za symbolickou cenu 100 Kč.

V Karvinské hornické nemocnici a.s. se nachází pouze jeden zdravotně-sociální pracovník, který především poskytuje poradenství klientům a jeho rodinným příslušníkům, kteří si tyto služby sami vyžádají nebo pokud nemocnice potřebuje řešit jejich přeložení na oddělení následné péče do okolních nemocnic či zařízení. Tato služba je určena pouze pro hospitalizované klienty v Karvinské hornické nemocnici a.s. a především se zdravotně-sociální pracovník v nemocnici věnuje klientů v nepříznivé životní či zdravotní situaci.

Celý Moravskoslezský kraj i Karvinská hornická nemocnice a.s. se potýká s velkým problémem a tím je nedostatek zdravotnického personálu. Na mnoha odděleních v nemocnicích chybí zdravotnický personál, který je nezbytný pro fungování nemocnic. Nemocnice se tento

problém snaží řešit pomocí pracovních sil ze zahraničí a spoluprací se zdravotnickými školami v blízkém okolí. Příležitostí v loňském roce pro nemocnici bylo zrušení řady oddělení v okolích nemocnicích a tím vznikla větší poptávka po pracovních místech ze strany zdravotnických pracovníků.

11.5 Finanční zdroje

Finanční zdroje Karvinské hornické nemocnice a.s. jsou omezené a jakožto soukromá nemocnice nemůže také spoléhat na pravidelnou pomoc státu, kraje nebo města při nákupu a renovaci svého majetku. Tím se ovšem nevylučují příležitostné dotace, které nemocnice již od města Karviná či státu dostala na nákup nových přístrojů. Převážně si nemocnice vše hradí sama ze svých vlastní zdrojů, popřípadě pomocí bankovních úvěrů, dotací nebo finančních darů. Největší část finanční příjmů nemocnice tvoří zdravotní pojišťovny, jako plátcí zdravotních služeb. Další příjmy nemocnice plynou přímo od klientů nemocnice za například poplatky při akutním příjmu mimo základní pracovní dobu (regulační poplatek ve výši 90 Kč), za nadstandartní pokoje, dále z plateb za zpoplatnění výkonů. Ceník výkonů je volně dostupný na internetových stránkách nemocnice. Další příjmy má nemocnice z provozu kantýny v areálu nemocnice nebo z lékárenských služeb.

Sociální služby jsou v nemocnicích poskytovány pouze ve formě poradentství. Klienti, kteří mají podanou žádost na přeložení na oddělení čekají na normálních odděleních určených pouze pro akutní lůžkovou péči na přeložení a využívají nadále plně zdravotních služeb a tudíž je vše nadále plně hrazeno ze zdravotního pojištění. Tato péče je pro dlouhodobý pobyt velmi nákladná, a tudíž jak pro nemocnici, tak zdravotní pojišťovny nežádoucí.

Nemocnice se snaží o vyrovnané hospodaření. Za rok 2019 bylo hospodaření pozitivní i když nákladové položky oproti loňskému roku vzrostly, ale jsou úměrné nárůstu klientů na ambulancích, počtu hospitalizačních případů a ošetrovacích dnů. Za rok 2019 došlo k nárůstu o 4,7 milionu Kč u zdravotnické materiálu, u léků byl nárůst o 1,5 milionu Kč. Mzdové náklady oproti loňskému roku vzrostly o 22,7 milionu Kč (8,6 %) na současných 285,4 milionu Kč. I tak nemocnice uplynulý rok považuje velmi dobrý a byly splněny veškeré parametry zdravotních pojišťoven. Za uplynulý rok bylo vynaloženo 1,225 tisíc Kč na vzdělávání zaměstnanců, který v přepočtu činí asi 2 952 Kč na jednoho zaměstnance.

Tab. 8. Srovnání zisku nemocnice za rok (bez dohadových položek)
(interní dokument KHN)

	Zisk za celý rok
2019	6,488 tisíc Kč
2018	9,225 tisíc Kč
2017	10,817 tisíc Kč
2016	11,242 tisíc Kč

12 FINANČNÍ ANALÝZA

Finanční analýza je analýza, díky které se dá vyhodnotit finanční situace podniku. Analýza Karvinské hornické nemocnice a.s. se bude provádět pomocí rozvahy, analýzy výkazu zisku a ztrát a díky poměrovým ukazatelům. Porovnávat se budou roky 2016–2018. Karvinská hornická nemocnice a.s., je vedena jako akciová společnost s počátečním kapitálem 1 000 000 Kč. Veškeré informace jsou čerpány z výročních zpráv nemocnice.

12.1 Horizontální analýza

Ukazuje vývoj položek aktiv a pasiv v čase. Výsledkem je růst nebo pokles daných položek v časovém období 2016–2018 – viz tabulka v Příloze č. IV. Z tabulky je patrné, že celková aktiva i pasiva nemocnice v roce 2017 mírně klesla oproti roku 2016, ale v roce 2018 mají opět stoupající tendenci. K největším změnám v této rozvaze došlo u položek hmotného majetku, kdy v roce 2018 došlo k vyšší míře nákupu hmotného majetku. Oproti roku 2016 se také zvýšily pohledávky vůči nemocnici, a tím dochází ke snížení peněžních prostředků. Z rozvahy je patrné, že hospodářský výsledek má stoupající tendenci.

12.2 Vertikální analýza

Tato analýza poukazuje na procentuální podíl položek aktiv a pasiv. Celková aktiva i pasiva se drží ve sledovaných letech na poměrně stejných procentech, z toho vyplývá že nemocnice je finančně stabilní. Investice nemocnice do dlouhodobého majetku, by neohrozilo budoucí funkčnost a poskytování služeb nemocnice.

Tab. 9. Vertikální analýza (vlastní zpracování, výroční zpráva)

AKTIVA	Vertikální analýza (v tis. Kč)			%		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018
AKTIVA CELKEM	335 585	315 846	321 913	100 %	94 %	96 %
B. Stálá aktiva	155 503	167 510	172 215	100 %	108 %	111 %
C. Oběžná aktiva	178 708	144 885	147 230	100 %	81 %	82 %
D. Časové rozlišení aktiv	1 374	3 451	2 468	100 %	251 %	180 %

PASIVA	Horizontální analýza			%		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018
PASIVA CELKEM	335 585	315 846	321 913	100 %	94 %	96 %
A. Vlastní kapitál	145 346	146 660	155 237	100 %	101 %	107 %
B. + C. Cizí zdroje	189 619	168 284	165 829	100 %	89 %	87 %
C. Závazky	189 619	168 284	165 829	100 %	89 %	87 %
D. Časové rozlišení pasiv	620	902	847	100 %	146 %	137 %

12.3 Výkaz zisku a ztrát – horizontální

Jedná se o vývoj položek v čase. Sledujeme buď růst nebo pokles položek. Výkaz zisku a ztrát je prezentován v příloze P V. Ve sledovaném období vidíme, že tržby mají mírně stoupající tendenci, velký rozdíl sledujeme u položek pohledávky, kde nemocnice čeká na zaplacení ze strany svých odběratelů. Celkový obrat nemocnice je stále vyrovnaný i přes některé výkyvy ve výkaze zisku a ztrát.

12.4 Výkaz zisku a ztrát – vertikální

Jedná se procentuální zobrazení a zhodnocení výkazu zisku a ztrát – viz Příloha P VI. Z položek je patrné, že nejvýznamnější položky jsou úroky, a finanční výnosy a náklady.

12.5 Poměrové ukazatele

12.5.1 Ukazatel zadluženosti

Tento ukazatel nám říká, jak je nemocnice zadlužena a kolik cizích zdrojů využívá.

Tab. 10. Ukazatel zadluženosti (vlastní zpracování)

	2016	2017	2018
Cizí zdroje	189 619	168 284	165 829
Celková aktiva	335 585	315 846	321 913
Výsledek	57 %	53 %	51 %

Nemocnice má dva bankovní úvěry. Ukazatel zadluženosti nám říká, že nemocnice má převahu vlastních zdrojů před zdroji cizími. Úroky jsou kryty z hospodářského výsledku. Zadluženost je nízká, z čehož vyplývá, že je možné pořídit si další bankovní úvěr na rozšíření nemocnice, bez toho, aniž by se nemocnice dostala do potíže se splatností úvěru.

12.5.2 Ukazatel likvidity

Tento ukazatel nám seznamuje se schopností nemocnice platit své závazky.

Tab. 11. Ukazatel likvidity (vlastní zpracování)

	2016	2017	2018
Oběžná aktiva	178 708	144 885	147 230
Krátkodobé závazky	94 933	72 653	73 784
Výsledek	1,9	2,0	2,0

Ideální hodnota likvidity má vyjít v rozmezí 1,5 – 2,5. Nemocnice podle těchto hodnot efektivně využívá své finanční prostředky.

12.5.3 Rentabilita tržeb

Rentabilita je výsledkem podílu čistého zisku a tržeb.

Tab. 12. Rentabilita tržeb (vlastní zpracování)

	2016	2017	2018
Výsledek hospodaření po zdanění	98 700	14 316	14 229
Tržby z prodeje vlastních výrobků a služeb	374 715	406 686	414 256
Výsledek – ROS	26 %	3,5 %	3,4 %

Tento ukazatel vyjadřuje, zda nemocnice efektivně využívá aktiva, vzhledem k dosaženému zisku. Rentabilita tržeb v roce 2016 ukazuje vysoké procento, jelikož v tomto roce bylo méně investováno do hmotného majetku než v letech následujících. Z tabulky vyplývá, že v roce 2017 sice vzrostly tržby, ale celkový výsledek hospodaření je nižší z důvodu investování nemocnice.

13 SWOT ANALÝZA

SWOT analýza, je metoda, která shrnuje jednotlivé předchozí analýzy vnějšího i vnitřního prostředí. Díky SWOT analýze se nám lépe ukážou vnitřní silné a slabé stránky podniku. Vnější záležitosti podniku se interpretují jako potencionální příležitosti, a jako potencionální hrozby.

Tab. 13. SWOT analýza (vlastní zpracování)

Vnitřní faktory	
Silné stránky	Slabé stránky
<ul style="list-style-type: none"> - Tradice a pevné zakotvení v podvědomí lidí o nemocnice a jejich službách ve spádové oblasti. - Nadstandartní struktura poskytované péče v rámci přítomných oddělení. - Přesah nemocnice i mimo spádovou oblast - Oddělení se skvělou pověstí, dosahující i mimo spádovou oblast. Oceněno mnoha oceněními v rámci celé České republiky. - Kvalifikovaný personál. - Moderní technologická vybavenost nemocnice. Veškeré budovy a oddělení po rekonstrukci. - Vlastní zázemí pro rozšiřování nemocnice. Veškeré pozemky a budovy, jsou pouze ve vlastnictví nemocnice. - Pozitivní hospodaření. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prostředí okolí nemocnice s ne moc dobrou pověstí. - Omezenost finančních zdrojů (vlastní zdroje). - Absence některých oddělení (gynekologické, chirurgické nebo oddělení následné péče). - Omezené kapacitní limity stávajících oddělení. - Dostupnost nemocnice pro autobusovou dopravu. - Chybějící návaznost na akutní péči. - Nedostatečné poskytnutí následné péče na stávajících odděleních při čekání na převoz do jiného zařízení.

Vnější faktory	
Příležitosti	Hrozby
<ul style="list-style-type: none"> - Rostoucí poptávka po službách nemocnice. - Příliv zdravotnických pracovníků po zrušení okolních nemocnic. - Možnost využití pracovních sil ze zahraničí. - Spolupráce se střední zdravotnickou školou ze zahraničí. - Zapojení do pilotního programu Revírní bratrské pokladny pro klienty této pojišťovny, při objednávkách na MR vyšetření. - Spolupráce se okolními nemocnicemi. - Posílení služeb jednotlivých oddělení a rozvoj ambulancí. - Technologický rozvoj. - Příležitost ze sociodemografického hlediska – stárnutí populace, rozšíření služeb o působnost oddělení následné péče. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fluktuace zdravotnického personálu. - Nestabilita a nepředvídatelnost v oblasti veřejného zdravotnictví. Především nemožnost předvídat finanční plány dopředu. - Závislost na zdravotnických pojišťovnách ve finančním ohledu. - Složitost legislativní práce, možné změny v legislativách. - Závislost na dodavatelích a firmách nasmlouvaných na práci v prostředí nemocnice. - Tlak na současný personál.

13.1 Silná stránka

Mezi silné stránky nemocnice patří její tradice a pevné zakotvení v podvědomí lidí o nemocnice a jejich službách ve spádové oblasti. Nemocnice pod názvem Karvinské hornická nemocnice a.s., funguje již od roku 1995, a od této doby nepřetržitě poskytuje své služby široké veřejnosti. V nemocnici v současné době funguje pět klasických lůžkových oddělení, a to oddělení neurologické, interní, rehabilitační, ortopedické a oddělení chirurgie páteře. Dále jsou zde dvě oddělení intenzivní péče, jedno pro chirurgii páteře a ortopedii po operačních zákrocích a mezioborová intenzivní péče. V nemocnici se také nachází spousta odbor-

ných ambulancí například neurologické, interní, rehabilitační, gynekologické, ORL ambulance, mamologické či chirurgické ambulance a v neposlední řadě také kvalitně vybaveno radiodiagnostické oddělení. Silnou stránkou nemocnice je snaha specializovat se na tyto především lůžkové obory a tím nabízet nadstandartní strukturu poskytované péče v rámci přítomných oddělení.

Důležité pro fungování nemocnice je zájem o ni od široké veřejnosti a s tím spojené vyhledávání služeb nemocnice i mimo spádovou oblast nemocnice. Velmi tomu napomáhá skutečnost, že oddělení v nemocnici se můžou pyšnit skvělou pověstí, dosahující i mimo spádovou oblast. Nemocnice je nejen oceňována mnoha oceněními v rámci celé České republiky, ale i klienty samotnými, kteří nešetří chválou jak prostřednictvím internetu, tak pochvalnými vzkazy a dopisy zanechanými přímo v nemocnici. Karvinská hornická nemocnice se velmi snaží podporovat zvyšování kvalifikací pro svůj personál. Nabízí možnosti seminářů a školení, dále umožňuje personálu se vzdělávat i mimo nemocnici samotnou. V posledních letech nemocnice velmi investuje do technologické vybavenosti nemocnice a v současné se v nemocnici nachází moderní přístroje, které napomáhají lepší péči o klienty. Veškeré budovy a oddělení v nemocnici jsou také po nedávné rekonstrukci.

Velkou výhodou pro nemocnici a její expandování je vlastní zázemí nemocnice. Veškeré pozemky a budovy jsou pouze ve vlastnictví nemocnice. V posledních letech nemocnice na konci každého roku vykazuje zisk, což je ukazuje na pozitivní hospodaření nemocnice.

13.2 Slabá stránka

Nemocnice se nachází v prostředí s ne moc dobrou pověstí, jelikož v minulých letech zde byly byty především pro sociálně slabší část obyvatelstva, což zapříčinilo zhoršení pocitu bezpečí pro návštěvníky nemocnice. V současné době dochází k odlivu těchto obyvatel, a k revitalizaci, a postupnému zlepšení pocitu z lokality. Mezi slabé stránky se řadí i omezenost finančních zdrojů. Jakožto soukromé zařízení se nemocnice musí prvotně spoléhat jen na své vlastní zdroje. Karvinská hornická nemocnice a.s. se prezentuje, jako specializované pracoviště pro oblast ortopedickou, pro chirurgii páteře a jako iktové centrum. I tak, v očích veřejnost se objevuje stížnost na absenci některých oddělení (gynekologické, chirurgické nebo oddělení následné péče). Klienti, kteří jsou spokojeni se službami nemocnice, by rádi viděli více druhů oddělení v této nemocnici, aby nemuseli docházet do jiných zařízení, kde nejsou se službami tak spokojeni. S narůstajícím zájmem o služby nemocnice, bohužel

dochází k maximálnímu obsazení nemocnice a jelikož jsou kapacitní limity stávajících oddělení omezené, tak řada klientů vyhledává služby v jiných zařízeních nebo dochází k prodlužování čekacích dob na jednotlivé zákroky, které následně vyžadují hospitalizaci. Nemocnice se rozhodla reagovat na tuto vzniklou situaci, a ještě v letošním roce má začít stavba další budovy na pozemcích nemocnice, kde vzniknou nová místa určena pro klientelu nemocnice. V blízkosti nemocnice se nachází pouze zastávka pro městskou hromadnou dopravu. Další slabou stránkou nemocnice je chybějící návaznost na akutní lůžkovou péči. Klienti, kteří jsou spokojeni se službami nemocnice, musí podat žádost do jiných zařízení, kde v léčbě pokračují. Při čekání na přeložení do jiných zařízení jsou klienti nadále uloženi na stávajících odděleních, kde je jim bohužel jen nedostatečně poskytnuta následná péče, jelikož oddělení není schopno z provozních důvodů poskytnout požadovanou péči v plném rozsahu.

13.3 Příležitosti

Velkým plusem pro nemocnici je rostoucí poptávka po službách nemocnice, jak v blízkém okolí, tak ze vzdálenějších míst Moravskoslezského kraje. Do nemocnice dojíždějí lidé z celého Moravskoslezského kraje. V loňském roce bylo zrušena a velmi omezena funkčnost nemocnice v Orlové, která se nachází v blízkosti Karvinské hornické nemocnice a tím došlo k přílivu zdravotnických pracovníků, kteří k radosti vedení nemocnice ve velké míře podali žádosti o pracovní zařazení v této nemocnici. Další příležitostí pro nemocnici je i možnost využití pracovních sil ze zahraničí. Do nemocnice se hlásí zdravotničtí pracovníci s různých okolních států, a v posledních dvou letech, také spolupracuje se střední zdravotnickou školou v Čadci na Slovensku. Žákům této školy umožňuje nemocnice absolvování odborné praxe a seznámení se s provozem jednotlivých oddělení v nemocnici. V letošním roce se nemocnice zapojila společně se třemi dalšími nemocnicemi v Moravskoslezském kraji do pilotního programu Revírní bratrské pokladny. Pojišťovna se snaží pro své klienty ve spolupráci s nemocnicí urychlit čekací doby při objednávkách na jednotlivá vyšetření. Nemocnice spolupracuje s okolními nemocnicemi, především s nemocnicemi, které nemají iktová centra, či nemají veškeré diagnostické přístroje, tím že okolní nemocnice své klienty vozí na požadované vyšetření do Karvinské hornické nemocnice. S tlakem okolí musí docházet k posílení služeb jednotlivých oddělení a rozvoji ambulancí, s tím souvisí také neustálý technologický rozvoj, který dále slouží ke zlepšování a k úspěšnější léčbě klientů. Moravskoslezský kraj

podle statistik patří k nejrychleji stárnoucímu kraji v České republice, čímž vzniká příležitost pro nemocnici ze sociodemografického hlediska o rozšíření služeb a působnosti v odděleních následné péče.

13.4 Hrozby

Největší hrozbou pro nemocnici, a nejen pro Karvinskou hornickou nemocnici, je fluktuace zdravotnického personálu. Lidé odchází za prací do okolních států, či do větší měst, kde jim mohou být nabídnuty lepší pracovní podmínky. Velkou hrozbou pro fungování nemocnice je nestabilita a nepředvídatelnost v oblasti veřejného zdravotnictví. Především nemožnost předvídat finanční plány dopředu. Nemocnice je závislá na zdravotnických pojišťovnách, jelikož zdravotní pojišťovny jsou plátcí zdravotnických služeb. Služby poskytované ve zdravotnictví, se všechny musí řídit podle platné legislativy, a i při plánovaném rozšiřování nemocnice je složitost legislativní práce, jednou z věcí, která by mohla způsobit komplikace. Nemocnice musí neustále reagovat na veškeré legislativní změny, které mohou nastat. Jelikož nemocnice poskytují zdravotnické služby, a tak nic samy nevyrobí, jsou závislé na okolních dodavatelích a firmách nasmlouvaných na práci v prostředí nemocnice. Přerušování dodávek nebo práce nasmlouvaných firem, může vést ke komplikacím fungování nemocnice a k ohrožení jejich možných plánů do budoucnosti.

14 PROJEKT ORGANIZACE SOCIÁLNÍ PÉČE V KARVINSKÉ HORNICKÉ NEMOCNICI A.S.

14.1 Cíl projektu

Cílem projektu je organizace nového oddělení sociální lůžkové péče pro klienty spádové oblasti Karvinsko a blízké přilehlé okolí. K implementaci tohoto cíle pomáhá i situace, že nemocnice připravuje stavbu nového pavilonu v areálu nemocnice na pozemcích, které nemocnice vlastní. Pavilon se bude skládat ze tří pater, kde dojde především k rozšíření lůžkové kapacity pro stávající oddělení ortopedie a rehabilitace, ambulanci a vytvoření nového oddělení pro následnou péči, které však bude spadat službami pod současné interní oddělení. Tato budova bude mít vlastní bezbariérový vstup, ale také bude propojena se stávajícími pavilóny nemocnice. V současné době nemocnice, již má vypracovaný návrh vzhledu nového pavilónu, který byl vytvořen pověřenou firmou XY, která využívá metodu projektování ve 3D. Nemocnice dále již má zajištěná stavební a veškerá další povolení pro začátek výstavby pavilónu. V rámci veřejné zakázky je vybrána i stavební firma pro výstavbu pavilónu. Tato výstavba měla být zahájena v březnu 2020 a dokončení stavby bylo plánováno na příští rok 2021. V současné době kvůli výskytu Koronaviru v České republice a vyhlášenému nouzovému stavu je ovšem výstavba tohoto pavilónu pozastavena do odvolání.

Návrhová část této práce se zaměřuje pouze oddělení následné péče. Nemocnice, jako zdravotnické zařízení, nemá povinnost se registrovat jako poskytovatel sociálních služeb, ale je pouze do tohoto seznamu připsána na základě žádosti o zápis do registru. Při poskytování a nabízení svých služeb a péče musí následně postupovat standardními postupy.

Cílem nemocnice je hlavně vytvoření přijatelného prostředí pro klienty nemocnice a spádových oblastí, kteří potřebují zabezpečit kvalitní sociální péči ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče. Sociální služby na lůžkovém oddělení ve zdravotnickém zařízení budou poskytovány ve formě sociálně pobytové služby pro klienty, kteří byli hospitalizováni v akutní lůžkové péči, ale dále již tyto služby v akutní lůžkové péči nepotřebují.

Úkolem nemocnice je zajistit maximálně kvalitní a důstojné prostředí, kde hlavní snahou je zachovat, a hlavně zlepšit stávající stav klientů. Největší snahou nemocnice bude maximální rozvoj uživatele v průběhu hospitalizace na tomto oddělení, zachování co možná největší míry soběstačnosti a samostatnosti. V nemocnici se nachází také rehabilitační oddělení, které se bude podílet na péči o klienty na oddělení následné péče.

Oddělení se především bude zabývat doléčením a rehabilitací klientů po ukončení akutní lůžkové péče, před propuštěním do péče domácí či jiných zařízeních určeným pro sociální péči. Samozřejmostí je zabezpečení a poskytnutí kvalitní diagnostické, léčebné, ošetrovatelské, preventivní, poradenské a rehabilitační péče.

14.2 Cílová skupina

Poskytování těchto služeb se bude výhradně zaměřovat na cílovou skupinu osob starších 18 let. Toto oddělení bude především poskytovat své služby klientům před propuštěním do domácí péče nebo jiného sociálního zařízení. Klientům, kteří již nepotřebují hospitalizaci v akutní lůžkové péči, ale jejich zdravotní stav se neobejde bez pomoci jiné osoby. Důvodem k hospitalizaci je dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, snížená soběstačnost v základních denních činnostech, klienti po operacích pohybového systému (v nemocnici se především bude jednat o klienty po operacích kolen, kyčlí a páteře), kteří potřebují intenzivní rehabilitační péči. Z těchto důvodů nemohou být klienti propuštěni ze zdravotnického zařízení do ústavní péče.

Potřebná péče na oddělení následné péče ve zdravotnickém zařízení, jim bude poskytována do doby, než jim bude zajištěno poskytnutí těchto služeb pomocí rodiny či jiné formy (ambulantní nebo terénní služba) sociální péče nebo v jiném zařízení uzpůsobeném pro dlouhodobé sociální služby nebo dokud není zdravotní stav klienta stabilizován.

14.3 Organizační plán

Pro otevření nového oddělení nemocnice postupuje v několika krocích, aby mohlo dojít k úspěšnému dokončení projektu. Každý projekt se skládá z fáze plánování, dále fáze provádění, ukončení projektu a fáze provozování.

V první fázi projektu dochází k naplánování všech kroků, jak bude projekt realizován. Do této fáze patří příprava projektu. V nemocnici jsou určeni pracovníci, kteří se na realizaci budou podílet. Hlavní slovo o projektu má sám ředitel nemocnice. Podílí se na realizaci projektu, na výběrovém řízení, na vyjednávání s architektonickou a stavební formou a v konečné fázi přebírá hotový projekt. V této fázi tedy dochází k výběru architektonické a stavební firmy, přípravě podkladů a prvotních cenových odhadů architektonickou firmou. Pro výstavbu nového oddělení, nemocnice musí zařídit veškeré potřebné dokumenty týkající se územních a stavebních povoleních. Fáze plánování je u končena poté co nemocnice obdrží

veškerá povolení, schválením podoby projektu, výběrem stavební firmy a následným předáním místa pro stavbu. Zodpovědnost v této fázi má architektonická firma a pracovníci nemocnice určení k plánování a schvalování realizace projektu.

Ve fázi provádění dochází k realizaci stavby samotné a veškerých vnitřních instalací. Po ukončení hrubé stavby dochází k úpravě pokojů do konečných podob. Oddělení v této fázi dostává svou konečnou podobu. Stavební část je ukončena předáním projektu, předáním vyúčtování a dokumentace o provedených pracích a materiálech použitých pro stavbu oddělení. Zodpovědnost za tuto fázi má stavební firma provádějící stavbu. Ukončením této fáze je předání hotového oddělení a jeho kolaudace.

V poslední fázi dochází k vybavení pokojů a vybavením oddělení nezdravotnickou a zdravotnickou technikou. Nemocnice také podává žádost o zařazení do registru poskytovatelů následné péče. Současně v této době probíhají již také výběrové řízení na personál potřebný k otevření oddělení. Jsou zde zajišťovány veškeré potřebné zdravotnické materiály a služby dodavatelů, které budou pro provozování tohoto oddělení zapotřebí. Tato fáze je ukončena slavnostním otevřením oddělení a zahájením jeho provozu.

14.3.1 Organizační schéma oddělení

Nové oddělení následné péče bude spadat pod organizaci stávajícího interního oddělení. Vedoucím pracoviště interního oddělení, a tedy i nového oddělení následné péče, je paní primářka MUDr. Renáta Rybarčíková, staniční sestrou je pan Adam Chmiel (viz. příloha P VII).

Oddělení následné péče bude odpovídat všem náležitostem současného provoznímu řádu interního oddělení (viz. příloha P III).

Nové oddělení následné péče se bude nacházet v novém pavilonu ve třetím patře, které bude stavebně propojeno visutou chodbou se třetím patrem stávající budovy nemocnice kde se nachází i současné interní oddělení.

Na oddělení je plánováno vytvořit 12 pokojů s 26 lůžky pro klienty následné péče. Pokoje budou především dvojlůžkové k zajištění většího soukromí klientů pro dlouhodobou péči. Bude se zde nacházet 8 dvojlůžkových pokojů, 3 trojlůžkové pokoje a 1 nadstandartní pokoj. Nadstandartní pokoj a třílůžkové pokoje, budou vybaveny samostatným bezbariérovým sociálním zařízením, a 2 dvojlůžkové pokoje budou mít bezbariérové sociální zabezpečení společné. Tyto dvojlůžkové pokoje, které budou propojeny sociálním zařízením, budou mít

nad dveřmi sociálního zařízení světelný ukazatel, který bude klienty upozorňovat, pokud bude tato místnost obsazena k zachování intimity a soukromí klientů.

Na oddělení se tedy bude nacházet 8 místností se sociálním zařízením, tedy 8 kabin WC, 8 bezbariérových sprchových koutů a 8 umyvadel. Tyto místnosti, budou opatřeny omyvatelným a dezinfikovatelným obkladem.

Veškeré pokoje, budou vybaveny nábytkem, který je snadno omyvatelný, zdravotnickými lůžky, podlahy budou ze snadno čistitelného a dezinfikovatelného PVC, v každé místnosti také bude možnost zapojení televizního přijímače.

Na tomto oddělení se dále bude nacházet sesterna, denní místnost sester, sociální zabezpečení pro personál, pracovna lékařů, kuchyňka, čistící místnost, sklad čistého prádla, místnost pro úklid a denní místnost/jídelna pro klienty.

14.3.2 Kroky k otevření oddělení

Otevření nového oddělení předchází řada důležitých úkonů. Jako první krok pro otevření oddělení je, že nemocnice musí vyřešit zajištění prostoru pro umístění tohoto oddělení. Pro vyřešení této situace, se nemocnice rozhodla postavit nový pavilón k rozšíření svých současných služeb, a kde také bude umístěno oddělení následné péče. Toto oddělení bude stavebně propojeno se stávající budovou nemocnice, kde se nachází veškeré potřebné zdravotnické zázemí pro klienty tohoto oddělení. Oddělení následně musí být vybaveno potřebným lékařským i nelékařským materiálem. Jedná se o vybavení pokojů pro klienty oddělení a místností pro personál a technických místností. Dalším krokem je podání žádosti o zápis do registru poskytovatelů o možném vykonávání činnosti poskytování následné péče. Aby mohlo být oddělení otevřeno musí být zajištěn dostatečný počet personálu. K zajištění nového personálu si nemocnice podá nabídku o pracovní pozici (inzerát) a následně provede výběrové řízení. Výhodou Karvinské hornické nemocnice je spolupráce se středními školami, kde také může podat nabídky na pracovní místo. Přijatý personál je následně zaškolen na již stávajících odděleních.

K zajištění chodu oddělení, je také potřeba zajistit veškeré potřebné dodávky zdravotnického materiálu a vybavení pro chod tohoto oddělení a veškeré činnosti nutné k provozu oddělení (úklid, technické zázemí). Tyto aspekty budou zajišťovány již stávajícím personálem nemocnice a ostatních služeb dodavatelů které nemocnice již využívá.

Po oficiálním otevření nového oddělení následné péče, se může začít s přijímáním klientů na toto oddělení.

14.3.3 Přijetí na oddělení následné péče

O přijetí na oddělení následní péče můžou žádat klienti jak v rámci zdravotnického zařízení, tak i z okolních zařízení či domova (ukázka žádosti viz. Příloha č. I). V rámci nemocnice může dojít k přijetí na toto oddělení po zániku důvodu hospitalizace pacienta na akutním oddělení, a klienta nelze propustit domů již z výše vyjmenovaných důvodů. K přijetí na oddělení klienti podávají žádost o přijetí na oddělení následné péče.

Zájemci o tuto službu následné péče musí uzavřít smlouvu se zdravotnickým zařízením (poskytovatelem těchto služeb) dle zákona §88 č. 108/2006 Sb. o sociální službách (Česko, 2020 a). Zdravotnické zařízení je povinno zájemce informovat o všech povinnostech, které z uzavření smlouvy vyplývají. Především jsou zde specifikovány úhrady služeb, které z poskytující služby plynou. Smlouva, která se uzavírá mezi nemocnicí a klientem musí obsahovat především mezi kým se daná smlouva uzavírá (nemocnice/klient), druh poskytnutí služeb, rozsah poskytování této služby, místo a časová údaj poskytování sociální péče, výši úhrad a způsob placení, výpovědní důvody smlouvy a dobu platnosti smlouvy. Nemocnice může odmítnout poskytnout své služby a neuzavřít smlouvu s klientem pouze z důvodů plné kapacity oddělení, dále pokud nemocnice neposkytuje danou službu, o kterou klient žádá nebo zdravotní stav klienta neodpovídá požadavkům na přijetí klienta na pobytové sociální služby.

V případě žádosti v rámci zdravotnického zařízení se prostřednictvím sociálně zdravotnického pracovníka, který je zaměstnancem zdravotnického zařízení, ohlásí tato skutečnost na místně příslušný úřad (dle místa trvalého pobytu žadatele). Tato žádost se může podávat jak písemně, tak v rámci urychlení služeb, také jinou komunikační formou. Tento úřad následně zjišťuje, zda je nezbytné žadateli tuto službu poskytnout a zdali má na tuto službu nárok a neexistuje jiná možnost zajištění péče pro žadatele. Pokud daný úřad zjistí, že v současné době není jiná možnost zajištění potřebné péče pro žadatele, okamžitě uvědomí zdravotnické zařízení. Zdravotnické zařízení po získání těchto informací přijme klienta na oddělení následné péče, kde mu i nadále bude poskytována i péče zdravotnická.

Zdravotnické zařízení poté nabídne klientovi návrh smlouvy (ukázka smlouvy viz. Přílohy č. II), kdy při odmítnutí podmínek stanovených ve smlouvě ze strany klienta nastupuje plně klientem hrazený režim pobytu ve zdravotnickém zařízení.

Pokud klient žádající o služby následné péče nepobírá v té době žádný příspěvek na péči, a z jeho stavu vyplývá možný nárok na tyto příspěvky, zdravotně sociální pracovník doporučí a poučí klienta o možnosti podání žádosti o příspěvek na péči. Po uzavření smlouvy je klient přeřazen na oddělení následné péče.

Stejný postup je i v případě podání žádosti z domu, či jiného zařízení. Klienti, jsou předem poučeni, co a jaké dokumenty budou k hospitalizaci potřebovat a mají si přinést. Jsou to například:

K přijetí: občanský průkaz, průkaz pojištěnce, povolení k dlouhodobému pobytu u cizinců, zprávu o priznání stupně závislosti, lékařskou zprávu, seznam používaných léků

Osobní potřeby: mýdlo, šampon na vlasy, hřeben, tělové mléko, zubní kartáček, pastu na zuby, jakékoliv jiné osobní hygienické pomůcky, čistící pěnu, toaletní papír, osobní prádlo (pokud bude docházet pomocí rodiny k pravidelné výměně), domácí obuv, ortopedické pomůcky (běžně používané), inzulinová pera, brýle atd.

14.3.4 Základní činnosti

Základní činnosti, které nemocnice poskytuje, jsou určeny pro klienty, kteří již nevyžadují péči v akutní lůžkové části, ale jejich zdravotní stav neodpovídá tomu, aby byli propuštěni domů bez zajištění péče, jelikož klienti nejsou schopni se o sebe postarat sami.

V zákoně 52 č. 108/2006 Sb. o sociální službách (Česko, 2020 a) jsou uvedeny služby, které musí poskytovatel zdravotnického zařízení nabízet, popřípadě je zajistit prostřednictvím jiných poskytovatelů. Služby, které zdravotnické zařízení poskytuje, se skládají z poskytování ubytování, stravy, pomoci při osobní hygieně či poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při běžných denních úkonech, možnost zprostředkování kontaktu s okolním prostředím. Další služby se skládají z poskytnutí sociálně zdravotnické činnosti, ošetrovatelské činnosti, a pomoci sociálně zdravotnického pracovníka s osobními záležitostmi a zájmy klienta.

Zdravotnické zařízení poskytuje možnost ubytování, a s tím spojený úklid, praní prádla (pokud klient využívá ústavního prádla a povlečení). Zajišťuje svým klientům stravu odpovídající zásadám potřebné výživy, či dietního stravování nejméně v rozsahu tří jídel denně. Poskytuje možnost uložení vlastních potravin na místě k tomu určeném.

V rámci hospitalizace na oddělení je klientovi zajištěna pomoc, při osobní hygieně, dále pomoc při základní péči o vlasy a nehty, při podávání jídla a pití, svlékání nebo oblékání, pomoc při přesunu z lůžka (například na vozík), při polohování klienta, a také s orientací na oddělení a pohybu na oddělení. V rámci nemocnice se klientovi poskytuje pomoc upevňováním samostatnosti a soběstačnosti. Nemocnice dále k lepšímu zotavování klienta využívá služeb rehabilitačního oddělení v rámci zdravotnického zařízení.

Klientovi je dále v rámci nemocnice zajištěna možnost využívat internetového připojení pomocí WIFI sítě a tím mu umožnit spojení s okolním prostředím. Pomocí sociálně zdravotnického pracovníka se klientovi také může dostat pomoci ohledně rodiny a to v rámci obnovování či upevnění kontaktu s rodinou.

Mimo rámec těchto základních činností nemocnice nabízí i možnost fakultativních činností, což v rámci Karvinské hornické nemocnice bude možnost převozu klienta na lékařské vyšetření mimo areál nemocnice, dále povolení využívání vlastních elektronických zařízení, dále kopírování a tisk listin na přání klienta, vyřizování úředních a osobních záležitostí sociálně zdravotním pracovníkem, které ovšem nesouvisí se sociální službou a zapůjčení kompenzačních pomůcek.

Tab. 14. Ceník fakultativních služeb

Kopírování a tisk dokumentů	2 Kč	1 kopie
Používání vlastních elektronických zřízení	20 Kč	1 den
Vyřizování úředních a osobních záležitostí sociálně zdravotním pracovníkem	50 Kč	1 hod
Převozu klienta na lékařské vyšetření mimo areál nemocnice.	28 Kč	1 Km
Zapůjčení kompenzačních pomůcek	10 Kč	1 den

14.3.5 Maximální úhrada za den

Podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách (Česko, 2020 a) je maximální úhrada ve zdravotním zařízení za jeden den ubytování 160 Kč. Tato částka se týká pouze ubytování, úklidu a praní v rámci nemocnice. Dále se platí částkou 140 Kč denně za celodenní stravu v zařízení, za oběd je maximální částka 70 Kč. Částky zde uvedeny jsou maximálně možné míře, podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách (Česko, 2020 a). Zdravotnické zařízení si může výši úhrad stanovovat samo, ale vždy musí být vše uvedeno ve smlouvě, kterou zařízení uzavírá s klientem, a klientovi vždy musí zůstat po uhrazení všech poplatků minimálně 15 % z jeho příjmů.

14.4 Personální zabezpečení

Personální zabezpečení se řídí dle platné přílohy č. 3 k vyhlášce č. 99/ 2012 Sb. Požadavky na minimální personální zabezpečení zdravotnické péče (Česko, 2020 ch). V této vyhlášce jsou stanoveny optimální požadované počty zaměstnanců, na oddělení se může nacházet více zaměstnanců, vždy závisí na druhu a objemu poskytované péče. Dle této vyhlášky je počet pracovníků stanoven podle odborností zdravotnických pracovníků, a podle druhu a oboru poskytovaných služeb a péče. Požadavky v této vyhlášce jsou stanoveny na 30 lůžek. Požadavky na oddělení následné péče jsou upravovány ve II. 3 a II. 4 části této vyhlášky.

Následná lůžková péče dle II. 3 části této vyhlášky o následné péči, se personální zabezpečení musí skládat z lékaře s odbornou způsobilostí s úvazkem 1,0, dále také s lékařem se specializovanou způsobilostí se základním kmenem v interním, chirurgickém, urologickém, neurologickém, ortopedickém, pediatrickém nebo základním všeobecném praktickém lékařství podle zaměření zdravotní péče na daném oddělení v úvazku 0,3. Dále dle této vyhlášky, se musí na oddělení nacházet všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí úvazek 1,0, všeobecná sestra bez dohledu nebo zdravotnický asistent v úvazku 7,0. sanitář nebo ošetřovatel 3,5 úvazku, fyzioterapeut nebo ergoterapeut 1,0 úvazku, klinický psycholog, u kterého je požadována dostupnost nemusí být přímým zaměstnancem (smluvní), a klinický logoped, u které je opět požadována jen dostupnost.

Dle části II. 4 o dlouhodobé lůžkové péči v této vyhlášce, jsou požadavky na personál následující. Lékař se specializovanou odborností v úvazku 0,2, všeobecná sestra se specializovanou odborností bez dohledu 1,0 úvazku, všeobecná sestra bez dohledu nebo zdravotnický

asistent 6,0 úvazku, sanitář, ošetřovatel 5,0 úvazku, fyzioterapeut nebo ergoterapeut 0,2 úvazku a klinický psycholog – dostupnost.

Dle vyhlášky se lékaři můžou podílet vedle práce na lůžkovém oddělení, i na práci na ambulancích, a pokud je součástí oddělení akutní lůžkové péče i jednotka intenzivní péče, tak i na tomto oddělení.

Jelikož nové oddělení následné péče bude spadat pod současné oddělení interní, bude se o klienty starat krom nového personálu i současný personál, který již v nemocnici je k dispozici. Personální zajištění na interním oddělení v pracovním dni se skládá ze 2 lékařů, 3 sester s bakalářským vzděláním pracující bez dohledu, 1 diplomovaná specialistka, 5 všeobecných sester, 3 zdravotničtí asistenti a 4 ošetřovatelky.

V současné době je celkem k dispozici 9 lékařů se specializovanou odborností, kteří jsou přítomni pro oddělení interny a mezioborové JIP, a dále 7 lékařů s odbornou způsobilostí, kteří jsou na interních ambulancích, a na odděleních se vyskytují v rámci zkrácených úvazků. Na interním oddělení je v současné době zaměstnáno celkem 15 praktických a všeobecných sester, 4 ošetřovatelé a 2 sanitáři.

K zajištění personálních podmínek bude potřeba najmou minimálně 2 lékaře se specializovanou odborností, minimálně 2 všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí, dále minimálně 7 všeobecných sester bez dohledu nebo zdravotnických asistentů, minimálně 3 sanitáře nebo ošetřovatele.

Aby oddělení mohlo správně fungovat je nezbytné, aby každý zaměstnanec byl seznámen se svou náplní práce a také kdo je jeho přímý nadřízený pracovník se kterým může řešit jakékoli otázky ohledně své práce viz. Příloha P VIII. (Gopee, 2017, s. 32–36)

V Karvinské hornické nemocnici a.s. odpovídá za úroveň ošetřovatelské péče, její organizaci i odbornost náměstek ošetřovatelské péče. Tento pracovník funguje pro veškerá oddělení v nemocnici. Zodpovídá za vedení ošetřovatelské dokumentace, další vzdělávání zdravotnických pracovníků, sleduje kvalitu dodavatelských služeb v oblasti prádla a zdravotnických prostředků, podílí se na aktualizaci ošetřovatelských standardů a v neposledním řadě je jeho úkolem zajistit dostatečné personální zabezpečení. Náměstek je přímo podřízen řediteli nemocnice a jemu jsou podřízeni pracovníci ve vedoucích funkcích jednotlivých oddělení, sociálně zdravotní pracovník, dále například nutriční terapeut, vedoucí úklidové služby, pracovník příjmací kanceláře atd. Spolupracuje také s primáři jednotlivých oddělení.

Nadřízený pracovník pro každé oddělení mezi lékaři, je primář oddělení. Primář oddělení je podřízen řediteli nemocnice. Řídí lékaře na příslušném oddělení a přímo spolupracuje s vedoucím zdravotnických pracovníků. Primář odpovídá za dodržování platných právních norem a předpisů. Odpovídá za dodržování léčebných postupů, za úroveň lékařské dokumentace, za ekonomiku na svém oddělení a dostatečném personálním zabezpečení mezi lékaři. Lékaři jsou přímo podřízeni primáři a poskytují zdravotní péči klientům daného oddělení.

Vedoucí zdravotnických pracovníků nelékařských profesí, na oddělení následné péče vystupuje jako staniční sestra. Staniční sestra je přímo podřízena náměstkovi pro ošetrovatelskou péči a spolupracuje s primářem oddělení. Řídí nelékařský zdravotnický personál na svém oddělení. Zodpovídá za úroveň ošetrovatelské péče, vedení ošetrovatelské dokumentace, za další vzdělávání svých podřízených, sledování kvality postupů a za dostatek pracovníků na oddělení. Podřízení staniční sestře jsou veškeré zdravotní sestry (všeobecné, praktické), sanitáři nebo ošetrovatelé na oddělení.

Zdravotní sestra poskytuje zdravotní a ošetrovatelskou péči klientům oddělení podle platných předpisů, podílí se na tvorbě dokumentace a na fungování celého oddělení. Dále na oddělení jsou také sanitáři a ošetrovatelé, od kterých se především očekává pomoc při ošetrovatelské a hygienické péči o klienta. Pomáhají klientům se základními denními úkony.

V neposlední řadě je součástí oddělení pracovník zdravotně sociální, který se na oddělení následné péče především podílí na činnosti preventivní a rehabilitační. Podílí se na ošetrovatelské péči formou uspokojování sociálních potřeb klienta.

15 FINANČNÍ PROJEKT NOVÉHO ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE

Jak vyplývá z kapitoly 12, nemocnice každoročně vykazuje zisk, a tudíž je schopna dále rozšiřovat své služby. Pro zavedení nových a rozšíření stávajících služeb, je potřeba rozšířit prostory nemocnice. K tomuto účelu se nemocnice rozhodla postavit nový pavilon na pozemcích nemocnice, které nemocnice vlastní. V minulém roce nechala nemocnice vypracovat projekt podoby nové budovy a vyřídila veškerá potřebná stavební a jiná povolení. Byla najata stavební firma a stavba této budovy měla začít v březnu letošního roku 2020, ukončení stavby bylo plánováno na rok 2021. Z důvodu přítomnosti koronaviru a nouzovému stavu, který je v České republice zaveden, jsou veškeré práce na tomto projektu pozastaveny do odvolání. Projekt je financován z vlastních zdrojů nemocnice.

Při plánování novostavby se kalkulace ceny provádí pouze jako hrubý odhad architektů a technických odborníků, kteří se podílejí na plánování výstavby nového pavilónu. Odhadovaná cena se skládá z vypracovaného konečného plánu a plánovaného materiálu.

Výhodou Karvinské hornické nemocnice a.s. je, že je jediným vlastníkem pozemků, na kterých tento pavilón bude stát. Tudíž odpadají výlohy za koupi pozemku. Na tomto pozemku se nenachází ani žádné jiné stavby, které by bylo, popřípadě nutné dát k demolici. Základní cena se tedy počítá za přímé stavební náklady, dodatečné náklady a náklady za medicínskou a nemedicínskou techniku. Celkový projekt je ohodnocen a plánován na 100 mil Kč. V pokračování se věnuje pouze dokončovací stavebním pracím a vybavováním nového oddělení následné péče, a tudíž do odhadovaných cen nebude započítána stavba budovy a vnitřní instalace (elektrické a tepelné rozvody, kanalizace, vytápění, silnoproudovou elektroinstalaci, slaboproudové rozvody, rozvody medicínských plynů, vzduchotechniku).

Oddělení následné péče, které se bude nacházet v jednom patře této třípatrové budovy o celkové rozloze 800 m², z čehož je na lůžkovou část vyčleněno 390 m². V této rozloze bude 12 pokojů o 26 lůžkách. Další prostory jsou určeny pro personál a užitkové prostory. Pro tyto prostory bude vyčleněno 410 m². Ceny jsou odhadovány podle současných průměrných cen na trhu.

Na jednu lůžkovou jednotku je vyčleněna částka 15 000 Kč na stavební práce (malování, linoleum), na vybavení zdravotnickou technologií pro dvojlůžkový pokoj je počítána částka 30 000 Kč (nemocniční lůžko, matrace), a nezdravotnické vybavení 3000 Kč (skřínky). Celková částka na jeden standardní lůžkový pokoj je 58 000 Kč. Celkové náklady na výstavbu

standardních pokojů, kterých je plánováno vystavět 12 je odhadována 180 000 Kč, na nezdravotnické vybavení pro celkový objem 26 lůžek je 36 000 Kč a na zdravotnickou techniku na 26 lůžek je počítáno celkově 690 000 Kč.

Na tomto oddělení se bude nacházet 9 hygienických místností. Celkové náklady na stavební práce činí 72 000 Kč, náklady na omyvatelné a dezinfikovatelné obklady celého prostoru je 244 620 Kč, sanitární technika (sprchové baterie, baterie k umyvadlu, umyvadla, záchod) 108 000 Kč. Celkové náklady na tyto pokoje jsou 424 620 Kč.

Stavební úpravy prostorů technického vybavení jsou odhadovány částkou 6000 Kč (malování, linoleum) na jednu místnost. Sesterna, denní místnost sester a pracovna pro lékaře, jsou odhadované celkové náklady na tyto pokoje včetně vybavení 35 000 Kč.

Jídelna a odpočinková část stavební úpravy (malování, linoleum) 40 000 Kč, vybavení jídelny (5 ks stolů, židle) 35 000 Kč, vybavení do společenské části 50 000 Kč. Čistící místnost, sklad čistého prádla, místnost pro úklid stavební úpravy (malování, linoleum) 20 000 Kč, vybavení těchto pokojů 15 000 Kč. Kuchyňka stavební úpravy (malování, linoleum) 15 000 Kč, vybavení této místnosti 30 000 Kč. Sesterna stavební úpravy (malování, linoleum) 10 000 Kč, vybavení místnosti 50 000 Kč. Denní místnost sester stavební úpravy (malování, linoleum) 15 000 Kč, vybavení místnosti 50 000 Kč, pracovna lékařů stavební úpravy (malování, linoleum) 15 000 Kč, vybavení místnosti 50 000 Kč.

Tab. 15. Vstupní jednorázové náklady pro otevření oddělení následné péče (vlastní zpracování)

Stavební úpravy interiéru	646 620 Kč
Nezdravotnický materiál (vybavení pokojů)	424 000 Kč
Zdravotnický materiál (lůžka)	690 000 Kč
Celkem	1 760 620 Kč

Jednorázové vstupní náklady na zahájení provozu tohoto oddělení činí 1 760 620 Kč. V těchto nákladech jsou především zahrnuty dokončovací stavební práce na oddělení a základní vybavení veškerých místností.

Pro otevření tohoto oddělení je také potřeba doplnit stávající personál. K tomu, aby oddělení mohlo být otevřeno, je třeba k zahájení činnosti najmou minimálně 2 lékaře se specializovanou způsobilostí, odhad na jejich měsíční náklady je 347 880 Kč včetně odvodů sociálního a zdravotního. V částce nejsou zahrnuty příplatky za směnnost, víkendové a noční příplatky. Tato částka se orientačně může pohybovat kolem 80 000 Kč. Dalším personálem, bez kterého se toto oddělení neobejde jsou zdravotní sestry a zdravotní asistenti. Mzdové náklady na 6 všeobecných sester se pohybuje kolem 361 260 Kč, tato částka zahrnuje odvody sociální a zdravotní pojištění, ale nezahrnuje příplatky za směnnost, noční a víkendové příplatky. Zde by se tato částka mohla pohybovat kolem 90 000 Kč za příplatky pro zdravotní sestry. Na oddělení také nesmí chybět sanitáři nebo ošetřovatelé, to minimálně tři pro možné otevření oddělení. U sanitářů a ošetřovatelů se mzdová částka bude pohybovat kolem 100 350 Kč se sociální a zdravotním pojištěním. V této částce opět nejsou zahrnuty příplatky za směnnost. Zbývající potřebný personál bude nemocnice využívat ze současného personální obsazení.

Pro zabezpečení chodu oddělení na jedné směně je potřeba 2 lékařů, 5 všeobecných sester, 3 zdravotničtí asistenti a 4 ošetřovatelky.

V současné době je celkem k dispozici 9 lékařů se specializovanou odborností, kteří jsou přítomni pro oddělení interny a mezioborové JIP, a dále 7 lékařů s odbornou způsobilostí, kteří jsou na interních ambulancích, a na odděleních se vyskytují v rámci zkrácených úvazků. Na interním oddělení je v současné době zaměstnáno celkem 15 praktických a všeobecných sester, 4 ošetřovatelé a 2 sanitáři.

K zajištění personálních podmínek bude potřeba najmou minimálně 2 lékaře se specializovanou odborností, minimálně 2 všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí, dále minimálně 7 všeobecných sester bez dohledu nebo zdravotnických asistentů, minimálně 3 sanitáře nebo ošetřovatelé.

Tab. 16. Měsíční mzdové náklady na nově přijatý personál (vlastní zpracování)

Pozice	Hrubá mzda	Sociální a zdravotní pojištění	Mzdové náklady celkem
Lékař 2x	260 000 Kč	87 880 Kč	347 880 Kč
Specializovaná sestra 2x	90 000 Kč	30 420 Kč	120 420 Kč
Všeobecná sestra 4x	180 000 Kč	60 840 Kč	240 840 Kč
Zdravotnický asistent 3x	90 000 Kč	30 420 Kč	120 420 Kč
Sanitář/ ošetřovatel 3x	75 000 Kč	25 350 Kč	100 350 Kč

Celkem mzdové náklady pro nově přijatý personál budou měsíčně činit 929 910 Kč. V hrubé mzdě jsou zahrnuty veškeré příplatky za směnnost, víkendy i noční příplatky. Počáteční náklad pro zahájení a vybavení pro vozu oddělení následné péče bude do 3 mil. Kč

Dále je uveden odhadovaný hospodářský výsledek na období chodu oddělení za jeden měsíc a rok. V položce náklady jsou zahrnuty mzdy, energie, pojištění a ostatní provozní náklady nutné k provozu oddělení. Pobyt klienta a úhrady za něj probíhají dle platné legislativy a na základě smluv mezi zdravotnickým zařízením, pojišťovny a klientem. Ve výnosech figurují především příjmy od zdravotních pojišťoven. V těchto položkách se nachází částky za úhrady za ošetřovací den a zdravotnické úkony spojeny s pobytem na tomto oddělení. Platby od pojišťoven jsou většinou paušální za jeden den na oddělení, tyto sazby jsou individuální podle potřeb klientů proto se částka od zdravotních pojišťoven může měsíčně lišit. Průměrně se tato částka pohybuje kolem 1 500 Kč za jednoho klienta na den. Zdravotnické zařízení mají smluvně domluvené úhrady od zdravotních pojišťoven za klienty. Další částka, která patří do výnosů je přímo od klientů zařízení, které podle platné legislativy klient musí hradit sám. Tyto částky jsou dány ve smlouvě při přijetí na oddělení. Odhady jsou počítány na maximální výši úhrad 300 Kč za klienta. Do výnosů se také řadí finanční dary, dotace a podle platné legislativy i veškeré příspěvky na péči které klient již třeba pobírá.

Provozní náklady tohoto oddělení jsou pouze orientační, vždy bude záviset na obsazení oddělení a na míře stupně závislosti jednotlivých klientů, tudíž se příspěvky na péči mohou lišit. Následující odhad je při plné obsazenosti oddělení na kalendářní měsíc se základními částkami od pojišťovny a klientů bez dalších příspěvků na péči či jiných financí.

Tab. 17. Odhad hospodářského výsledku (vlastní zpracování)

Hlavní ukazatele hospodaření	Měsíc	1 rok
Náklady	1 450 000 Kč	17 400 000 Kč
Výnosy	1 404 000 Kč	17 000 000 Kč
Hospodářský výsledek	- 46 000 Kč	- 400 000 Kč

Z tabulky vyplývá, že oddělení následné péče bude mít pro nemocnici v prvním roce spíše ztrátový charakter při základních sazbách za služby. Toto je způsobeno i nezapočítáním možných dalších finančních příspěvků, jelikož není kvůli nerovných částkách a míry příspěvků na klienta možno tento odhad udělat. Hospodářský výsledek tedy vyšel záporný i kvůli vysokým prvotním a provozním nákladům oddělení. Nejvyšší položkou v provozních nákladech jsou mzdové položky na personál. Tyto odhady výsledků jsou jen orientační, jelikož oddělení takového zaměření se v současné době v nemocnici nenachází. Na splácení celkových počátečních nákladů vzniku tohoto oddělení se bude podílet celá nemocnice, a nejen oddělení následné péče. Aktuální hospodářský výsledek a rentabilita nemocnice je již zmíněna v kapitole 12. Nemocnice jako soukromé zařízení se nemůže spoléhat na finanční pomoc státu či kraje. Karvinská hornická nemocnice si tento projekt bude hradit sama z vlastních zdrojů. Pro nemocnice bude důležité do budoucna dosáhnout vyrovnaného hospodářského výsledku pro oddělení následné péče.

15.1 Časová analýza

Tato analýza slouží k zobrazení jednotlivých činností a tím, jak na sebe tyto činnosti navzájem navazují. Dochází zde k odhadu přibližné doby konání projektu se započítáním možných kritických bodů, kde může dojít ke zpomalení projektu. Fáze projektu se skládají z plánování a přípravy projektu, provádění a provozování (ukončení).

15.1.1 Definování a návaznost jednotlivých činností

V této části se definují jednotlivé důležité části projektu, a jak na sebe tyto části navzájem logicky navazují.

Tab. 18. Definování a návaznost činností (vlastní zpracování)

Činnost	Popis činnosti	Návaznost
A – fáze plánování	Příprava projektu (výběrové řízení na architektonickou, projekční a stavebně poradenskou firmu) a uzavření smlouvy s projektantem.	B
B – fáze plánování	Příprava podkladů a prvotních cenových odhadů architektonickou firmou.	C
C – fáze plánování	Příprava a podání dokumentace pro územní a stavební povolení.	-
D – fáze provádění	Výběrové řízení na zhotovitele stavby, jednání o smlouvě se zhotovitelem a vypracování realizační dokumentace.	E
E – fáze provádění	Odevzdání staveniště zhotoviteli a příprava místa pro stavbu.	F, G
F – fáze provádění	Realizace stavby – hrubá stavba.	
G – fáze provádění	Realizace stavby – vnitřní instalace (rozvody vody, kanalizace, vytápění, elektroinstalace, rozvody medicínských plynů atd.)	H
H – fáze ukončení	Ukončení stavebních prací a převzetí stavby. Závěrečné vyúčtování a převzetí dokumentace o skutečném provedení prací a použitého materiálu.	CH
Ch – fáze ukončení	Kolaudační řízení a rozhodnutí.	I
I – fáze provozování	Vybavení stavby nezdravotnickou a zdravotnickou technikou. Výběrové řízení personálního obsazení. Podání žádosti o zařazení do registru poskytovatelů následné péče.	-

15.1.2 Odhadovaná doba činností

Tato část slouží k předběžnému určení doby trvání projektu, časové údaje se mohou měnit, některé mohou být ukončeny dříve, či naopak může dojít k jejich prodloužení. Vše záleží

Tab. 21. Časový plán – vizuálně (vlastní zpracování)

Fáze	2020						2021							
	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
A														
B														
C														
D														
E														
F														
G														
H														
CH														
I														

Tab. 22. Současná podoba fáze projektu (vlastní zpracování)

Čin- nosti	Doba trvání	datum za- hájení	datum ukončení	Plán	rozpraco- vanost	dokon- čeno	zbývá dokončit
A	30	18.05.2019	17.06.2019	Dokončeno	100 %	25	0
B	60	12.06.2019	11.08.2019	Dokončeno	100 %	60	0
C	180	11.08.2019	07.02.2020	Dokončeno	100 %	150	0
D	30	08.01.2020	07.02.2020	Dokončeno	100 %	30	0
E, F, G	300	08.03.2020	02.01.2021	Nezapočato	0 %	0	300
E, F, G	450	08.03.2020	01.06.2021	Nezapočato	0 %	0	450
H, CH	30	01.06.2021	01.07.2021	Nezapočato	0 %	0	30
I	60	01.07.2021	30.08.2021	Nezapočato	0 %	0	60

S tímto projektem nemocnice začala již v minulém roce, kdy byl vyhotoven architektonický plán budovy, výběrová řízení a byla zařízena veškerá potřebná dokumentace. Výběrové řízení architektonické firmy bylo o 5 dní kratší než podle odhadovaného plánu, tudíž fáze B, byla zahájena o několik dní dříve. Fáze C trvala 5 měsíců, podle prvně plánovaných 6 měsíců, proto fáze D Výběrového řízení na stavební firmu, byly zahájena o měsíc dříve. Začátek stavby, byl plánován na březen roku 2020 i kvůli klimatickým podmínkám, a k ukončení stavby podle původních plánů, mělo být i s časovou rezervou 150 dní, maximálně 1. 06. 2021. K otevření budovy mělo dojít 1. 08. 2021. Kvůli současné situaci v České republice bylo vše pozastaveno od fáze E až do odvolání.

16 RIZIKOVÁ ANALÝZA

16.1 Riziková analýza pro Karvinskou hornickou nemocnici a.s.

Zdravotnictví samo o sobě má velký význam, protože při neštěstích a katastrofách přebírá důležité úkoly. Musí zajistit lékařskou péči a výpadek tohoto sektoru by měl významný dopad na celou společnost.

Krizové plánování v nemocnicích a analýza rizik se zaměřuje na externí a interní ohrožení, která mohou narušit či znemožnit běžný provoz nemocnice, dále také mají vliv na budoucnost nemocnice při možných rekonstrukcích a rozšiřování služeb. Ochrana nemocnice je významnou součástí managementu rizik a krizového plánování pro interní ohrožení. Možná ohrožení pro chod nemocnice jsou přímé – fyzické poškození budov (povodně, bouře, požár), dále oprava přístupové cesty, výpadek elektrického proudu nebo vody a nepřímé – hromadný příjem pacientů, migrace, epidemie. Při analýze rizik se hodnotí pravděpodobnost vzniku rizika a zároveň i zranitelnost nemocnice v této situaci. Každá nemocnice musí zahrnout do plánování své vlastní podmínky a situace. Při analýze rizik se musí stanovit cíle, čeho je třeba dosáhnout, a co je třeba chránit, a po následném provedení analýzy rizik určit preventivní a ochranná opatření. Při zhodnocení rizik a tvoření preventivních a ochranných opatření se klade důraz na ta rizika, u nichž je pravděpodobnost vzniku velká a také u těch, které mohou způsobit, že nemocnice bude zranitelná. Účelem preventivních opatření je udržet dané ohrožení v únosných mezích, nebo úplně zabránit vzniku dané situace a snížit dopad na nemocnici. Krizové plánování nemocnic by mělo vést k tomu, aby se v případě vzniku situace rychle zareagovalo a nedošlo k dramatickým následkům.

Tab. 23. Kritéria určení možných zranitelností v nemocnici pro rozšíření služeb a výstavbu nového pavilónu (vlastní zpracování)

	POPIS	DŮVOD	PŘÍKLAD
A	Nákladnost/Finanční stabilita firmy	Pokud nemocnice nemá dostatek finančních prostředků	Omezení chodu oddělení, nemožnost rekonstrukcí, rozšiřování nemocnice
B	Závislost na dílčích komponentech / Personální obsazení nemocnice	Pokud nemocnice nezajistí dostatek personálu	Pandemie, hromadné výpovědi, fluktuace, nedostatek zájemců o práci
C	Pověst zařízení	Pro každou nemocnici jsou důležité odezvy svých klientů	Novinové články, slovní hodnocení,
D	Nákladnost, Robustnost, Odolnost/Vybavení nemocnice	Lidé vyhledávají zařízení s kvalitním vybavením, stav budov	Nové přístrojové vybavení, ochranné dveře, bezbariérový vstup
E	Dostupnost zařízení pro pacienty a zaměstnance (doprava), dodavatele	Výběr zdravotnického zařízení záleží i na možnostech, jak se k danému zařízení dostaneme	Parkování, autobusové zastávky, situace na silnicích
F	Dodržování legislativy, možné soudní spory	Soudní spory mohou ovlivnit pověst i finanční stránku zdravotnických zařízení	Soudní spor, nedodržení nařízení
G	Robustnost, Odolnost/Vliv mimořádných událostí	Jak může zdravotnické zařízení pracovat po mimořádné události beze změny, odolnost budov	Výpadek elektrického proudu, požár

Tab. 24. Vyhodnocení rizik Karvinské hornické nemocnice a.s.
(vlastní zpracování)

		potencionální ohrožení				
		1	2	3	4	5
Zranitelnost	1	1	2	3	4	5
	2	2	4	6	8	10
	3	3	6	9	12	15
	4	4	8	12	16	20
	5	5	10	15	20	25

		potencionální ohrožení				
		1	2	3	4	5
zranitelnost	1					
	2		C, D	F		
	3		A	E		
	4				G	
	5				B	

	Zranitelnost
1	téměř bezvýznamná
2	Drobná
3	Významná
4	velmi významná
5	Nepřijatelná

	potencionální ohrožení
1	prakticky nepravděpodobné
2	Nepravděpodobné
3	Příležitostné
4	pravděpodobné až časté
5	velmi časté

Tab. 25. Výsledky získané z rizikové analýzy pro Karvinskou hornickou nemocnici a.s. (vlastní zpracování)

Riziko	Pravděpodobnost ohrožení	Zranitelnost	Výsledná hodnota
A	2	3	5
B	4	5	20
C	2	2	4
D	2	2	4
E	3	3	9
F	3	2	5
G	4	4	16

Jako nejrizikovější z těchto kategorií vyšlo riziko B = 20, které se týká Závislost na dílčích komponentech / Personální obsazení nemocnice. Tento dílčí bod, je pro zdravotnické zařízení velmi důležitý. Dostatek kvalifikovaného personálu ve zdravotnickém zařízení je jednou s nejdůležitější věcí, bez kvalifikovaného personálu není provoz možný. Proto je velmi důležité, aby kdykoliv při ohrožení či plánování rozšiřování nemocnice byl zajištěn nutný počet zaměstnanců, kteří jsou potřební pro zajištění správného chodu nemocnice na jednotlivých pracovištích. Tato problematika, je řešena například u traumatologického plánu, v pandemických plánech jednotlivých zařízení. Nábor nových pracovníků při plánování rozšíření služeb musí být proveden s časovou rezervou, aby mohlo být dosaženo jak zaškolení personálu, tak aby funkčnost nového oddělení byla při otevření plně zajištěna.

Na druhém místě při zařizování nového oddělení vyšlo jako rizikový bod G = 16, který se týká – Robustnost, Odolnost/Vliv mimořádných událostí. Příkladem bodu G, je výpadek elektrického proudu, který je pro provoz nemocnice v mnoha ohledech životně důležitý. Nemocnice, její chod a veškeré činnosti při rekonstrukcích jsou na dodávkách elektřiny závislé. Řada pracovišť a jejich fungování je výpadkem proudu narušena. Zásobování nemocnice elektřinou je řešeno zákony o nemocnicích a různými stavebními zákony. Nemocnice jsou vybaveny nouzovými agregáty, které bohužel nemusí při výpadku proudu často stíhat a plnit svou funkci dle předpokladů pro celou nemocnici. Jsou tedy určeny hlavní okruhy, které

jsou zásobovány. Opatřením pro tyto situace jsou předpisy ohledně náhradních zdrojů proudu pro nemocnice a urychleně dojít k nápravě mimořádné situace.

Bod E – Dostupnost zařízení pro pacienty a zaměstnance (doprava) má v tabulce hodnotu 9 bodů. Výběr klientů i budoucích možných zaměstnanců pro které zdravotnické zařízení se rozhodnou záleží i na možnostech, jak se k danému zařízení dá dopravit. Jednodušší dostupnost zařízení je velkým kladem pro veškeré nemocnice. Důležité je tedy dostupnost parkování pro osobní auta a dostupnost autobusové zastávky pro hromadnou dopravu.

Bod A, a F se shodně sešli na hranici 5 bodů. Což znamená, že výskyt toho to rizika není pravděpodobný. Tyto body jsou F – Dodržování legislativy, možné soudní spory, a A – Nákladnost / finanční stabilita firmy. Základní metoda snižování rizika ve finanční otázce, je ve vytváření hmotných a finančních rezerv, které se následně použijí za mimořádných okolností, k překlenutí neplánovaného nedostatku finančních prostředků. Pro rozšiřování nemocnice a vytvoření nového oddělení, je finanční zabezpečení nemocnice ovšem důležitým bodem. Bez finančních rezerv a kladného hospodaření, by se nemocnice nemohla pro konání tohoto projektu rozhodnout. Což znamená, že při rozhodnutí o spuštění tohoto projektu musí mít nemocnice finanční prostředky již dobře rozvrženy. Při plánování a výstavbě nového oddělení musí nemocnice postupovat a řádně dodržovat veškeré platné legislativní požadavky. Bez splnění veškerých požadavků, by nemohlo dojít k otevření nového oddělení.

Nejmenší riziko nám vychází v bodu C, D, kde nám možné riziko vyšlo, jako nepravděpodobné a následky pro nemocnici jsou malé. C – Pověst zařízení, v tomto bodě je náprava pro nemocnici složitá. Nemocnice svou pověst může zlepšovat jen díky své práci, a snažit se propagovat nemocnici v lepším světle. E – Nákladnost, Robustnost, Odolnost/Vybavení nemocnice. Lidé vyhledávají zařízení s kvalitním vybavením, pro nemocnice jsou i důležité informační technologie, se kterými pracuje a také stav budov.

ZÁVĚR

Přínos projektu sociálně-zdravotní péče v Karvinské hornické nemocnici byl především v navýšení a zkvalitnění služeb poskytovaných v této nemocnici a také pro občany bydlící ve spádové oblasti nemocnice. Cílem, kterého se tento projekt snažil dosáhnout, bylo poskytnout lůžkové sociálně-zdravotní služby těm osobám, kteří z různých důvodů nejsou schopni se o sebe sami postarat, v případě zdravotnických zařízení především po zdravotní stránce a pak také po stránce sociální.

Hlavním důvodem k vypracování tohoto projektu v Karvinské hornické nemocnici, je nepřítomnost lůžkového oddělení zaměřujícího se na poskytování sociálně – zdravotní pomoci, a tím vzniklá absence možnosti dokončit léčbu v daném zařízení. Dalším neméně důležitým důvodem k vytvoření tohoto projektu je zvýšení počtu starších lidí v Moravskoslezském kraji, celkového stárnutí populace a zvýšené poptávce po těchto službách. Tudíž se projektová část této práce zaměřila na vytvoření možného obrazu oddělení poskytující tyto sociálně – zdravotní služby.

Tato oddělení začínají být v posledních letech velmi vyhledávanými, zvláště samotnými klienty, jelikož jim poskytují možnost doléčení a nejsou odkázáni jen sami na sebe. Se zvyšujícím se trendem stárnutí populace čím dál více lidí je odkázáno jen samo na sebe, a proto vítají možnost těchto oddělení ve zdravotnických zařízeních. I v budoucnu se neočekává že by starších lidí mělo ubývat, je tomu spíše naopak. Populace stárne, a proto přínos těchto oddělení je i do budoucích let velký. Nemocnice se pyšní zájmem klientů a kladnými ohlasy na poskytování zdravotní péče v ní, a tudíž se nepředpokládá, že by nové oddělení nebylo přivítáno kladně, či s nezájmem občanů. V práci bylo dosaženo vytyčeného cíle vypracování možného projektu a důležitých aspektů vedoucích k otevření oddělení pomocí stanovených a zvolených metod. Veškeré stanovené cíle diplomové práce byly za použití vhodných metod splněny a byl vytvořen projekt organizace sociální péče v Karvinské hornické nemocnici, a.s. Karvinská hornická nemocnice v současnosti, již projekt realizuje, ale v této době vše značně komplikuje pandemie viru COVID-19 a s tím spojená restriktivní opatření a vyhlášení nouzového stavu. Proto se také pozastavila výstavba projektu a celý časový plán se musí posunout. Dvěma klíčovými problémy nového vznikajícího oddělení může být například nedostatek personálu, který se v současné době čím dál více cítí finančně podhodnocený a samotná finanční náročnost samotného provozu oddělení.

I když se provozování tohoto oddělení nejeví podle odhadů z podnikatelského hlediska jako výhodné, má ovšem z personálního a sociálního pohledu pro budoucnost společnosti nevyčíslitelnou cenu. Jak již bylo výše zmíněno, kvůli stárnutí populace a veškerých demografických změnám, se ne vždy je člověk o sebe sám schopen postarat a potřebuje pomoc ostatních. Ne vždy může pomoc rodina, a proto mají poskytovatelé sociálních služeb zde své nezastupitelné místo.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ARNOLDOVÁ, Anna, 2016. *Sociální péče: učebnice pro sociální činnost*. 1. díl. Praha: Grada, s. 240. ISBN 978-80-247-5147-4.

BARABÁŠOVÁ, Petra a kol., 2019. *Přehled zdravotnických zařízení v Moravskoslezském kraji*. [online] 3.vyd. Moravskoslezský kraj [cit. 2020–24-1]. Dostupné z: <https://www.msk.cz/cz/zdravotnictvi/prehled-zdravotnickych-zarizeni-v-moravskoslezskem-kraji—127420/>.

Český statistický úřad, 2020 a. *Domácí zdravotní péči využívá 142 tisíc pacientů* [online]. CZSO, © 2020 [cit. 2020-05.03]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/domaci-zdravotni-peci-vyuziva-142-tisic-pacientu>

Český statistický úřad, 2020 b. *Senioři: Publikace* [online]. CZSO, © 2020 [cit. 2020-05.03]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/seniori_publicace

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH, Libuše Čeledová, 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 264. ISBN 978-80-247-3901-4.

FUSEK, Petr, 2019. *Oficiální stránky statutárního města Karviná – Demografie Morava* [online]. © 2001 [cit. 2020-05-03]. Dostupné z: https://www.karvina.cz/uplads/OSO/PF_Demograficka_studie_Karvina_ke_KP_2019.pdf

GEHLER, Sarah, Teri BROWN. 2012. *Handbook of health social work*. Second edition. Hoboken: John Wiley & Sons, s. 702 ISBN 9780470643655, 1118115910.

GOPEE, Neil, Jo GALLOWAY, 2017. *Leadership and management in healthcare*. 3rd edition. Los Angeles: SAGE s. 297 ISBN 978-1-4739-6502-7.

GRUNWALD, Rolf, Jaroslava HOLEČKOVÁ, 2007. 2009. *Finanční analýza a plánování podniku*. 1. vyd. dotisk. Praha: Ekopress, s. 318. ISBN 978-80-86929-26-2.

HROZENSKÁ, Martina, Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. 1.vyd. Praha: Grada, s. 192. ISBN 978-80-247-8470-0.

CHARITA.CZ, 2019. *Jak pomáhat* [online]. [cit. 2019-26-12]. Dostupné z: <https://www.charita.cz/jak-pomahame/socialni-a-zdravotni-sluzby/>

JEDLIČKA, Václav. 1991. *Praktická gerontologie: učební text*. 2. přeprac. Vyd. Brno: Institut pro vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, s. 182. ISBN 80-7013-109-8.

KAPLAN, Robert S., David P. NORTON, 2010. *Efektivní systém řízení strategie: nový nástroj zvyšování výkonnosti a vytváření konkurenční výhody*. 1.vyd. Praga: Management press, s. 325. ISBN 978-80-7261-203-1.

KARVINSKÁ HORNICKÁ NEMOCNICE, © 2020 a. *KHN* [online]. [cit. 2020-03-1]. Dostupné z: www.khn.cz

KARVINSKÁ HORNICKÁ NEMOCNICE, © 2020 b. *O nemocnici* [online]. [cit. 2020-03-1]. Dostupné z: www.khn.cz/o-nemocnici

KRAJSKÁ NEMOCNICE T. BATI a.s., © 2020. *Sociální služby poskytované ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče* [online]. KNTB. [cit. 2019-28-12]. Dostupné z: https://www.kntb.cz/userfiles/LDN_soc_sluzby.pdf

KNOTOVÁ, Dana a kol., 2014. *Úvod do sociální pedagogiky*. Brno: Masarykova univerzita, s. 115. ISBN 978-80-210-7078-3.

KOTLER Philip, Veronica WONG, John SAUNDERS, Gary ARMSTRONG, 2007. *Moderní marketing*. 4.vyd. Praha: Grada, s. 1048 ISBN 978-80-247-1545-2.

KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ, Radoslav GOLDMANN, 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. 1.vyd. Praha: Grada, s. 192. ISBN 978-80-247-7874-7.

KUZNÍKOVÁ, Iva a kol., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1.vyd. Praha: Grada, s. 224. ISBN 978-80-247-3676-1.

KUZNÍKOVÁ, Iva, 2013. *Psychosociální aspekty zdraví a nemoci*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, s. 88. ISBN 978-80-7464-470-2.

MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1.vyd. Praha: Grada, s. 328. ISBN 978-80-247-3148-3.

MALLYA, Thaddeus, 2007. *Základy strategického řízení a rozhodování*. 1.vyd. Praga: Grada, s. 252. ISBN 978-80-247-1911-5.

MATOUŠEK, Oldřich, 2008. *Metody a řízení sociální práce*. 2.vyd. Praha: Portál, s. 384. ISBN 978-7367-502-8.

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2019 a. *Sociální – služby – MPSV Portál* [online]. MPSV. [cit. 2019-28-12]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1>

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2019 b. *Sociální služby* [online]. MPSV. [cit. 2019-28-12]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/standardy-kvality-socialnich-sluzeb>. Také dostupné ke stažení z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/skss_final_web.pdf/1daaf363-940e-9c10-ee88-4048722a9be9

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2019 c. *Kvalita sociálních služeb – standardy*. [online]. MPSV. [cit. 2019-28-12]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/kvalita-socialnich-sluzeb-standardy-podpora>

Ministerstvo spravedlnosti České republiky, 2020. *Veřejný rejstřík a sbírka listin – Výroční zpráva* [online]. Výroční zpráva, © 2012 [cit. 2020-14-04]. Dostupné z: <https://or.justice.cz/ias/ui/vypis-sl-detail?dokument=58655937&subjektId=206474&spis=817088>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019 a. *Zdraví 2020* [online]. MZCR. © 2010 [cit. 2019-28-12]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2008a_zaprac%20pripominek%20MPR_cervenec15.pdf

Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020 b. *Kalkulační vzorec pro výpočet bodové hodnoty výkonů v seznamu zdravotních výkonů* [online]. MZCR. © 2010 [cit. 2020-14-04]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/kalkulacni-vzorec-pro-vypocet-bodove-hodnoty-vykonu-v-seznamu-zdravotnich-vykonu_11252_998_3.html

Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020 c. *Společné prohlášení Ministerstva zdravotnictví a zdravotních pojišťoven k přijatým opatřením v souvislosti s COVID-19*. [online]. MZCR. © 2010 [cit. 2020-14-04]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/spolecne-prohlaseni-ministerstva-zdravotnictvi-a-zdravotnich-pojistoven-k-prijat_18773_1.html

Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020 d. [online]. MZCR. [cit. 2020-14-04]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/ministr-zdravotnictvi_13034_841_1.html

Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020e. *Vývoj událostí v čase – Aktuální informace o COVID-19*. [online]. MZCR. © 2020 [cit. 2020-14-04]. Dostupné z: <https://koronavirus.mzcr.cz/vyvoj-udalosti-v-case/>

Moravskoslezský kraj, 2020 b. *Krajská síť sociálních služeb v Moravskoslezském kraji 1. 3. 2020* [online]. MSK. [cit. 2020-02-04]. Dostupné z: <https://www.msk.cz/cz/socialni-oblast/krajska-sit-socialnich-sluzeb-v-moravskoslezskem-kraji-62687/>

Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2020. [online]. NRZP. [cit. 2020-25-05]. Dostupné z: <http://poradna.nrzp.cz/docs/vzorova-smlouva-zdravotnicke-zarizeni-socialni-pece.pdf>

Nemocnice s poliklinikou Havířov, © 2020. *Léčebna dlouhodobé nemocných* [online]. NSPHAV. [cit. 2020-25-04]. Dostupné z: <http://www.nsphav.cz/cs/pro-pacienty-a-navstevniky/oddeleni/lecebna-dlouhodobem-nemocnych.html>

Nemocnice Třinec, © 2020. *Oddělení ošetrovatelské péče* [online]. NEMTR. [cit. 2020-25-04]. Dostupné z: <https://www.nemtr.cz/index.php/cs/osetrovatelska-pece>

Nemocnice Český Těšín, © 2020. *Oddělení* [online]. NEMCT. [cit. 2020-25-04]. Dostupné z: <https://nemocniceceskytesin.agel.cz/pracoviste/oddeleni.html>

PORTER, Michael, 1994. *Konkurenční strategie: metody pro analýzu odvětví a konkurentů*. Praha: Victoria Publishing, xv, s. 403. ISBN 80-85605-11-2.

Spojená akreditační komise, 2020 [online]. SAKCR. [cit. 2019-28-12]. Dostupné z: <https://www.sakcr.cz/files/09fb498578021b2a8e529ee192df42d4/npstandardy-sak-naslednapece-2015.pdf>

Sociální politika, 2020. *Zdravotní profil České republiky 2017 – Revue pro sociální politiku a výzkum*. [online]. Institut pro sociální politiku a výzkum [cit. 2019-28-12]. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2018/03/zdravotni-profil-ceske-republiky-2017/>

SEDLÁČKOVÁ, Helena, Karel BUCHTA, 2006. *Strategická analýza*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: C. H. Beck, s. 121. ISBN 80-7179-367-1.

TOPINKOVÁ, EVA, 2005. *Geriatry pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, s. 270. ISBN 80-7262-365-6.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2020. *Úvod – ÚZIS ČR* [online]. ÚZIS. [cit. 2020-14-04]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008275/ai-2019-06-t1-pristrojove-vybaveni-zz-2018.pdf>

VEBER, Jaromír a kol., 1998. *Management II: management změny: strategický management: podnikatelské projekty: projektový management: reengineering*. 2.vyd. Praha: VŠE, s. 168. ISBN 80-7079-406-2.

VETEŠKA, Jaroslav, 2017. *Systém sociální a zdravotní péče o seniory v České republice. The systém of senior social and health care in the Czech Republic. Šance a limity seniorov v*

súčasnej modernej komunikácii: (negativa a pozitiva IKT v živote seniora). [online]. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, s. 27-38. [cit. 2019-26-12]. ISBN 978-80-555-1803-9. Dostupné z: <https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Balogova11>

WIJA Petr, Pavel BAREŠ, Jan ŽOFKA, 2019. *Atlas dlouhodobé péče* [online]. Praha: Institut pro sociální politiku a výzkum, z.s., [cit. 2020-05-03]. ISBN 978-80-907662-1-1. Ke stažení z: <https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2019/09/Atlas-dlouhodobpece-CR.pdf>

Zdravotnictví a medicína, 2019. ČSÚ: *Výdaje na zdravotní péči byly v roce 2018 téměř 431 mld Kč – Zdraví.Euro.cz* [online]. ZAM, [cit. 2019-29-12]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/csu-vydaje-na-zdravotni-peci-byly-v-roce-2018-temer-431-mld-kc/>

ZPRÁVA o Moravskoslezském kraji, 2019 a. [online]. MSK. Moravskoslezský kraj [cit. 2020-27-02]. Dostupné z: https://www.msk.cz/assets/rozvoj_kraje/01-strategie-rozvoje-msk-2019-2027-analyticka-cast.pdf

Citace zákonů:

ČESKO a. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách In: Sbíрка zákonů České republiky [online]. [cit. 2019-27-12]. Dostupné z: www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108

ČESKO b. Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotních povoláních upraveno personální zajištěné v sociální práci In: Sbíрка zákonů České republiky [online]. [cit. 2019-27-12]. Dostupné z: www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96

ČESKO c. Zákon č.20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu In: Sbíрка zákonů České republiky [online]. [cit. 2019-28-12]. Dostupné z: www.zakonyprolidi.cz/cs/1966-20

ČESKO d. Zákon č. 160/1992 Sb. o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních In: Sbíрка zákonů České republiky [online]. [cit. 2019-28-12]. Dostupné z: www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-160

ČESKO e. Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků In: Sbíрка zákonů České republiky [online]. [cit. 2019-28-12]. Dostupné z: www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55

ČESKO f. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách In: Sbíрка zákonů České republiky [online]. [cit. 2019-28-12]. Dostupné z: www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372

ČESKO g. Vyhláška č. 505/2006 Sb., ve které se provádějí ustanovení zákona o sociálních službách In: Sbírka zákonů České republiky [online]. [cit. 2020-16-01]. Dostupné z: www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505

ČESKO h. Zákon č. 128/ 2000 Sb., o obcích In: Sbírka zákonů České republiky [online]. [cit. 2020-16-01]. Dostupné z: www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-128

ČESKO ch. Platné přílohy č. 3 k Vyhlášce č. 99/ 2012 Sb. o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb In: Sbírka zákonů České republiky [online]. [cit. 2020-16-01]. Dostupné z: www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

a. s.	Akciová společnost
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
ORL	Otorinolaryngologické oddělení
SLEPT	Analýza mezoprostředí
THP	Technicko-hospodářský pracovník

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1. SLEPT analýza grafické zobrazení (vlastní zpracování)	39
Obr. 2. Porterova analýza v grafickém zobrazení (vlastní zpracování)	40
Obr. 3. Logo nemocnice (KHN, 2020).....	44
Obr. 4. Představenstvo nemocnice (interní dokument KHN).....	45
Obr. 5. Podíl osob nad 65 let v Moravskoslezském kraji (MSK, 2020 a, s. 80).....	48
Obr. 6. Věkové rozložení žen a mužů v Karviné a Moravskoslezském kraji (Fusek, 2019, s. 10)	64
Obr. 7. Podíl osob ve věku 65+ v domácí péči (Wija, 2019, s. 57)	68
Obr. 8. Ocenění nemocnice (KHN, 2020)	74

SEZNAM TABULEK

Tab. 1. Věkové složení obyvatelstva v městě Karviná v porovnání s Moravskoslezským krajem (Fusek, 2019, s. 11).....	47
Tab. 2. Možné hrozby pro vstup nových konkurentů (vlastní zpracování).....	57
Tab. 3. Vyhodnocení analýzy stávající konkurence (vlastní zpracování)	60
Tab. 4. Využití ambulancí klienty v Karvinské hornické nemocnici a. s. (interní dokument KHN).....	63
Tab. 5. Využití lůžkových oddělení v karvinské hornické nemocnici a. s. (interní dokument KHN, výroční zpráva).....	63
Tab. 6. Vyjednávací síla dodavatelů (vlastní zpracování).....	65
Tab. 7. Záchyt klientů od externích lékařů a zařízení (vlastní zpracování).....	66
Tab. 8. Srovnání zisku nemocnice za rok (bez dohadových položek) (interní dokument KHN).....	81
Tab. 9. Vertikální analýza (vlastní zpracování, výroční zpráva)	82
Tab. 10. Ukazatel zadluženosti (vlastní zpracování).....	83
Tab. 11. Ukazatel likvidity (vlastní zpracování).....	84
Tab. 12. Rentabilita tržeb (vlastní zpracování).....	84
Tab. 13. SWOT analýza (vlastní zpracování).....	85
Tab. 14. Ceník fakultativních služeb.....	96
Tab. 15. Vstupní jednorázové náklady pro otevření oddělení následné péče (vlastní zpracování)	101
Tab. 16. Měsíční mzdové náklady na nově přijatý personál (vlastní zpracování)...	103
Tab. 17. Odhad hospodářského výsledku (vlastní zpracování)	104
Tab. 18. Definování a návaznost činností (vlastní zpracování).....	105
Tab. 19. Doba trvání činností (vlastní zpracování).....	106
Tab. 20. Časový plán – vizuálně (vlastní zpracování)	106
Tab. 21. Časový plán – vizuálně (vlastní zpracování)	107
Tab. 22. Současná podoba fáze projektu (vlastní zpracování)	107
Tab. 23. Kritéria určení možných zranitelností v nemocnici pro rozšíření služeb a výstavbu nového pavilónu (vlastní zpracování)	109
Tab. 24. Vyhodnocení rizik Karvinské hornické nemocnice a.s. (vlastní zpracování)	110

Tab. 25. Výsledky získané z rizikové analýzy pro Karvinskou hornickou nemocnici a.s. (vlastní zpracování).....	110
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

SEZNAM GRAFŮ

Graf. 1. Počet center zabezpečující terénní sociální péči v Moravskoslezském kraji (vlastní zpracování)	69
Graf. 2. Počet denních stacionářů v Moravskoslezském kraj (vlastní zpracování) ...	70
Graf. 3. Zaměření center denních služeb v Moravskoslezském kraj (vlastní zpracování)	71
Graf. 4. Druhy odlehčovací péče (vlastní zpracování)	72
Graf. 5. Zaměření center odlehčujících služeb v Moravskoslezském kraji (vlastní zpracování)	72
Graf. 6. Celkový počet center poskytujících ambulantní služby v Moravskoslezském kraji (vlastní zpracování)	73

SEZNAM PŘÍLOH

- P I ŽÁDOST O PŘIJETÍ NA ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE S MOŽNÝM RHB
ZAMĚŘENÍM
- P II UKÁZKA SMLOUVY K PŘIJETÍ NA ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE
- P III PROVOZNÍ ŘÁD INTERNÍHO ODDĚLENÍ
- P IV HORIZONTÁLNÍ ANALÝZA
- P V VÝKAZ ZISKU A ZTRÁT – HORIZONTÁLNÍ
- P IV VÝKAZ ZISKU A ZTRÁT – VERTIKÁLNÍ
- P VII ORGANIZAČNÍ SCHÉMA
- P VIII FUNKČNÍ SCHÉMA

PŘÍLOHA P I: ŽÁDOST O PŘIJETÍ NA ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE S MOŽNÝM RHB ZAMĚŘENÍM (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ)

Žádost o přijetí na oddělení následné péče s možným RHB zaměřením – VZOR

Příjmení a jméno:

Zdravotní pojišťovna:

Rodné číslo:

Bydliště:

Telefonní číslo:

Nejbližší příbuzný – kontakt:

Obvodní lékař:

Odesílající z oddělení (zařízení/z domu):

Hlavní diagnostický důvod hospitalizace:

Duševní stav

- spolupracuje
- apatický
- zmatený
- agresivní

Soběstačnost

Pohybová

- chodící
- s dopomocí
- imobilní

v hyg. péči

- samostatný
- částečné
- nesamostatný

při jídle

- samostatný
- s pomocí
- krmen
- sonda

Inkontinence

- moč
- stolice

Dekubity

- ne
- ano _____

Datum:

Razítko a podpis odesílajícího lékaře

UPOZORNĚNÍ:

je důležité, aby klient před nástupem hospitalizace měl zajištěné své finanční prostředky (tj. důchod, platby inkasa).

PŘÍLOHA P II: UKÁZKA SMLOUVY K PŘÍJETÍ NA ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE

Smlouva o poskytnutí služby sociální péče ve zdravotnickém zařízení ústavní péče (NRZP, 2020)

Níže dne, měsíce a roku uzavřeli

- 1) Pan (paní)(jméno a příjmení),
nar.(datum narození),
bydliště(adresa),
rodné číslo.....,
v textu této smlouvy dále jen „Osoba“ zastoupený(á)
- 2), v
textu této smlouvy dále jen „Poskytovatel“

v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, tuto

Smlouvu o poskytnutí služby sociální péče ve zdravotnickém zařízení ústavní péče podle § 52 cit. zak.

I.

Rozsah poskytování služby sociální péče

- (1) Poskytovatel se zavazuje poskytovat osobně v zařízení
- a) ubytování,
 - b) stravování,
 - c) úkony péče.
- (2) Osobě mohou být poskytovány jako fakultativní další činnosti (vhodné odkázat na sazebník/ceník, který by měl být přílohou smlouvy).

II.

Ubytování

- (1) Osobě se poskytuje ubytování v jednolůžkovém (varianty: dvou-, třílůžkovém) pokoji,
- (2) K pokoji náleží: (dle dispozice konkrétního zdravotnického zařízení)

(3) Pokoj je vybaven následujícím zařízením: lůžko, noční stolek, skříň, stůl, dvě židle, světlo stropní, lampička.

(4) Mimo pokoj a prostory uvedené v odstavci (2) může Osoba způsobem obvyklým užívat společně s ostatními Osobami v zařízení (varianta: na patře zařízení) také:

- a) jídelnu,
- b) společnou místnost,
- c) bufet,
- d) zahradu.

(5) Ubytování zahrnuje také topení, teplou a studenou vodu, elektrický proud, úklid, praní, drobné opravy ložního a ošacení a žehlení.

(6) Poskytovatel je povinen udržovat prostory k ubytování a k užívání ve stavu způsobilém pro řádné ubytování a užívání a zajistit nerušený výkon práv Osoby spojených s užíváním těchto prostor.

(7) Osoba je povinna užívat prostory vyhrazené jí k ubytování a k užívání řádně, v prostorách nesmí Osoba bez souhlasu Poskytovatele provádět žádné změny.

III.

Stravování

(1) Osoba má právo požádat Poskytovatele o poskytnutí stravy.

(2) Stravování probíhá na základě a podle pravidel předem zveřejněného jídelního lístku. Varianta: (2) Stravování probíhá na základě předem zveřejněného jídelního lístku a podle vnitřních předpisů zdravotnického zařízení ústavní péče.

(3) V případě potřeby Poskytovatel zajistí stravování podle individuálního dietního režimu Osoby. Varianta: (3) Seznam diet, které je Poskytovatel schopen zajistit, je uveden ve vnitřních předpisech zdravotnického zařízení ústavní péče.

IV.

Péče

Poskytovatel se zavazuje a je povinen poskytovat Osobně, která je příjemcem příspěvku na péči, tyto základní činnosti:

- a) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- b) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,

- c) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- d) sociálně terapeutické činnosti,
- e) aktivizační činnosti,
- f) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

V.

Fakultativní činnosti

Poskytovatel se zavazuje a je povinen poskytnout Osobně následující fakultativní činnosti nad rámec základních činností uvedených v čl. II, III a IV:

bude záležet na možnostech konkrétního zdravotnického zařízení ústavní péče, pokud nebudou nabízeny žádné fakultativní činnosti, nebude ani čl. V.

Varianty:

- a) Využívání vlastních elektronických zařízení
- b) Dopravu osoby a jejích věcí do a) nebo z místa, které označí. Převozu klienta na lékařské vyšetření mimo areál nemocnice.
- c) Kopírování a tisk dokumentů
- d) Vyřizování úředních a osobních záležitostí sociálně zdravotním pracovníkem
- e) Zapůjčení kompenzačních pomůcek

Služby sjednané nad rámec jsou hrazeny podle sazebníku.

VI.

Místo a čas poskytování služby sociální péče

(1) Služba sjednaná v čl. I. Smlouvy se poskytuje ve zdravotnickém zařízení ústavní péče provozovaném Poskytovatelem v, ul. , č. p. .

(2) Služba sjednaná v čl. I. Smlouvy se poskytuje 24 hodin denně, a to každý den po dobu platnosti Smlouvy.

Varianta 1: (2) Služba sjednaná v čl. I. Smlouvy se poskytuje 24 hodin denně, a to vždy od pondělí do pátku po dobu platnosti Smlouvy.

Varianta 2: (2) Služba sjednaná v čl. I. Smlouvy se poskytuje 24 hodin denně, a to každý den počínaje dnem.....(včetně), do(včetně).

VII.

Výše úhrady a způsob jejího placení

(1) Osoba je povinna zaplatit úhradu za ubytování v částce,- Kč denně a úhradu za stravu v částce,- Kč denně.

(2) Pokud by osobě po zaplacení úhrady za ubytování a stravu podle odst. 1 tohoto článku za kalendářní měsíc nezůstala částka ve výši alespoň 15% jejího měsíčního příjmu, částky úhrady se sníží.

(3) Pokud by v některém kalendářním měsíci Osoba neměla žádný příjem, úhradu za ubytování a stravu podle odst. 1 tohoto článku za tento kalendářní měsíc Osoba neplatí.

(4) Osoba je povinna zaplatit za poskytování péče za kalendářní měsíc částku ve výši příznaného příspěvku na péči podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

(5) Činnosti sjednané v čl. V jako fakultativní se poskytují za úhradu nákladů těchto činností podle vnitřních pravidel zařízení (viz sazebník/ceník dle bodu V.).

(6) Poskytovatel je povinen předložit Osobě vyúčtování úhrady podle odstavců 1 až 5 za kalendářní měsíc, a to nejpozději do pracovního dne v kalendářním měsíci, který následuje po kalendářním měsíci, za nějž Poskytovatel vyúčtování předkládá.

(7) Osoba se zavazuje a je povinna platit úhrady za veškeré služby zpětně, a to do dne kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, za který má být úhrada zaplacená.

Varianta 1: (7) Úhrada se platí zpětně, a to je za kalendářní měsíc, nejpozději do patnáctého dne následujícího po dni, kdy Poskytovatel předložil Osobně měsíční vyúčtování čerpaných služeb.

Varianta 2: (7) Úhrada se platí zálohově, a to do dne v kalendářním měsíci, za který má být zaplacená.

(8) Osoba se zavazuje a je povinna platit úhradu podle tohoto článku v hotovosti v pokladně poskytovatele.

Varianta: (8) Osoba se zavazuje a je povinna platit úhradu podle tohoto článku převodem na účet Poskytovatele č....., vedený u Úhrada musí být připsána na účet Poskytovatele do

(9) Osoba je povinna doložit Poskytovateli výši svého příjmu ve smyslu § 7 zákona č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu. Výši příjmu je Osoba povinna doložit při 5 nástupu do zařízení a dále při každé změně příjmu. Oznámení o změně ve výši příjmu musí

Poskytovatel obdrzet nejpozdeji dopracovnich dnu po poslednim dni kalendarniho mesice, za který se platí úhrada.

(10) Přepłatky na úhradách za služby poskytovane Poskytovatelem podle této Smlouvy je Poskytovatel povinen vyúčtovat a písemně vyúčtování Osobně předat (doručit) nejpozdeji do konce kalendarniho mesice nasledujiciho po kalendarnim mesici, za nějz přeplatek vznikl. Poskytovatel je povinen přeplatek vyplatit Osobně v hotovosti (varianta: převodem na účet č.) nejpozdeji ve lhůtě, v jaké je povinen předat (doručit) vyúčtování tohoto přeplatku.

(11) Zamlčela-li Osoba skutečnou výši svého příjmu při jeho doložení podle odst. 9 tohoto článku, je povinna doplatit úhradu do částky stanovené podle skutečné výše jejího příjmu.

(12) Zaplacením smluvní pokuty podle odst. 11 tohoto článku není Osoba zproštěna zaplatit za ubytování a stravu částku stanovenou podle skutečné výše jejího příjmu.

VIII.

Ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených Poskytovatelem pro poskytování sociálních služeb

Osoba prohlašuje, že byla seznámena s vnitřními předpisy zdravotnického zařízení ústavní péče, v němž se poskytuje služba sociální péče podle této Smlouvy. Osoba prohlašuje, že vnitřní předpisy jí byly předány v písemné podobě, že tyto předpisy přečetla a že jim plně porozuměla. Osoba se zavazuje a je povinna tyto předpisy dodržovat.

IX.

Výpovědní důvody a výpovědní lhůty

(1) Osoba může smlouvu vypovědět bez udání důvodu. Výpovědní lhůta pro výpověď Osobou činí dní

(2) Poskytovatel může Smlouvu vypovědět pouze z těchto důvodů:

a) jestliže Osoba hrubě porušuje své povinnosti vyplývající ze Smlouvy. Za hrubé porušení Smlouvy se považuje zejména:

1. zamlčení výše příjmu nebo jeho změn, pokud byla úhrada za ubytování a stravu stanovena podle odst. 2 čl. VII. Smlouvy nebo pokud Osoba úhradu za ubytování a stravu neplatila podle odst. 3 čl. VII. Smlouvy,

2. nezaplacení úhrady, byla-li Osoba povinna platit úhradu podle čl. VII. Smlouvy.

b) jestliže osoba i po opětovném napomenutí hrubě poruší povinnosti, které jí vyplývají z vnitřních pravidel zařízení.

c) dále lze doporučit rozšíření důvodů – alespoň na situace, kdy nebude možno zejména z ekonomických ale i jiných objektivních důvodů zajistit smluvně zaručenou službu sociální péče

3. Výpovědní lhůta pro výpověď danou Poskytovatelem z důvodů uvedených v odst. 2 písm.

a) a b) event. c) a další tohoto článku činí ... dní (týdnů, měsíců) a počíná běžet prvním dnem kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, v němž byla tato výpověď Osobě doručena.

X.

Trvání smlouvy

(1) Smlouva nabývá platnosti a účinnosti okamžikem jejího podpisu oběma smluvními stranami.

(2) Smlouva se uzavírá na dobu určitou, a to od okamžiku jejího podpisu oběma smluvními stranami do dne Osoba nemůže práva z této Smlouvy postoupit na jiného.

Varianta: (2) Smlouva, se sjednává od okamžiku jejího podpisu oběma smluvními stranami na dobu neurčitou. Osoba nemůže práva této Smlouvy postoupit na jiného.

XI.

(1) Smlouva je vyhotovena ve dvou exemplářích s platností originálu. Každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.

(2) Smlouva může být měněna nebo zrušena pouze písemně.

(3) Smluvní strany prohlašují, že smlouva vyjadřuje jejich pravou a svobodnou vůli a že Smlouvu neuzavřely v tísní za nápadně nevýhodných podmínek.

(4) Smluvní strany prohlašují, že smlouvu přečetly, jejímu obsahu rozumí a s jejím obsahem úplně a bezvýhradně souhlasí, což stvrzují svými vlastnoručními podpisy.

V dne

.....

(podpis Osoby)

.....

(podpis Poskytovatel)

PŘÍLOHA P III: PROVOZNÍ ŘÁD INTERNÍHO ODDĚLENÍ (INTERNÍ DOKUMENT)



II. OBECNÉ ÚDAJE

1. Charakteristika a zaměření pracoviště

Interní oddělení poskytuje komplexní péči danou rozsahem interního oboru a koncepcí platné v ČR.

Oddělení se nachází ve 3. patře hlavní budovy nemocnice. Jedná se o oddělení smíšené, disponující 12 pokoji s 32 lůžky: - 9 třílůžkových pokojů
- 2 dvoulůžkové pokoje
- 1 nadstandartní pokoj

Část lůžek slouží jako lůžka intermediární péče s pacienty zajištěnými telemetricky.

Každý pokoj má své bezbariérové sociální zařízení, pouze 2 dvoulůžkové pokoje mají společné hygienické příslušenství. Sociální zařízení je vždy opatřeno omyvatelným a dezinfikovatelným obkladem. Na oddělení je celkem pro pacienty 12 kabin WC, 12 sprch a 12 umyvadel.

Na oddělení je dále sesterna, vyšetřovna spojená s pracovnou lékařů, pracovní staniční sestry, kuchyňka, čistící místnost, sklad čistého prádla, místnost pro úklid, bezbariérová koupelna a WC, skladová místnost, denní místnost sester a sociální zařízení pro personál.

Místnosti jsou vybaveny nábytkem se snadno omyvatelnými povrchy, podlahy jsou ze snadno čistitelného a dezinfikovatelného PVC. Malování oddělení se provádí 1x za dva roky, malování sesterny 1x ročně.

Isolační pokoj se zřizuje dle potřeb oddělení.

Personální zajištění:

2 lékaři, 3 sestry s bakalářským vzděláním, 1 diplomovaná specialista, 5 všeobecných sester, 3 zdravotničtí asistenti a 4 ošetřovatelky

III. PROVOZ ODDĚLENÍ

1. Dezinfekční režim

Úklid a dezinfekci ploch na pracovišti zajišťuje úklidová služba KHN, dle stanoveného harmonogramu a směrnic vycházejících z platné vyhlášky MZ ČR.

Dezinfekční režim je zakotven v Dezinfekčním plánu KHN a.s., který je součástí Provozního řádu úklidové služby KHN a.s. Dezinfekční plán může být obměňován dle potřeb pracoviště a nové nabídky výrobků. Plán obsahuje koncentrace, dobu expozice, způsob použití dezinfekčních prostředků.

Na pracovišti je používána chemická dezinfekce.

- Dezinfekční roztoky se připravují rozpuštěním odměřeného dezinfekčního prostředku ve vodě. Přípravují se pro každou směnu /co 12 hodin/ čerstvé v koncentraci dle doporučení výrobce.
- Dezinfekční roztoky se připravují rozpuštěním odměřeného dezinfekčního prostředku ve studené vodě, vždy v pořadí nejprve voda poté dezinfekční přípravek.
- Dezinfekce předmětů se provádí omýváním, otíráním, ponořením, postříkáním.
- Vždy je dodržena koncentrace a doba expozice.
- Předměty kontaminované biologickým materiálem se dezinfikují přípravkem s virucidním, baktericidním účinkem.
- Všechny použité nástroje a pomůcky kontaminované biologickým materiálem jsou mechanicky čištěny, až po provedení dekontaminace dezinfekčními přípravky s virucidními účinky.
- Pravidelně jsou střídány dezinfekční prostředky tak, aby nedošlo k vzniku rezistence mikrobů.
- Při práci s dezinfekčními přípravky se dodržují zásady ochrany zdraví a bezpečnosti při práci, používají se ochranné pomůcky (rukavice, zástěra, ochranné brýle).
- Kontrolu provádění dezinfekce provádí ústavní hygienik- hygienička
- Za dodržování dezinfekčních postupů na pracovišti odpovídá staniční sestra.

Dezinfekce:

- **povrchů** je prováděna denně
- **pracovní plochy** jsou rozděleny na plochy k přípravě léčiv a na plochy určené k manipulaci s biologickým materiálem, po ukončení práce jsou ihned dezinfikovány
- **nástrojů a pomůcek**, které nejsou určeny k jednorázovému užití, jsou po použití bezprostředně dekontaminovány ponořením do dezinfekčního roztoku do nádoby k tomu určené, na kterých je uvedeno: - druh dezinfekčního prostředku
- datum a čas přípravy
- koncentrace
- jméno a podpis kdo roztok připravil
- dekontaminace použitých podložních mís a močových lahví je prováděna v dezinfektoru podložních mís (termodezinfekce), kontrola účinnosti termodezinfekce je prováděna 1x za 3 měsíce pomocí mycího indikátoru s následným zápisem o provedeném testu. Zápis se archivuje 5 let od provedení kontroly procesu.
- **povrchy lůžek** se dezinfikují denně, **postele a matrace** se kompletně umývají a dezinfikují při každém přeložení, propuštění nebo úmrtí pacienta.

2. Způsob dekontaminace místa kontaminovaného biologickým materiálem

Při kontaminaci ploch biologickým materiálem se provede okamžitá dekontaminace potřísněného místa překrytím mulem nebo papírovou vatou navlhčenou účinným dezinfekčním roztokem, po uplynutí expoziční doby se místo očistí obvyklým způsobem.

3. Sterilizace

Čisté a vydezinfikované předměty se posílají na centrální sterilizaci, kterou zajišťuje smluvní firma zaměstnavatelem. Materiál se vrací v obalech opatřených datem sterilizace

a expirace a je ukládán do uzavíratelných plastových nádob, které jsou omyvatelné a dezinfikovatelné. Exspirace je kontrolována dle harmonogramu práce sester, staniční sestrou a namátkově náměstkyní pro ošetrovatelskou péči a ústavním hygienikem.

Doba expirace sterilního materiálu:

jednoduchý obal	volně ložený - 6 dní	chráněný - 12 týdnů
dvojitý obal	volně ložen - 12 týdnů	chráněný - 6 měsíců
dvojitý obal+skladovací obal	1 rok	

4. Úklid

Úklid je zajišťován úklidovou službou KHN. Provádí se 2x denně na vlhko mopovým systémem dle platného dezinfekčního řádu. Používají se běžné detergeny a dezinfekční přípravky s virucidními účinky. Veškeré úklidové práce jsou vykonávány dle harmonogramu práce pomocnice / činnosti denní, týdenní, měsíční, apod. /

Všechny úklidové prostředky vydává vedoucí úklidu. Úklidové pomůcky jsou vyčleněny pouze pro interní oddělení, jsou uloženy v úklidové místnosti.

5. Odběr biologického materiálu

- Odběr biolog. materiálu je prováděn u lůžka pacienta nebo na vyšetřovně.
- K odběru krve jsou používány sterilní jednorázové pomůcky, kůže je před odběrem dezinfikována.
- Personál používá při odběrech jednorázové rukavice, a to vždy pouze pro jednu ošetřovanou osobu. Prostupnost rukavic musí odpovídat míře rizika biologických činitelů.
- Biologický materiál je uložen do standardizovaných nádob a dekontaminovatelných přepravků s vyloučením rizika kontaminace žádanek.
- Odebraný biologický materiál je z oddělení neprodleně transportován do laboratoře, případně uchováván ve zvlášť k tomu účelu vyhrazené chladničce, v níž nesmí být současně uskladněny léky nebo potraviny!
- Při přepravě biologického materiálu na větší vzdálenost – např. sanitním vozem, je nutno materiál řádně zajistit před rozbitím zkumavky, zabalením do polyetylenového sáčku a vložením do pevného pouzdra.
- Žádanka musí být řádně vypsána a zajištěna tak, aby během transportu nedošlo ke kontaminaci.
- Při odběru biologického materiálu a manipulaci s ním, je zdravotnický personál povinen dodržovat všechna bezpečnostní opatření, včetně používání ochranných rukavic, mytí a dezinfekce rukou po každém odběru.
- S každým biologickým materiálem je nutno manipulovat vždy jako s materiálem infekčním.
- Jednorázové stříkačky a jehly se likvidují bez ručního oddělování, vrácení do krytů na použité jehly je nepřípustné.
- Kontaminované jehly a ostrý materiál se odkládá do uzavíratelných kontejnerů z pevného materiálu, který je k použití 24 hodin a je označen datem a časem.

6. Způsob oddělení pracovních ploch

- Na sesterně je vyčleněn pult k přípravě léčiv. Plochy na přípravu injekcí, infuzí a sterilních setů k výkonům se nesmí křížit s místy, kde se odkládá a manipuluje s biologickým materiálem.
- Na oddělení se používají pomůcky k jednorázovému použití. Pomůcky, které jsou k opakovanému použití, jsou dekontaminovány v dezinfekční vaně a umývány na sesterně na místě k tomu určenému.

7. Manipulace s prádlem

- Praní a dodávku prádla zajišťuje smluvně firma sjednaná zaměstnavatelem.
- Odvoz prádla z oddělení zajišťuje denně pracovnice prádelny.
- Čisté prádlo se přepravuje v klecových kontejnerech krytých textilem. Za čištění a dezinfekci přepravních kontejnerů odpovídá smluvní firma.
- Použité prádlo se ukládá přímo na pokoji do obalů, které zabraňují kontaminaci okolí nečistotami.
- Použité prádlo se skladuje ve vozíku v čistící místnosti, kde podlahy a stěny jsou omyvatelné a dezinfikovatelné do výše 150 cm, místnost je větratelná.
- Prádlo se nepočítá ani neroztřepává. Před vložením do obalů se z prádla odstraní cizí předměty (nástroje, tužky...)
- Prádlo, které bylo v kontaktu s tělními parazity, se ošetří vhodným insekticidem a po 24 hodinách se předá do prádelny.
- Personál manipulující s použitým prádlem u lůžka pacienty používá ochranné pracovní pomůcky (rukavice, zástěra). Po skončení práce provede hygienickou dezinfekci rukou.
- Výměna lůžkovin se provádí podle potřeby, nejméně jednou týdně, vždy po kontaminaci biologickým materiálem a po propuštění, překlada nebo úmrtí pacienta
- Výměna osobního prádla pacienta se provádí dle potřeby, nejméně však jednou týdně
- Na pokrytí vyšetřovacího lehátka se používá jednorázový materiál, který je měněn po každém pacientovi.
- Vydezinfikované a čistě povlečené lůžko je překryto jednorázovým obalem

8. Nakládání s odpady

- Manipulace s odpady se řídí „Provozním řádem pro nakládání s odpady“.
- Veškerý odpad z pracoviště se odstraňuje denně, odpad vznikající u lůžka pacienta bezprostředně.
- Nebezpečný odpad se ukládá do označených, oddělených, krytých a nepropustných obalů.
- Ostrý odpad se ukládá do označených (datum, čas), plnostěnných a nepropustných obalů, které jsou odstraňovány jednou za 24 hodin.
- Za třídění a označení odpadů na pracovišti odpovídá kompetentní pracovník.
- Za odvoz odpadu z oddělení odpovídá pomocnice, odpady odstraňuje 2x denně.

- Maximální doba mezi shromážděním infekčního odpadu a jeho odstraněním ze shromažďovací místnosti je 48 hodin – časový termín je dodržen dle vyhlášky. Odstraňování odpadů z KHN a.s. zajišťují smluvně oprávněné firmy.
- Odstraňování tekutých odpadů je prováděno splaškovou kanalizací.

9. Zdroj pitné vody

Je používán vodovodní řád města pro pitnou vodu, teplá voda je dodávána z Tepláren Karviná. Odběr vody na vyšetření legionell je zajišťován Zdravotním ústavem Ostrava, pracovištěm Karviná. Za sledování výskytu legionell zodpovídá ústavní hygienik a provozně technický náměstek, kteří monitorují a zajišťují termodezinfekci distribuční sítě teplé užitkové vody a to ohřátím vody v celém vodovodním řádu.

Postup při prevenci legionelly je specifikován pro celou KHN a.s.

10. Zásady osobní hygieny zaměstnanců

- Každý pracovník používá ochranný pracovní oděv. K dispozici je směnné prádlo, u lékařů osobní prádlo, kdy výměna se provádí dle potřeby, při znečištění ihned. Prádlo zajišťuje smluvní firma zaměstnavatelem.
- Při ošetřování, vyšetřování pacientů personál používá ochranné pracovní pomůcky.
 - manipulace se stravou – vyčleněná igelitová zástěra (označena datem, rub, líc)
 - manipulace s použitým prádlem - rukavice, ústenka, zástěra/empír
 - manipulace s použitým prádlem u lůžka pacienta – rukavice, zástěra
 - odběry biologického materiálu – individualizované rukavice
 - převazy – individualizované rukavice
 - manipulace s mrtvým tělem – empír, rukavice, ústenka.
- K vyšetření a léčebným zákrokům zdravotničtí pracovníci přistupují až po umytí rukou, dezinfekci rukou (dle Metodického návodu MZ ČR).

Mytí rukou, hygienické mytí rukou - indikace:

- při viditelném znečištění, po použití toalety,
 - při podezření nebo průkazu sporulujících patogenů, včetně *Clostridium difficile*.
- K utírání rukou se používají jednorázové ručníky uložené v krytých zásobnících.

Hygienická dezinfekce rukou - indikace:

- před kontaktem a po kontaktu s pacientem,
- před manipulací s invazivními pomůckami, bez ohledu, zda se používají rukavice či nikoli,
- po kontaktu s tělesnými tekutinami, exkrety, sliznicemi, porušenou pokožkou nebo obvazy,
- v případě ošetřování kontaminované části těla a následném přechodu na jinou část těla v průběhu péče o jednoho pacienta,
- po kontaktu s povrchy a předměty nacházející de v bezprostředním okolí pacienta,
- po sejmutí rukavic,
- jako součást bariérové ošetrovatelské techniky.

Zdravotničtí pracovníci mají přirozené, upravené, krátké a čisté nehty, nenosí na ruku žádné šperky, hodinky.

- Jíst a pít mohou zaměstnanci pouze v denní místnosti pro personál.

11. Manipulace se stravou

- Strava tvoří součást léčebného režimu.
- Při krmení ležících pacientů používá personál ochranný oděv (jednorázovou zástěru), vyčleněný jen pro tyto účely.
- Pacientům je strava podávána tabletovým systémem.
- Základní výživa zahrnuje diety připravované ve stravovacích provozech, včetně nutričně definované stravy.
- Hotové pokrmy musí být pacientovi podávány bezprostředně po dohotovení, nejpozději 4 hodiny po ukončení tepelné přípravy.
- Za celou dobu přepravy a výdeje jídla nesmí teplota jídla klesnout pod 65°C.
- Porce jídla, které mají být pacientovi podány později (např. druhá večeře), musí být uloženy v uzavřených obalech ve vyčleněné chladničce, skříňce.
- Při finální úpravě jídla je nutno vyloučit přímý styk jídla s rukama pracovníků používáním vhodných pomůcek a náčiní.
- Tekutá perorální výživa se podává zásadně čerstvá, vztahují se na ni stejné požadavky, jako na běžné diety.
- Na oddělení je stále připraven v termosu čerstvý čaj připravovaný v kuchyni, ležícím pacientům je zásoba čaje podávána na pokoje v termoskách.
- Druhé večeře jsou pacientům s poruchami GIT a diabetem podávány sestrou ve 21:00 hod.
- Do kuchyňky je povolen vstup pouze personálu.
- Pro potřeby pacientů je vyčleněna na oddělení lednička, za pořádek a čistotu v ní odpovídá ošetřovatelka.
- Lednice, užívána k ukládání jídla, nesmí být používána k jiným účelům, pouze pro stravu vydanou kuchyní.
- Ve všech lednicích je prováděno kontrolní měření teploty. Změřená teplota se musí evidovat ve zvláštním sešitě.
- Lednice se uklízejí 1x týdně, odmrazování dle potřeby.
- Drobné nádobí je umýváno v kuchyňce v myčce na nádobí, ostatní nádobí je odváženo do stravovacího provozu.
- Po umytí se nádobí ukládá do uzavřených skříněk 1x týdně dezinfikovaných. Při sušení nádobí není dovoleno používání utěrek.

12. Zásady prevence vzniku a šíření nemoeničních nákaz

Přijetí pacienta:

- Civilní oděv a obuv jsou ukládány v centrální šatně nebo do skříní k tomu určených na pokojích pacientů
- Pacient je přijat a uložen na oddělení dle epidemiologického hlediska, zdravotního stavu a způsobu nebo rozsahu potřebné zdravotní péče.



Karvinská
hornická
nemocnice a.s.
Akreditované zdravotnické zařízení

- Před uložením pacienta se zajistí očista nemocného a převlečení osobního prádla – pokud je zajištěna obměna za čisté, může nemocný používat osobní prádlo vlastní.
- U pacientů, přeložených z jiných ZZ, kdy lékař má podezření na výskyt nozokomiální nákazy nebo u pacientů, kteří jsou riziková svým stylem života (člověk závislý na drogách...) se na základě ordinace lékaře provede odběr kultivačních vyšetření – výtěry z krku, nosu, moč, má-li subfebrilie či febrilie nebo zaveden ČŽK tak i hemokultury.
- Jsou-li zjištěny při přijetí pacienta kožní defekty, je nutno z nich provést kultivační stěr.
- Vyžaduje-li to stav pacienta, přijímá se na izolační pokoj, při ošetřování musí být používány bariérové ošetřovací techniky. Pomůcky pro hygienickou péči, teploměr, mísy a další, musí být pro pacienty individualizovány a po celou dobu hospitalizace totožné.
- Bariérová ošetřovací technika musí být používána i při překlada, převozu pacienta a při výkonech na společných vyšetřovacích a léčebných pracovištích.
- Při zjištění infekce nebo kolonizace multirezistentními mikroorganismy se toto zjištění vyznačí ve zdravotnické dokumentaci a do propouštěcí zprávy.
- K parenterálním zákrokům jsou používány pouze sterilní nástroje a jednorázové pomůcky.
- Při výměně sběrných vaků je používán uzavřený systém odvodu a sběru tekutin se zabezpečením před možným zpětným tokem.
- Zdravotničtí pracovníci jsou povinni dodržovat zásady osobní hygieny, používat určený pracovní oděv, ochranné pomůcky, dodržovat protiepidemické zásady.

Pro zamezení vzniku nemocničních nákaz jsou přísně dodržovány rovněž další zásady:

- Uzavřený systém u cévkovaných pacientů.
- Užití jednorázových pomůcek, včetně rukavic a řádná dezinfekce a sterilizace pomůcek určených k opakovanému použití – dle programu dezinfekce a sterilizace
- Snaha o minimální zásahy do infuzních okruhů s pečlivou dezinfekcí před rozpojením uzavřeného okruhu, řádné ošetřování žilních vstupů s okamžitým hlášením jakéhokoli náznaku lokální infekce lékaři, zákaz krevních odběrů z periferního či centrálního žilního katétru /až na výjimky povolené lékařem/, dbát všech zásad řádné manipulace s injekčními formami léků s kontrolou expirace, vzhledu a způsobu skladování.
- Návštěvy nemocných řídit s ohledem na provoz a epidemiologickou situaci na oddělení a v zařízení /chřipková epidemie/.
- Věnovat zvýšenou pozornost nemocným s rizikovými faktory např.: pacienti s imunodeficiencí, u invazivních výkonů, pac., s diabetem, zhoubným novotvarem, kardiovaskulárním onemocněním, pac.obézní a nad 60 let věku.
- Zajistit dostatečnou podporu oxidace tkání, cirkulace a výživy tkání.

Sledování výskytu NN:

- je jedním ze sledovaných indikátorů kvality,
- primář oddělení nebo jím pověřený lékař je odpovědný za stanovení správných léčebných postupů, sledování a hlášení výskytu nozokomiálních nákaz,
- oddělení evidují každou jednotlivou NN,
- za evidenci NN a realizaci všech preventivních a následných opatření zodpovídá staniční sestra nebo jí pověřena sestra, která má k tomu dané kompetence,



- hlášení NN je průběžně sledováno ústavním hygienikem, čtvrtletně a ročně je zpracováno a vyhodnoceno, údaje jsou zveřejněny na intranetu KHN a.s.

Hlášení hromadného výskytu nemocniční nákazy a nemocniční nákazy, která vedla k těžkému poškození zdraví nebo úmrtí, se podává bezodkladně telefonicky, faxem nebo elektronickou poštou příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví a následně se potvrzuje na tiskopise „Hlášení infekční nemoci“, který se odesílá na KHS územní pracoviště Karviná (protiepidemické oddělení).

Tomuto hlášení nemocničních nákaz podléhá:

- těžké poškození zdraví v důsledku NN, které vede k: reoperaci; rehospitalizaci; přeložení na jiné pracoviště akutní lůžkové péče intenzivní; zahájení intenzivní volumoterapie, antibiotické terapie nebo oběhové podpory,
- hromadný výskyt, a to výskyt více než jedné NN v počtu podle závažnosti infekce, které spolu souvisí časově a místně, a jsou vyvolány stejným infekčním agens nebo podobnými klinickými symptomy,
- nákaza, která vedla k úmrtí pacienta.

Ostatní NN jsou evidovány na oddělení.

Měsíčně je podáváno hlášení o počtu všech nemocničních nákaz ústavní hygieničce.

13. Očkování proti VHB

Všichni pracovníci, kteří pracují na oddělení, musí být očkováni proti VHB. Očkování se provádí před nástupem do zaměstnání – poskytovatel pracovně-lékařských služeb.

14. Postupy a opatření na prevenci legionelózy

Kontrola jakosti teplé vody, s ohledem na riziko přítomnosti legionell, je zajišťována Zdravotním ústavem Ostrava, pracovištěm Karviná, a to 2x ročně. Hodnoty musí být dodrženy dle platné legislativy.

Za sledování výskytu legionell odpovídá provozně-technický náměstek, který monitoruje situaci, dále zajišťuje termodezinfekcí vodovodního potrubí.

PŘÍLOHA P IV: HORIZONTÁLNÍ ANALÝZA (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ, VÝROČNÍ ZPRÁVA)

AKTIVA	Horizontální analýza (v tis. Kč)			%		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018
AKTIVA CELKEM	335 585	315 846	321 913	100 %	94 %	96 %
B. Stálá aktiva	155 503	167 510	172 215	100 %	108 %	111 %
B. I. Dlouhodobý nehmotný majetek	907	447	223	100 %	49 %	25 %
B. I. 2 Ocenitelná práva	907	447	223	100 %	49 %	25 %
2.1 Software	907	447	223	100 %	49 %	25 %
B. II. Dlouhodobý hmotný majetek	154 531	167 000	171 931	100 %	108 %	111 %
B. II. 1 Pozemky a stavby	140 776	145 539	140 276	100 %	103 %	100 %
2. Hmotné movité věci a jejich sou- bory	11 485	21 000	31 194	100 %	183 %	272 %
4. Ostatní dlouhodobý hmotný maje- tek	461	461	461	100 %	100 %	100 %
B. III Dlouhodobý finanční majetek	65	63	61	100 %	97 %	94 %
C. Oběžná aktiva	178 708	144 885	147 230	100 %	81 %	82 %
C. I. Zásoby	12 183	12 837	10 604	100 %	105 %	87 %
C. I. 1 Materiál	6 841	7 542	6 364	100 %	110 %	93 %
3 Výrobky a zboží	5 342	5 295	4 240	100 %	99 %	79 %
C. II. Pohledávky	39 430	38 716	90 450	100 %	98 %	229 %
C. II. 2 Krátkodobé pohledávky	39 430	38 176	90 450	100 %	98 %	229 %
C. III Krátkodobý finanční majetek	0	0	0	100 %	100 %	100 %
C. IV. Peněžní prostředky	127 095	93 332	46 176	100 %	73 %	36 %
C. IV. 1 Peněžní prostředky v po- kladně	40 090	208	159	100 %	5 %	4 %
2 Peněžní prostředky na účtech	87 005	93 124	46 017	100 %	107 %	53 %

D. Časové rozlišení aktiv	1 374	3 451	2 468	100 %	251 %	180 %
D. 1 Náklady příštích období	655	1 418	726	100 %	217 %	111 %
D. 3 Příjmy příštích období	719	2 033	1 742	100 %	283 %	242 %
	Horizontální analýza			%		
PASIVA	2016	2017	2018	2016	2017	2018
PASIVA CELKEM	335 585	315 846	321 913	100 %	94 %	96 %
A. Vlastní kapitál	145 346	146 660	155 237	100 %	101 %	107 %
A. I. Základní kapitál	1 000	1 000	1 000	100 %	100 %	100 %
A. II. Ážio a kapitálové fondy	35 255	35 253	35 251	100 %	100 %	100 %
A. III. Fondy ze zisku	200	200	200	100 %	100 %	100 %
A. III. 1. Ostatní rezervní fondy	200	200	200	100 %	100 %	100 %
A. IV. Výsledek hospodaření minulých let	10 191	95 891	104 557	100 %	941 %	1 026 %
A. IV. 1. Nerozdělený zisk minulých let	10 191	95 891	104 557	100 %	941 %	1 026 %
A. V. Výsledek hospodaření běžného účetního období	98 700	14 316	14 229	100 %	15 %	14 %
B. + C. Cizí zdroje	189 619	168 284	165 829	100 %	89 %	87 %
C. Závazky	189 619	168 284	165 829	100 %	89 %	87 %
C. I. Dlouhodobé závazky	94 686	95 631	92 045	100 %	101 %	97 %
C. II. Krátkodobé závazky	94 933	72 653	73 784	100 %	77 %	78 %
D. Časové rozlišení pasiv	620	902	847	100 %	146 %	137 %
1. Výdaje příštích období	484	736	672	100 %	152 %	139 %
2. Výnosy příštích období	136	166	175	100 %	122 %	129 %

**PŘÍLOHA P V: VÝKAZ ZISKU A ZTRÁT – HORIZONTÁLNÍ
(VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ, VÝROČNÍ ZPRÁVA)**

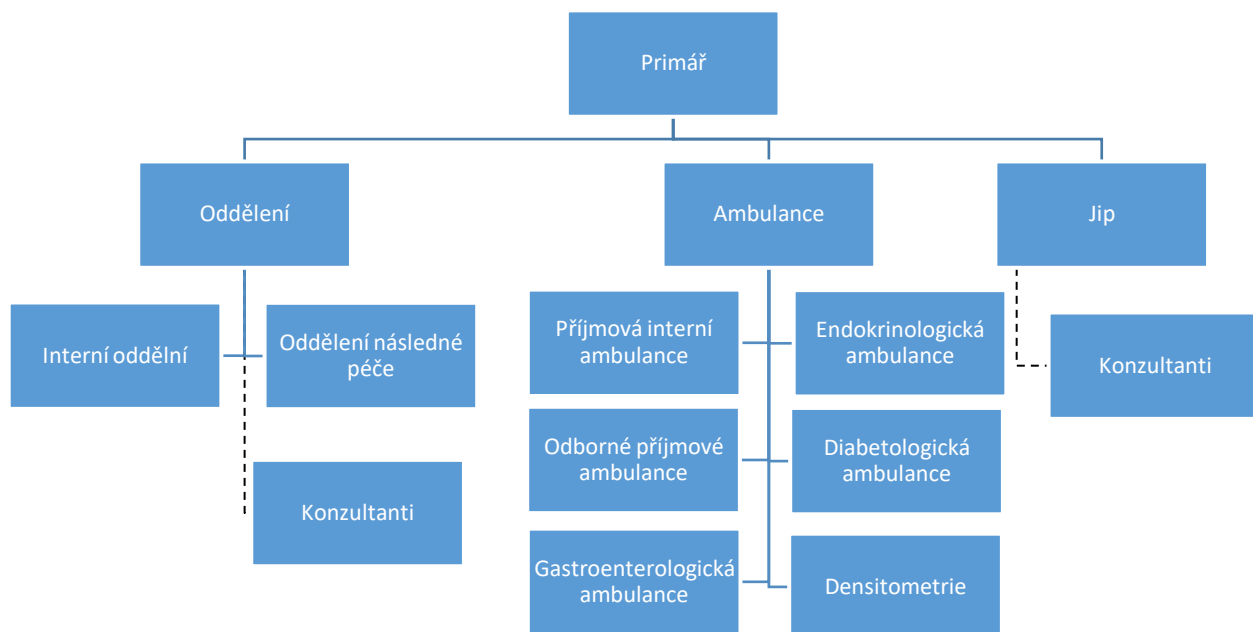
AKTIVA	Horizontální analýza (v tis. Kč)			%		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018
I. Tržby z prodeje vlastních výrobků a služeb	374 715	406 686	414 256	100 %	109 %	111 %
II. Tržby za prodej zboží	97 449	95 729	100 177	100 %	98 %	103 %
A Výkonová spotřeba	237 910	236 234	232 267	100 %	99 %	98 %
1 Náklady vynaložené na prodané zboží	82 185	81 046	84 722	100 %	99 %	103 %
2 Spotřeba materiálu a energie	112 857	112 551	110 407	100 %	100 %	98 %
3 Služby	42 868	42 637	37 138	100 %	100 %	87 %
D Osobní náklady	215 133	247 934	262 658	100 %	115 %	122 %
1 Mzdové náklady	159 671	184 686	195 697	100 %	116 %	123 %
2 Náklady na sociální zabezpečení	55 462	63 248	66 961	100 %	114 %	121 %
2. 1 Sociální a zdravotní náklady	53 277	61 003	64 914	100 %	115 %	122 %
2. 2 Ostatní náklady	2 185	2 245	2 047	100 %	103 %	94 %
E Úpravy hodnot v provozní oblasti	10 845	11 421	12 033	100 %	105 %	111 %
1 Úpravy hodnot dlouhodobého nehmotného a hmotného majetku	10 844	11 420	12 028	100 %	105 %	111 %
3 Úpravy hodnot pohledávek	1	1	5	100 %	100 %	500 %
III. Ostatní provozní výnosy	16 537	16 789	15 909	100 %	102 %	96 %
III. 1 Tržby z prodaného dlouhodobého majetku	2 057	921	1 117	100 %	45 %	54 %
III. 2 Tržby z prodaného materiálu	134	149	214	100 %	111 %	160 %
III. 3 Jiné provozní výnosy	14 346	15 719	13 978	100 %	110 %	97 %
F Ostatní provozní náklady	6 167	5 811	5 950	100 %	94 %	97 %

1 Zůstatková cena prodaného dlouhodobého majetku	683	68	0	100 %	10 %	0 %
2 Prodaný materiál	136	150	193	100 %	110 %	142 %
3 Daně a poplatky	160	362	161	100 %	226 %	101 %
5 Jiné provozní náklady	5 188	5 231	5 596	100 %	101 %	108 %
• Provozní výsledek hospodaření	18 643	17 804	14 434	100 %	96 %	77 %
VI. Výnosové úroky	98	113	158	100 %	115 %	161 %
J Nákladové úroky	1 148	825	1 397	100 %	72 %	122 %
VII. Ostatní finanční výnosy	163	461	104	100 %	283 %	64 %
K Ostatní finanční náklady	206	247	253	100 %	120 %	123 %
• Finanční výsledek hospodaření	82 813	- 498	- 388	100 %	- 1 %	0 %
** Výsledek hospodaření před zdaněním	101 456	17 306	17 046	100 %	17 %	17 %
L Daň z příjmu	2 756	2 990	2 817	100 %	109 %	102 %
** Výsledek hospodaření po zdanění	98 700	14 316	14 229	100 %	15 %	14 %
*** Výsledek hospodaření za účetní období	98 700	14 316	14 229	100 %	15 %	14 %
* Čistý obrat za účetní období	573 959	519 778	531 604	100 %	91 %	93 %

PŘÍLOHA P VI: VÝKAZ ZISKU A ZTRÁT – VERTIKÁLNÍ (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ, VÝROČNÍ ZPRÁVA)

I. Tržby z prodeje vlastních výrobků a služeb	374 715	406 686	414 256	100 %	109 %	111 %
II. Tržby za prodej zboží	97 449	95 729	100 177	100 %	98 %	103 %
A Výkonová spotřeba	237 910	236 234	232 267	100 %	99 %	98 %
D Osobní náklady	215 133	247 934	262 658	100 %	115 %	122 %
E Úpravy hodnot v provozní oblasti	10 845	11 421	12 033	100 %	105 %	111 %
III. Ostatní provozní výnosy	16 537	16 789	15 909	100 %	102 %	96 %
F Ostatní provozní náklady	6 167	5 811	5 950	100 %	94 %	97 %
• Provozní výsledek hospodaření	18 643	17 804	14 434	100 %	96 %	77 %
VI. Výnosové úroky	98	113	158	100 %	115 %	161 %
J Nákladové úroky	1 148	825	1 397	100 %	72 %	122 %
VII. Ostatní finanční výnosy	163	461	104	100 %	283 %	64 %
K Ostatní finanční náklady	206	247	253	100 %	120 %	123 %
• Finanční výsledek hospodaření	82 813	- 498	- 388	100 %	- 1 %	0 %
** Výsledek hospodaření před zdaněním	101 456	17 306	17 046	100 %	17 %	17 %
L Daň z příjmu	2 756	2 990	2 817	100 %	109 %	102 %
** Výsledek hospodaření po zdanění	98 700	14 316	14 229	100 %	15 %	14 %
*** Výsledek hospodaření za účetní období	98 700	14 316	14 229	100 %	15 %	14 %
* Čistý obrat za účetní období	573 959	519 778	531 604	100 %	91 %	93 %

PŘÍLOHA P VII: ORGANIZAČNÍ SCHEMA (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ)



PŘÍLOHA P VIII: FUNKČNÍ SCHÉMA (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ)

