



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE

FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ

Katedra biomedicínské techniky

Ekonomická bilance lůžkové hospicové péče

Economic Balance of Inpatient Hospice Care

Diplomová práce

Studijní program: Biomedicínská a klinická technika
Studijní obor: Systémová integrace procesů ve zdravotnictví

Vedoucí práce: Ing. Martina Caithamlová
Konzultant práce: Ing. MUDr. Miroslav Přádka, PhD.

Bc. Anežka Kozlerová

Kladno 2020

I. OSOBNÍ A STUDIJNÍ ÚDAJE

Příjmení: **Kozlerová** Jméno: **Anežka** Osobní číslo: **456501**
Fakulta: **Fakulta biomedicínského inženýrství**
Garantující katedra: **Katedra biomedicínské techniky**
Studijní program: **Biomedicínská a klinická technika**
Studijní obor: **Systémová integrace procesů ve zdravotnictví**

II. ÚDAJE K DIPLOMOVÉ PRÁCI

Název diplomové práce:

Ekonomická bilance lůžkové hospicové péče

Název diplomové práce anglicky:

Economic Balance of Inpatient Hospice Care

Pokyny pro vypracování:

Cílem diplomové práce je analýza nákladů na péči a zhodnocení vhodnosti zvolených metod a výše úhrad z veřejného zdravotního pojištění nejméně u dvou zdravotnických zařízení poskytujících lůžkovou hospicovou péči. Identifikujte základní procesy při poskytování lůžkové hospicové péče a proveďte analýzu nákladů včetně analýzy souvisejícího personálního, věcného a technického vybavení u vybraných poskytovatelů lůžkové hospicové péče. Na základě provedené analýzy vytvořte návrh na možné zlepšení činností a stanovte výslednou ekonomickou bilanci lůžkové hospicové péče u vybraných poskytovatelů. Diskutujte klíčové parametry, které mají dopad na výsledek této bilance z pohledu poskytovatele péče.

Seznam doporučené literatury:

- [1] Tuček David, Procesní řízení v praxi podniků a vysokých škol, Praha : Wolters Kluwer, ročník 1. vydání, číslo 978-80-7478-674-7, 2014
- [2] Synek, M., Kislingerová, E. a kol., Podniková ekonomika, V Praze : C.H. Beck, číslo ISBN 978-80-7400-274-8 , 2015
- [3] Mašín Ivan, Mašín Jaroslav, Analýza procesů, Technická univerzita v Liberci, ročník 1. vydání, číslo 978-80-7372-865-6 , 2012
- [4] Zlámal J., Bellová J., Ekonomika zdravotnictví, Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, ročník 2. vydání, číslo 978-80-7013-551-8, 2013

Jméno a příjmení vedoucí(ho) diplomové práce:

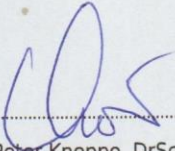
Ing. Martina Caithamlová


Jméno a příjmení konzultanta(ky) diplomové práce:

Ing. MUDr. Miroslav Přádka, Ph.D.

Datum zadání diplomové práce: **10.02.2020**

Platnost zadání diplomové práce: **19.09.2021**


prof. Ing. Peter Kneppo, DrSc., dr.h.c.
podpis vedoucí(ho) katedry


prof. MUDr. Ivan Dylevský, DrSc.
podpis děkana(ky)

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci s názvem „Ekonomická bilance lůžkové hospicové péče“ vypracovala samostatně a použila k tomu úplný výčet citací použitých pramenů, které uvádím v seznamu přiloženém k diplomové práci.

Nemám závažný důvod proti užití tohoto školního díla ve smyslu § 60 Zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

V Kladně dne 21. 5. 2020

.....

Bc. Anežka Kozlerová

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucí mé diplomové práce Ing. Martině Caithamlové a konzultantovi práce Ing. MUDr. Miroslavovi Přádovi, PhD. za odborné vedení, trpělivost a pomoc při zpracování diplomové práce.

Stejně tak patří velký dík PhDr. et Mgr. Robertovi Hunešovi, MBA, řediteli Hospice sv. Jana. N. Neumanna a paní ředitelce Hospice sv. Zdislavy Ing. Táně Janouškové za jejich věnovaný čas, cenné rady, a hlavně ochotu při poskytování dat pro účely praktické části diplomové práce.

Na tomto místě bych také ráda poděkovala své rodině a blízkým za podporu, kterou mi byli během let celého mého studia.

ABSTRAKT

Ekonomická bilance lůžkové hospicové péče:

Diplomová práce se zabývá problematikou lůžkové hospicové péče v České republice s důrazem na oblast financování. Cílem práce je stanovení ekonomické bilance u dvou poskytovatelů lůžkové hospicové péče. Za tímto účelem byla navázána spolupráce s Hospicem sv. Jana N. Neumanna, o.p.s. a Hospicem sv. Zdislavy, o.p.s. Teoretická část se zabývá současným stavem hospicové péče v ČR i ve světě, přičemž důraz je kladen na oblast financování. V praktické části jsou analyzovány procesy při poskytování lůžkové hospicové péče. Dále je zde zahrnuta analýza věcného, technického a personálního vybavení. Na základě těchto analýz a analýzy nákladů a výnosů byla u jednotlivých poskytovatelů sestavena výsledná ekonomická bilance za rok 2018. Výsledky práce poukazují na složité vícezdrojové financování hospicové péče v ČR a na nevhodné legislativní ukotvení, které může ohrožovat existenci těchto organizací.

Klíčová slova

Lůžková hospicová péče; paliativní péče; náklady; výnosy; ekonomická bilance

ABSTRACT

Economic Balance of Inpatient Hospice Care:

The main topic of this thesis is issues of the inpatient hospice care in the Czech Republic with emphasis on financing. Goal of this paper is stating economic balance of two inpatient hospice care providers. For this purpose, cooperation has been established with Hospic sv. Jana N. Neumannna and Hospic sv. Zdislavy. Theoretical part of the thesis discusses, with emphasis on financing, current state of hospice care in the Czech Republic and in the world. Practical part analyzes processes of providing inpatient hospice care. Furthermore, the thesis includes analyzes of material, technical and personal equipment. Following these analysis and review of costs and revenues the final economic balance was created for each of these providers for year 2018. Results of the thesis point out complicated multi-source financing of hospice care in the Czech Republic and unsuitable legislative background, which can threaten survival of these organizations.

Keywords

Inpatient Hospice Care; Palliative Care; Costs; Revenues; Economic Balance

Obsah

Seznam symbolů a zkratk	10
Seznam obrázků	11
Seznam tabulek	12
Seznam příloh	14
1 Úvod	15
2 Přehled současného stavu	17
2.1 Vymezení pojmu „hospicová péče“	17
2.1.1 Paliativní versus hospicová péče	18
2.2 Vývoj hospicové péče v České republice.....	19
2.2.1 Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče	19
2.2.2 Aktuální situace lůžkových hospiců v ČR.....	20
2.3 Současná legislativa a financování.....	22
2.3.1 Financování hospicové péče.....	23
2.4 Současný stav hospicové a paliativní péče v Evropě	27
2.4.1 Velká Británie.....	31
2.4.2 Německo.....	32
2.4.3 Polsko	33
3 Cíle práce	34
4 Metody	35
4.1 Náklady	35
4.1.1 Klasifikace nákladů podle druhu	36
4.1.2 Rozdělení nákladů podle účelu.....	37
4.1.3 Kalkulační členění nákladů	38
4.1.4 Členění dle závislosti na změnách objemu produkce.....	39
4.1.5 Koncepce nákladů	39
4.2 Alokace nákladů.....	40
4.3 Kalkulace nákladů.....	41
4.3.1 Prostá kalkulace dělením.....	41
4.3.2 Kalkulace dělením s ekvivalentními čísly.....	41
4.3.3 Přirážková kalkulace	42

4.4	Výnosy	43
4.4.1	Úhradové mechanismy	43
4.5	Procesní řízení	45
4.5.1	Členění procesů	46
4.6	Metody procesní analýzy	49
4.6.1	Procesní mapy	49
5	Výsledky.....	51
5.1	Hospic sv. Jana Nepomuka Neumanna	51
5.1.1	Technické a věcné vybavení lůžkového hospice.....	52
5.1.2	Nákladová struktura Hospice sv. Jana N. Neumanna.....	56
5.1.3	Náklady Hospice sv. Jana N. Neumanna související se zdravotní péčí 57	
5.1.4	Výnosová struktura Hospice sv. Jana N. Neumanna.....	58
5.1.5	Výsledná ekonomická bilance Hospice sv. Jana N. Neumanna.....	59
5.2	Hospic sv. Zdislavy	60
5.2.1	Nákladová struktura Hospice sv. Zdislavy	63
5.2.2	Náklady Hospice sv. Zdislavy související se zdravotní péčí.....	64
5.2.3	Výnosová struktura Hospice sv. Zdislavy	65
5.2.4	Výsledná ekonomická bilance Hospice sv. Zdislavy	65
5.3	Stanovení nákladů a výnosů na jeden lůžkoden v Hospici sv. Jana N. Neumanna	66
5.3.1	Náklady na jeden lůžkoden v Hospici sv. Jana N. Neumanna	66
5.3.2	Výnosy na jeden lůžkoden v Hospici sv. Jana N. Neumanna	66
5.3.3	Porovnání nákladů a výnosů na jeden lůžkoden v Hospici sv. Jana N. Neumanna.....	67
5.4	Stanovení nákladů a výnosů na jeden lůžkoden v Hospici sv. Zdislavy.....	68
5.4.1	Náklady na jeden lůžkoden v Hospici sv. Zdislavy	68
5.4.2	Výnosy na jeden lůžkoden v Hospici sv. Zdislavy.....	68
5.4.3	Porovnání nákladů a výnosů na jeden lůžkoden v Hospici sv. Zdislavy	69
5.5	Procesní mapa lůžkové hospicové péče	70
6	Diskuse.....	71

7 Závěr	78
Seznam použité literatury	79

Seznam symbolů a zkratk

Seznam zkratk

Zkratka	Význam
WHO	Světová zdravotnická organizace (<i>World Health Organization</i>)
APHPP	Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče
EAPC	Evropská asociace paliativní péče (<i>European Association for Palliative Care</i>)
CPO	Církevní právnická osoba
o.p.s.	Obecně prospěšná společnost
z.s.	Zapsaný spolek
p.o.	Příspěvková organizace
JIP	Jednotka intenzivní péče
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
OD	Ošetrovací den
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
PnP	Příspěvek na péči
ZP	Zdravotní pojišťovna
EIU	<i>Economist Intelligence Unit</i>
HIV	Virus lidské imunodeficiency (<i>Human Immunodeficiency Virus</i>)
AIDS	Syndrom získané imunodeficiency (<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>)
NHS	Národní zdravotní služba (<i>National Health Service</i>)
DRG	Skupiny vztažené k diagnóze (<i>Diagnosis Related Group</i>)
BPM	Procesní řízení (<i>Business Process Management</i>)
HJNN	Hospic sv. Jana N. Neumanna
MMR	Ministerstvo pro místní rozvoj
MKČR	Ministerstvo kultury České republiky
SP a ZP	Sociální a zdravotní pojištění
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
VoZP	Vojenská zdravotní pojišťovna
OZP	Oborová zdravotní pojišťovna
ČPZP	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
ZZ	Zdravotnické zařízení

Seznam obrázků

Obrázek 2.1: Lůžková hospicová péče v ČR [10].	22
Obrázek 2.2: Způsob financování hospicové péče v ČR [10].	25
Obrázek 2.3: Stárnutí populace v evropské Unii [17].	27
Obrázek 2.4: Quality of Death Index - světové pořadí [23].	30
Obrázek 2.5: Quality of Death Index – přehled evropských států [23].	31
Obrázek 4.1: Schéma procesu [49].	45
Obrázek 4.2: Procesní pojetí řízení [50].	46
Obrázek 4.3: Členění procesů na hlavní, řídicí a podpůrné [49].	48
Obrázek 5.1: Počet pacientů dle okresů za rok 2018 v HJNN [vlastní tvorba].	53
Obrázek 5.2: Vývoj počtu hospitalizovaných pacientů od roku 2006 do roku 2018 v HJNN [vlastní tvorba].	53
Obrázek 5.3: Obložnost v HJNN v roce 2018 [vlastní tvorba].	54
Obrázek 5.4: Vývoj počtu hospitalizovaných pacientů od roku 2016 do roku 2018 v Hospici sv. Zdislavy [vlastní tvorba].	61
Obrázek 5.5: Obložnost v Hospici sv. Zdislavy v roce 2018 [vlastní tvorba].	61
Obrázek 5.6: Porovnání nákladů a výnosů na jeden lůžkoden v HJNN v roce 2018 [vlastní tvorba].	67
Obrázek 5.7: Porovnání nákladů a výnosů na jeden lůžkoden v Hospici sv. Zdislavy v roce 2018 [vlastní tvorba].	69

Seznam tabulek

Tabulka 2.1: Přehled lůžkové hospicové péče v ČR [10].....	21
Tabulka 2.2: Srovnání počtu úvazků hrazených a nehrazených ze ZP pro hospic s 30 lůžky [10].....	26
Tabulka 4.1: Základní ikony v mapě procesů [56].	49
Tabulka 5.1: Počet ošetrovacích dnů v roce 2018 v HJNN [vlastní tvorba].	54
Tabulka 5.2: Přehled zaměstnanců v HJNN v roce 2018 [vlastní tvorba].....	55
Tabulka 5.3: Nákladová struktura HJNN v roce 2018 [vlastní tvorba].....	56
Tabulka 5.4: Výsledná tabulka osobních nákladů za zdravotnický personál v roce 2018 HJNN (včetně povinných odvodů na SP a ZP) [vlastní tvorba].	57
Tabulka 5.5: Náklady související s poskytováním zdravotní péče v HJNN za rok 2018 [vlastní tvorba].	57
Tabulka 5.6: Výnosová struktura HJNN v roce 2018 [vlastní tvorba].	58
Tabulka 5.7: Výsledná ekonomická bilance HJNN v roce 2018 [vlastní tvorba]. ..	59
Tabulka 5.8: Počet ošetrovacích dnů v roce 2018 v Hospici sv. Zdislavy [vlastní tvorba].....	62
Tabulka 5.9: Přehled zaměstnanců v Hospici sv. Zdislavy v roce 2018 [vlastní tvorba].....	62
Tabulka 5.10: Nákladová struktura Hospice sv. Zdislavy v roce 2018 [vlastní tvorba].	63
Tabulka 5.11: Výsledná tabulka osobních nákladů za zdravotnický personál v roce 2018 v Hospici sv. Zdislavy (vč. povinných odvodů na SP a ZP) [vlastní tvorba].....	64
Tabulka 5.12: Náklady související s poskytováním zdravotní péče v Hospici sv. Zdislavy za rok 2018.	64
Tabulka 5.13: Výnosová struktura Hospice sv. Zdislavy v roce 2018 [vlastní tvorba].	65
Tabulka 5.14: Výsledná ekonomická bilance Hospice sv. Zdislavy v roce 2018 [vlastní tvorba].....	65
Tabulka 5.15: Stanovení nákladů na 1 lůžkoden v HJNN v roce 2018 [vlastní tvorba].	66
Tabulka 5.16: Stanovení výnosů na 1 lůžkoden v HJNN v roce 2018 [vlastní tvorba].	66

Tabulka 5.17: Stanovení nákladů na 1 lůžkoden v Hospici sv. Zdislavy v roce 2018
[vlastní tvorba]..... 68

Tabulka 5.18: Stanovení výnosů na 1 lůžkoden v Hospici sv. Zdislavy v roce 2018
[vlastní tvorba]..... 68

Seznam příloh

Příloha A: Procesní mapa lůžkové hospicové péče	86
Příloha B: Procesní mapa ošetrovatelského proces	87
Příloha C: Obsah přiloženého CD	88

1 Úvod

Problematicke hospicové a paliativní péče se v dnešním světě dostává stále větší pozornosti. Hlavním důvodem je především demografický vývoj a alarmující prognózy prohlubujícího se fenoménu stárnutí populace, ke kterému dochází kvůli nižší porodnosti a vyššímu věku dožití. Ve společnosti proto více rezonují témata důstojného umírání a smrti.

Zmínky o hospicové péči jsou známy již z poloviny 19. století. Avšak za hlavní protagonistku hospiců v takové formě, jakou známe dnes, je považována až anglická lékařka Cicely Saundersová. Ta zasvětila celý svůj život péči o umírající i jejich rodiny. Zasloužila se o založení hospicového hnutí a Hospice sv. Kryštofa v Londýně. Myšlenky hospicového hnutí se díky ní rozšířily po celém světě a začalo vznikat mnoho organizací majících za cíl podporovat hospicovou a paliativní péči, popř. dopomoci k jejímu legislativnímu zakotvení v daném státu.

V České republice začaly hospice vznikat v 90. letech minulého století. Průkopnicí hospicového hnutí byla MUDr. Marie Svatošová, která založila první hospic u nás (Hospic Anežky České v Červeném Kostelci) a stala se první prezidentkou Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. Cílem Asociace bylo dopomoci k ukotvení hospicové péče do české legislativy, což se z části podařilo.

Cílem první kapitoly diplomové práce je zmapování způsobu financování a provozování lůžkové hospicové péče v ČR i v zahraničí a identifikování hlavní problémové oblasti. Úvodní část se zabývá vymezením pojmu „hospicová péče“ a jejímu historickému vývoji. Také je uvedeno srovnání tohoto pojmu s pojmem „paliativní péče“, neboť v některých zemích jsou tyto pojmy vnímány jako synonyma, ale například v České republice se považují za zcela odlišná. Teoretická část práce se dále zabývá vývojem a současným stavem lůžkové hospicové péče v ČR, přičemž důraz je kladen na oblast financování. Dále se také kapitola krátce věnuje popisu provozování hospicové péče ve třech vybraných evropských zemích. Konkrétně se jedná o Velkou Británii jakožto kolébkou hospicového hnutí, a dále naše dva sousední státy Německo a Polsko.

Kapitola Metody vymezuje ekonomické pojmy a pokládá teoretické základy, které jsou nutné pro stanovování ekonomické bilance a zlepšování procesů v organizaci. Součástí této kapitoly je i část, která plyně navazuje na tuto teorii a zabývá se metodami aplikovanými v praktické části diplomové práce pro stanovení ekonomické bilance. K tomuto účelu byla navázána spolupráce se zdravotnickými zařízeními poskytující hospicovou lůžkovou péči. Konkrétně se jedná o Hospic sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích a Hospic sv. Zdislavy v Liberci.

V 5. kapitole jsou identifikovány náklady a výnosy jednotlivých hospiců, které vznikají při poskytování lůžkové hospicové péče. Data byla brána za rok 2018. Na základě těchto dat byla sestavena výsledná ekonomická bilance pro jednotlivé poskytovatele hospicové péče. Kapitola dále zahrnuje personální analýzu a další statistické údaje, díky kterým bylo možné vypočítat náklady a výnosy na jeden lůžkoden v daném hospici. Vzhledem k současným vyhlášeným mimořádným opatřením, kdy byla na začátku března 2020 vyhlášena celostátní karanténa z důvodu pandemie virové choroby COVID-19, se však tato část diplomové práce nepodařila zpracovat kompletně. Z těchto důvodů nemohl být zpracován dílčí cíl analýzy technického a věcného vybavení, proto zde práce vychází z platné legislativy, kterou se hospice musí řídit. Ze stejného důvodu byla také vypracována jen zjednodušená procesní mapa ošetrovatelského procesu.

Výsledky jednotlivých zdravotnických zařízení jsou diskutovány v 6. kapitole. Výsledná ekonomická bilance bude malým ukazatelem toho, jak zdravotnická zařízení hospicového typu hospodaří se svým majetkem a zda je jejich existence ohrožena vícezdrojovým způsobem financování, či nikoli.

2 Přehled současného stavu

2.1 Vymezení pojmu „hospicová péče“

Smrt a umírání jsou přirozeně součástí každého lidského života. Odpradávná bylo zvykem, že ženy zůstávaly v domácnostech starající se jak o své děti, tak o své staré, nemohoucí i umírající příbuzné. Bylo obvyklé umírat doma v rodinném kruhu. V prostředí, které bylo láskyplné a pro odcházejícího přirozené. Ovšem v případech, kdy umírající trpěl vážnou nemocí doprovázenou velkými bolestmi, musela společnost napříč staletími umět poskytnout potřebnou podporu a pomoc.

Latinské slovo „*hospitium*“, neboli „*útulek*“ je známo již od raného středověku. Označovalo se jím přístřeší pro poutníky a cestovatele, kterým se zde dostávalo jídla, léků i duchovní pomoci při cestě do Jeruzaléma. V roce 1842 však přichází Jeanne Garnier z francouzského Lyonu a zakládá první klášterní útulek pro těžce nemocné na konci života. Tímto se dostává pojem „hospic“ do souvislosti s péčí o umírající. Zanedlouho na to začínají vznikat první hospice i na Britských ostrovech pod záštitou řádu Milosrdných sester – v 70. letech 19. století v Dublinu, Corku a roku 1905 také hospic v Londýně. Rovněž v českých zemích vznikaly domy a špitály, které měly za cíl starat se o dlouhodobě nemocné a umírající. Za nejznámější by se dal považovat pražský špitál na Františku založený svatou Anežkou Přemyslovnou v roce 1223 [1] [2].

Péče o umírající se nadále rozvíjela a 19. století předznamenávalo vznik mobilní hospicové péče. V roce 1859 William Rathbon spolu s Florence Nightingale založili v Liverpoolu první školu pro sestry se zaměřením na ošetrovatelskou péči nemocných, chudých a potřebných lidí. Také v USA vznikaly podobné organizace sester poskytující domácí péči. Konkrétně ve městech New York, Buffalo, Boston a Philadelphia [1].

O moderní hospicové péči, tak jak jí známe dnes, můžeme však hovořit až od poloviny 20. století. Jak pravil rumunský básník a aforista Valeriu Butulescu: „*technický pokrok nám zaručuje stále složitější umírání.*“ Lidé se dožívají čím dál vyššího věku díky novým vědeckým poznatkům, technologiím a lékům, ale zároveň se mění a rozšiřuje spektrum příčin úmrtí. Čím dál častěji se objevují nemoci srdce a cév nebo zhoubné nádory. Civilizační nemoci, atomizace rodiny, nové sociální skutečnosti (ženy nejsou jen v domácnosti) a možná i umělé prodlužování doby „umírání“ těžce nemocného člověka podněcují ke kladení si otázek: kdo a jak se bude o nevléčitelně nemocné a umírající starat [3]?

Odpovědi na ně začala hledat už v roce 1967 britská zdravotní sestra, sociální pracovníce a lékařka Cicely Saundersová. Díky jejímu úsilí a odvaze můžeme mluvit o hospicové péči tak, jak ji známe dnes. Právě ona se stala průkopnicí moderního hospicového hnutí. Ve zmíněném roce založila v Londýně Hospic svatého Kryštofa pro pacienty v terminálním stádiu jejich života. Zjistila, že právě v této oblasti jsou velké mezery. Cicely Saundersová zasvětila svůj život péči o umírající a jejich rodiny. Odhalila,

že je zapotřebí pečovat nejen o zdravotní stránku člověka, ale zároveň naplňovat jeho duchovní a sociální potřeby. Naučila svět pečovat o pacienta celostně [2] [4].

Zhruba o deset let později lékař Balfour Mout zakládá novou nemocniční jednotku v kanadském Montrealu. Jelikož se ve francouzsky mluvící části země pojem „*hospic*“ používal již v jiném kontextu, rozhodl se pro zavedení pojmu „*paliativní péče*“. „*Od této doby jsme v oblasti hospicové a paliativní péče na celém světě svědky snahy o nalezení společného jazyka, neboť nejednotnost představuje brzdu ve vývoji mezinárodních standardů a norem* [5].“

2.1.1 Paliativní versus hospicová péče

Světová zdravotnické organizace (WHO) definovala v roce 2002 paliativní péči jako „*přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží* [5].“ Přestože se jedná o definici paliativní péče, plně charakterizuje i péči hospicovou. Podíváme-li se do mnoha zahraničních publikací, zjistíme, že ve spoustě zemí se paliativní péče často užívá jako synonymum k péči hospicové. Toto tvrzení však neplatí pro Českou republiku. U nás by se obecně dalo říci, že paliativní péče je:

- stav, kdy kurativní léčba nevede k definitivnímu uzdravení;
- péče, při které je pozornost soustředěna na pacienta a na útlum jeho bolesti;
- péče, která lze poskytovat v různých prostředích jako je např. nemocnice, domov důchodců, domácí prostředí atd. [1].

Oproti tomu hospicová péče je specifický druh péče využívající paliativní postupy, přičemž délka dožití pacientů je jen v řádu týdnů, maximálně 6 měsíců. Hlavní rozdíl tedy je, že paliativní péče se především soustřeďuje na dlouhodobě nemocné, jejich bolest a její útlum. Kdežto hospicová péče je určena pro pacienty s nemocí v terminálním stádiu a poskytuje jak zdravotní, tak sociální, duchovní i duševní pomoc, a to nejen umírajícímu, ale také jeho rodině. Hospicová péče se stává v podstatě „zdravotně-sociální péčí“, neboť klade stejný důraz na tlumení bolesti fyzické i psychické [1].

2.2 Vývoj hospicové péče v České republice

Za předchůdce hospicové péče v našich zemích by se dala považovat domácí péče poskytovaná Československým červeným křížem od roku 1918. Trvání této organizace však nebylo příliš dlouhé, neboť po únoru 1948 spadá veškeré zdravotnictví do rukou Ústavů národního zdraví. Během této epochy se setkáváme s jevy do té doby nepříliš častými. Jedná se především o vysokou zaměstnanost žen a atomizaci rodin. Staří a nemocní stojí na okraji společnosti. Lidé na konci svého života jsou vyčleňováni. Smrt a umírání se stává tabuizovaným tématem. Kromě toho měl stát ve zdravotnictví monopol, tudíž hospice by ani nebylo možné budovat. V době komunizmu jsou zmínky o hospicové péči známy jen ze samizdatu [1] [3].

Paliativní péče se u nás začíná výrazněji rozvíjet až po sametové revoluci. První snahu o vybudování hospice měla MUDr. Marie Opatrná již koncem roku 1989. V té době se její myšlenka neseťkala s velkým ohlasem. Tabuizace smrti byla veliká, pojem „hospic“ neznámý, termín „paliativní péče“ zahalen mlhou nevědomosti a ve společnosti panovala řada předsudků. Tyto a další důvody vedly k tomu, že projekt musel být nakonec zrušen [1] [3].

Naštěstí o několik let poté se propagace hospicové péče úspěšně chopila MUDr. Marie Svatošová. Uvědomovala si hrozbu, jakou by mohla být kombinace narůstající moderní techniky a ambiciózního lékaře, který se snaží za jakoukoli cenu udržet pacienta při životě. Začala uvádět myšlenky hospicové péče ve všeobecnou známost, a nakonec se jí podařilo založit roku 1996 první „kamenný“ hospic, Hospic Anežky České v Červeném Kostelci [1] [3].

Důležitou roli v celém dění hrál fakt, že po roce 1989 bylo možné odcestovat na stáže do zahraničí. Zde se lékařům a sestrám dostalo zkušeností v nejlepších nemocnicích. Právě díky tomuto styku se světem se u nás mohla rozvíjet paliativní péče. Postupná práce a vytrvalá snaha se zasloužila o to, aby se i v naší zemi dostávalo umírajícím odpovídající péče. Krok za krokem se začaly události hýbat. Postupně vznikaly další a další hospice. V roce 2004 byl založen nový atestační obor „*Paliativní medicína a léčba bolesti*“ a rovněž vznikala různá sdružení. Za ústřední by se dala pokládat Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (APHPP) [6] [7].

2.2.1 Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče

APHPP existuje v České republice od roku 2005 a jejím nynějším prezidentem je ředitel prachatického hospice PhDr. et Mgr. Robert Huneš, MBA. APHPP je též členem Evropské asociace paliativní péče (EAPC). Sdružuje organizace, které poskytují jak domácí, tak lůžkovou hospicovou péči. Zároveň garantuje i kvalitu poskytovaných služeb v těchto zařízeních. Jeden z vytyčených cílů Asociace je vést odbornou i laickou veřejnost k osvětě. Tento cíl je naplňován díky řadě členů, kteří pořádají různé přednášky a konference a pomalu proměňují k pozitivnímu vztah k vnímání smrti a umírání. Další

iniciativa, kterou sdružení v této oblasti dělá, je vydávání vlastního zpravodaje Rovnováha¹ od dubna 2010 [8].

V roce 2007 se APHPP zasloužila o prosazení zákona, který ukotvil poskytování lůžkové i mobilní hospicové péče. O 9 let později se Asociace podílela spolu s Ministerstvem zdravotnictví na vytvoření prvních Standardů kvality hospicové paliativní péče, které jsou rovněž dostupné on-line na webu. Cílem bylo vymezit určité požadavky pro poskytovatele hospicové péče v ČR tak, aby splňovaly potřebnou úroveň a odpovídající kvalitu poskytovaných služeb. Hospice, které jsou členy APHPP, mají povinnost tyto standardy dodržovat. V dokumentu je kromě vymezení pojmů a cílové skupiny uvedeno, jaké složky péče by měly hospice poskytovat. Jedná se o péči o tělesný stav a potřeby, psychologickou složku péče, sociální složku péče a spirituální péči. Dále dokument obsahuje např. procesní standardy v hospicové paliativní péči, personální standardy a materiálně technické vybavení s rozdělením pro lůžkové a mobilní hospice [8] [9].

2.2.2 Aktuální situace lůžkových hospiců v ČR

Od roku 1996, kdy vznikl první hospic na našem území, bylo vybudováno do dnešní doby dalších 17 lůžkových hospiců. Všechny hospice jsou nestátní a nezisková zařízení „rodinného typu“. Zřizovatelem je nejčastěji církevní právnická osoba (CPO) nebo obecně prospěšná společnost (o. p. s.). Jako zapsaný spolek (z. s.) existují čtyři hospice a jako příspěvková organizace (p. o.) fungují dva [10].

Převažující část pacientů tvoří onkologicky nemocní. Jedná se tedy o pacienty v terminálním stádiu, jejichž délka dožití zpravidla nepřesahuje 6 měsíců, a i z tohoto důvodu se klade velký důraz na zázemí zařízení. Obvyklý počet lůžek se pohybuje v rozmezí 15 až 30. Nejčastěji se vyskytují pokoje jednolůžkové s možností přistýlky pro blízké příbuzné. Takovéto rozložení zajišťuje pacientovi a jeho rodině dostatečné soukromí a příjemné zázemí. Navíc návštěvní doba není nikterak omezena [10].

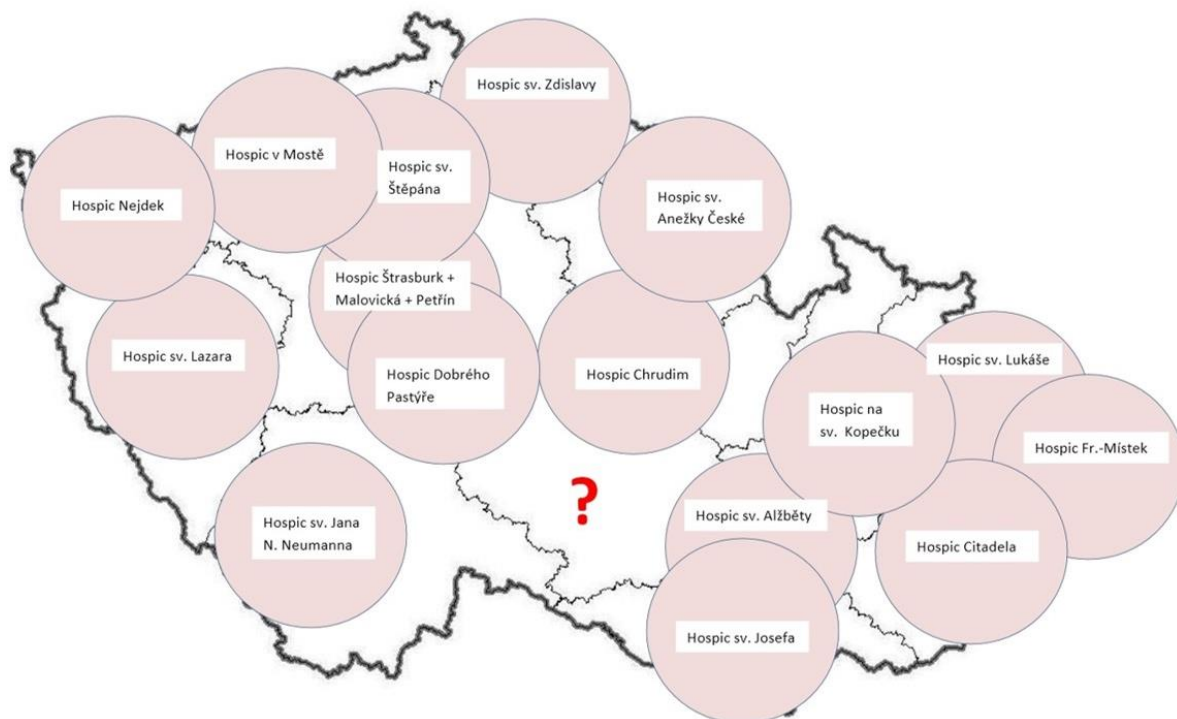
Dalším důvodem, proč si většina hospiců drží úroveň maximálního počtu 30 poskytovaných míst, je vztah mezi ekonomickou udržitelností a výše zmíněným domácím prostředím. Ředitel prachatického hospice Robert Huneš ve své rigorózní práci uvádí, že zařízení mající menší kapacitu jsou z ekonomického hlediska velmi těžce udržitelná, a naopak větší zařízení ztrácejí svůj charakter domácí atmosféry [11].

¹ Zpravodaj je dostupný on-line na webu APHPP.

V následující tabulce 2.1 jsou uvedeny všechny doposud vybudované lůžkové hospice na našem území podle doby vzniku. Dále z ní lze vyčíst město, ve kterém se daný hospic nachází, zřizovatele a počet lůžek v jednotlivém zařízení. Pro lepší představu slouží přiložená mapa rozložení lůžkových hospiců v ČR na obrázku 2.1.

Tabulka 2.1: Přehled lůžkové hospicové péče v ČR [10].

Rok vzniku	Lůžkový hospic	Město	Zřizovatel	Počet lůžek
1996	Hospic Anežky České	Červený Kostelec	CPO	30
1998 – 2001; 2004	Hospic svaté Alžběty	Brno	o. p. s.	20
1998	Hospic svatého Lazara	Plzeň	z. s.	28
1998	Hospic Štrasburk	Praha	o. p. s.	26
1999	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa	Rajhrad	CPO	50
2001	Hospic svatého Štěpána	Litoměřice	z. s.	26
2002	Hospic na Svatém Kopečku	Olomouc	CPO	30
2004	Hospic Citadela	Valašské Meziříčí	CPO	28
2005	Hospic v Mostě	Most	o. p. s.	15
2005	Hospic sv. Jana N. Neumanna	Prachatice	o. p. s.	30
2007	Hospic sv. Lukáše	Ostrava	CPO	30
2008	Hospic Dobrého Pastýře	Čerčany	o. p. s.	30
2009	Hospic Chrudim	Chrudim	z. ú.	30
2010	Hospic Frýdek-Místek	Frýdek-Místek	p. o.	30
2011	Nemocnice pod Petřínem, paliativní oddělení	Praha	CPO	13
2014	Hospic Malovická	Praha	z. s.	30
2016	Hospic svaté Zdislavy	Liberec	o. p. s.	28
2018	Hospic archanděla Rafaela	Nejdek	p. o.	23



Obrázek 2.1: Lůžková hospicová péče v ČR [10].

WHO hovoří o obecném požadavku 5 lůžek na 100 000 obyvatel a tato potřeba vychází i z praktických zkušeností. Pokud budeme uvažovat, že ve České republice žije zhruba 10 500 000 obyvatel, vyjde nám potřeba 525 hospicových lůžek na celou zemi. Nyní se kapacita nachází na úrovni 497 lůžek, což činí 95 % z celkových potřebných lůžek v ČR. Posledním krajem, kde schází lůžková hospicová péče se tak stává Vysočina [10] [11].

2.3 Současná legislativa a financování

Ačkoli první hospice v České republice začaly vznikat již v druhé polovině 90. let 20. století, český právní řád pojem „*hospic*“ ani „*paliativní péče*“ zhruba dalších deset let vůbec neznal. V roce 2005, kdy existuje již deset lůžkových hospiců, vzniká výše zmíněná APHPP a dovolává se legislativního ukotvení. Toho se dočká 3. 7. 2006, kdy vstupuje v platnost novela zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. V páté části zákona pod § 22a, kde se mluví o podmínkách poskytování hrazených služeb, se uvádí i zvláštní lůžková péče: „*hrazenými službami je i léčba paliativní a symptomatická o osoby v terminálním stavu poskytovaná ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu* [12].“

Další zákon upravující právní postavení hospiců a paliativní péči je zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Ten označuje v § 5, odst. 2, písm. h) paliativní péči jako péči, „*jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí* [13].“ Pro nás důležitým je ale také § 44a, odst. 1 a 2, kde se píše: „*hospicem se rozumí poskytovatel,*

který poskytuje zdravotní služby nevyлéčitelně nemocným pacientům v terminálním stavu ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Hospic pacientům a jejich osobám blízkým zpravidla poskytuje i další navazující služby podle jiných právních předpisů [13].“

Přestože zákon č. 372/2011 Sb. mluví o poskytování navazujících služeb, současná platná legislativa nezná pojem „zdravotně-sociální péče“ či „zdravotně-sociální zařízení“. V ČR tedy doposud není dořešená ucelená právní úprava, která by splňovala požadavky WHO (hospicová péče je zdravotní a sociální péče zároveň), nebo mezinárodní či evropské pojetí hospicové paliativní péče [1].

Dnešním problémem tak zůstává fakt, že lůžkové hospice jsou registrovány jako zdravotnická zařízení, a proto spadají do stejné kategorie jako jednotky intenzivní péče (JIP) a léčebny dlouhodobě nemocných (LDN), co se poskytování zdravotní péče týká. Avšak oproti výše zmíněným JIP a LDN, lůžkové hospice poskytují ještě složku sociální péče, neboť u umírajícího pacienta se nelze zaměřit buďto jen na mírnění bolesti a osamělost, strach a smutek ignorovat a naopak. Ve světě se začíná stávat běžným dvousložkové i vícerozložkové financování. V ČR však hospice stále legislativně balancují na pomezí ryze zdravotnického, nebo sociálního zařízení [11].

2.3.1 Financování hospicové péče

V kapitole 5 vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami se můžeme dočíst: „*Ošetrovací dny (dále jen OD) se vykazují při hospitalizaci pacienta na lůžkovém pracovišti poskytovatele nebo při pobytu pacienta ve stacionáři, nebo při jednodenní péči na lůžku. V jeden kalendářní den je možno vykázat pro jednoho pojištěnce nejvýše jeden OD. Den přijetí k hospitalizaci a den ukončení hospitalizace se vykazují jako jeden OD. OD je vykazován podle odbornosti oddělení, které OD vykazuje [14].“ Na tomto místě je také uvedeno, že OD č. 00030 se vykazuje na lůžkách ve speciálních zařízeních hospicového typu. Ve výkonu OD jsou zahrnuty např. veškeré vizity lékařů, činnost zdravotnických pracovníků, administrativní činnost mimo činnost zahrnutou v jiných výkonech, organizační činnost vedoucích pracovníků, přímo spotřebovaný zdravotnický materiál, přímo spotřebované léčivé přípravky, stravní jednotka a další. Dále se do OD připočítává také část úhrady nepřímých nákladů (režie) poskytovatele lůžkové péče [14].*

K OD se dále vykazuje podle vyhlášky č. 134/1998 Sb. kategorie pacienta, která zohledňuje náročnost ošetrovatelské péče. V případě hospicové péče se jedná především o pacienty z kategorie 3, 4 a 5. Pacienti 3. kategorie vyžadují zvýšený dohled, do kategorie 4 jsou zařazeni pacienti imobilní a v poslední kategorii č. 5 se jedná o pacienty v bezvědomí [14].

Na základě výše zmíněné vyhlášky, zákonu č. 48/1997 Sb. a každoročně vydávané úhradové vyhlášky vydávané MZ ČR dochází k proplácení zdravotní složky hospicové péče, pokud se poskytovatel zdravotních služeb nedohodne se ZP jinak. Pro rok 2018 byla v platnosti vyhláška č. 353/2017 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018. Tato vyhláška zařadila lůžkovou hospicovou péči do hrazení pomocí paušální sazby. Takto jsou hrazeny např. i LDN. „*Paušální sazba za jeden den hospitalizace se stanoví pro každou kategorii pacienta a typ ošetrovacího dne samostatně a zahrnuje hodnotu příslušného ošetrovacího dne (OD) včetně režie přiřazené k ošetrovacímu dni a kategorie pacienta podle seznamu výkonů, paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona, a výkony, kterými se vykazuje příjmové a propouštěcí vyšetření podle seznamu výkonů* [15].“ Výše paušální sazby se stanoví podle vzorce uvedeného v této vyhlášce. Důležité je upozornit na to, že výše minimální paušální sazby pro hospice za jeden den hospitalizace pacientů kategorie 1 – 5 je výrazně nižší, než např. minimální paušální sazby pro LDN [15].

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v § 34 mluví o zařízeních následné péče, kam by teoreticky mohly hospice také spadat. Ovšem hned v § 64 dodává, že „*služby následné péče jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly lůžkovou péči ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstinují* [16].“ Hospice se však mohou podle § 44 téhož zákona zapsat jako odlehčovací služba. „*(1) Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek. (2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:*

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,*
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,*
- d) poskytnutí ubytování v případě pobytové služby,*
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- f) sociálně terapeutické činnosti,*
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,*
- h) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti* [16].“

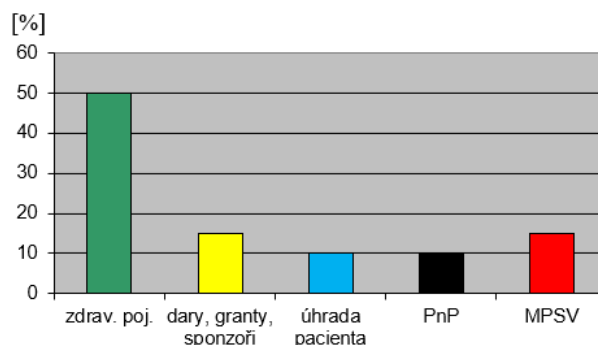
Další z možností registrace uvádí § 52, hospic se může považovat za sociální služby ve zdravotnickém zařízení. „*(1) Ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče se poskytují*

pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb. (2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- d) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) aktivizační činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí [16].“

Zde ale nastává onen zmíněný moment nedořešené české legislativy. Zdravotnické právní předpisy neumožňují spolufinancování jednoho lůžka zároveň z veřejného zdravotního pojištění a současně z prostředků MPSV. Mohlo by tedy dojít ke stavu, kdy si hospice nechává proplácet tutéž péči dvakrát, z důvodu překrývání se dvou výše zmíněných zákonů. Pojišťovna by pak měla nárok na vypovězení smlouvy s daným hospicem. Důležitý je fakt, že zde se ale rozhodně o stejnou péči nejedná [11].

Na obrázku 2.2 jsou zachyceny jednotlivé finanční toky od různých subjektů. Můžeme vidět, že proplácení hospicové péče ze zdravotního pojištění činí jen něco okolo 50 %. Zbytek musí hospice financovat z jiných zdrojů. 15 % úhrad plyne od MPSV podle zmiňovaného § 44 Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, tak aby nedošlo k překrývání hrazených služeb. Další 15 % tvoří příspěvky od sponzorů, dary či granty. O posledních 20 % se napůl dělí úhrady od samotných pacientů a příspěvek na péči (PnP) [10].



Obrázek 2.2: Způsob financování hospicové péče v ČR [10].

Z pohledu na graf nás může napadnout otázka: čím je způsobeno, že hospicová péče je o tolik dražší, než úhrady od ZP? Důvodem je celostní přístup k pacientovi. Péče o pacienty v terminálním stádiu je a musí být velmi individuální, proto se zde kladou vyšší nároky na počet personálu. V tabulce 2.2 můžeme vidět počet skutečných úvazků v hospicovém zařízení s 30 lůžky a kolik z nich je hrazeno ze zdravotního pojištění. Nejmarkantnější se zdá být kolonka „*ošetřovatel/pracovník přímé obslužné péče o klienty v zařízeních sociální péče*“. Reálně jich totiž v hospici pracuje okolo 15, ale ZP jich proplácí jen 5 [10].

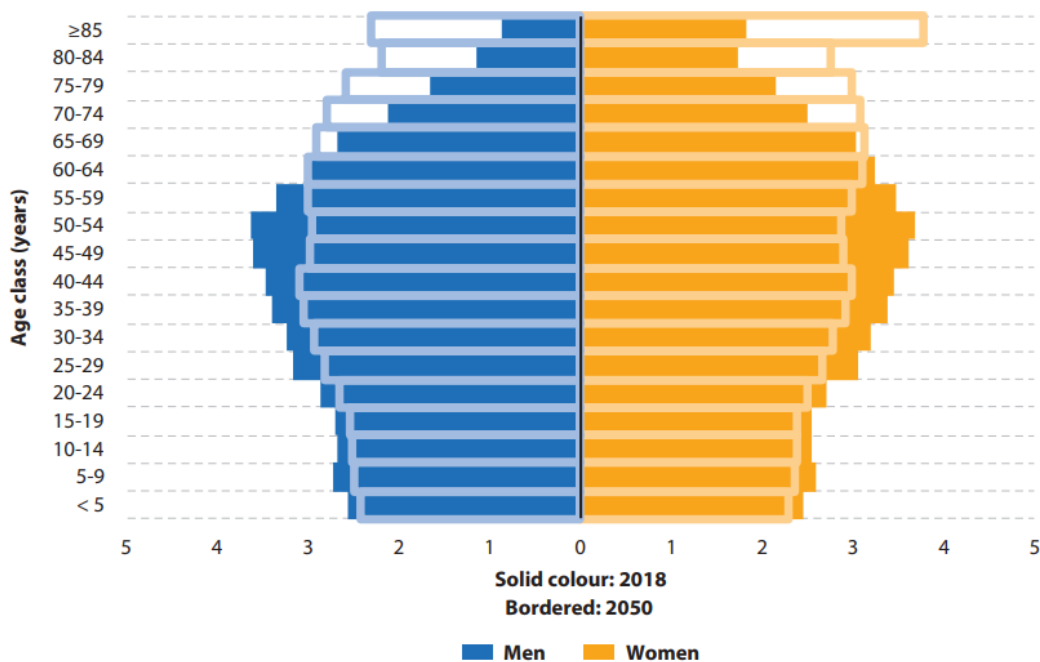
Dalším důvodem, proč finance od ZP nepostačují je snaha o zdomácnění prostředí. Není výjimkou, že pokoje jsou často jednolůžkové, jsou vybaveny televizí, klimatizací apod. Nadto hospice poskytují sociální, duchovní i psychologickou pomoc nejen pacientům, ale i jejich rodinám.

Tabulka 2.2: Srovnání počtu úvazků hrazených a nehrazených ze ZP pro hospic s 30 lůžky [10].

Personál	Skutečný počet úvazků	Hrazeno ZP	Nehrazeno ZP
Lékař	1,82 – 2,2	1,82	0 – 0,4
Zdravotní sestra	11 – 13	11	0 – 2
Ošetřovatel / pracovník přímé obslužné péče v soc. službách	15 a více	5	10 a více
Sociální pracovník	1 – 2	0	1 – 2
Duchovní/nemocniční kaplan/ pastorační asistent	0,5	0	0,5
Psycholog/psychoterapeut	0 – 0,5	0	0 – 0,5
Ergoterapeut/arteterapeut	0 - 1	0	0 – 1

2.4 Současný stav hospicové a paliativní péče v Evropě

Hospicová potažmo paliativní péče je v Evropě stále velmi často diskutovaným tématem. Lidé se dožívají vyššího věku a zároveň s tím klesá porodnost, to vše nahrává rychlému stárnutí populace. Podle statistického úřadu Evropské unie (Eurostat) můžeme v EU očekávat tento trend i do budoucna. Obrázek 2.3 zachycuje demografický vývoj evropské populace. Plná barva představuje věkové rozložení obyvatel v roce 2018, průsvitně je zachycen stav v roce 2050. Tato prognóza počítá s úbytkem produktivních obyvatel, a naopak poměrně velkým nárůstem lidí v důchodovém věku (65 let a více).



Obrázek 2.3: Stárnutí populace v evropské Unii [17].

Se stárnoucí populací se současně mění také spektrum příčin úmrtí. Do popředí se dostávají nádorová a jiná onkologická onemocnění, demence aj. Proto si otázky paliativní péče drží prvenství jak v národní, tak nadnárodní sféře.

V roce 2003 Výbor ministrů Rady Evropy vydalo Doporučení členským státům, které pojednává o organizaci paliativní (rozumějme i hospicové) péče². V tomto dokumentu vybízí všechny vlády členských států, aby:

„1. přijaly politická, legislativní a jiná opatření nezbytná k vytvoření jednotného a komplexního národního rámce pro paliativní péči;

2. za tímto účelem přijaly, jakmile to bude proveditelné a s ohledem na svou národní situaci, opatření v příloze k tomuto doporučení;

² Většina evropských zemí chápe paliativní péči jako synonymum péče hospicové.

3. podporovaly vytváření mezinárodních sítí organizací, výzkumných a dalších institucí činných v oblasti paliativní péče;

4. podporovaly aktivní a cílené šíření tohoto doporučení a jeho důvodné zprávy, případně doplněných o překlad [2].“

Na základě tohoto dokumentu a tlaků různých organizací a asociací byly v jednotlivých evropských zemích projednávány a schváleny speciální zákony, vyhlášky nebo předpisy, které upravují vztah k paliativní péči (např. v Itálii, Německu, Španělsku). Některé země také vytvořily národní strategie pro paliativní péči, které se snaží vlády podporovat. Paliativní péče přitahuje stále větší pozornost jako součást systému veřejného zdravotnictví a existují výzvy k tomu, aby přístup k ní byl uznán jako lidské právo. Po celém světě však paliativní péče není jednotně rozvíjena a úsilí by mělo směřovat k zajištění plné integrace paliativní péče do oblasti zdravotní politiky. Na tuto péči stále dosahuje jen nízký podíl osob, kteří by z ní mohli mít prospěch (obzvláště ti, kteří trpí jiným onemocněním, než je rakovina). Globální výzvou pro paliativní péči v 21. století je vyvinout modely a pokrytí vhodné pro osoby v nouzi bez ohledu na jejich diagnózu, příjem nebo prostředí [18].

Významný krok pro vývoj paliativní péče bylo usnesení WHO na valném shromáždění v Ženevě v květnu roku 2014. WHO vybídlo všechny členské země, aby rozvíjely, posilovaly a případně zahrnuly paliativní péči do svých zdravotních systémů. Aby státy zajistily odpovídající financování, přidělování lidských zdrojů, zvyšování kvality péče, vzdělávání a také dostupnost léků, včetně těch kontrolovaných [19] [20] [21].

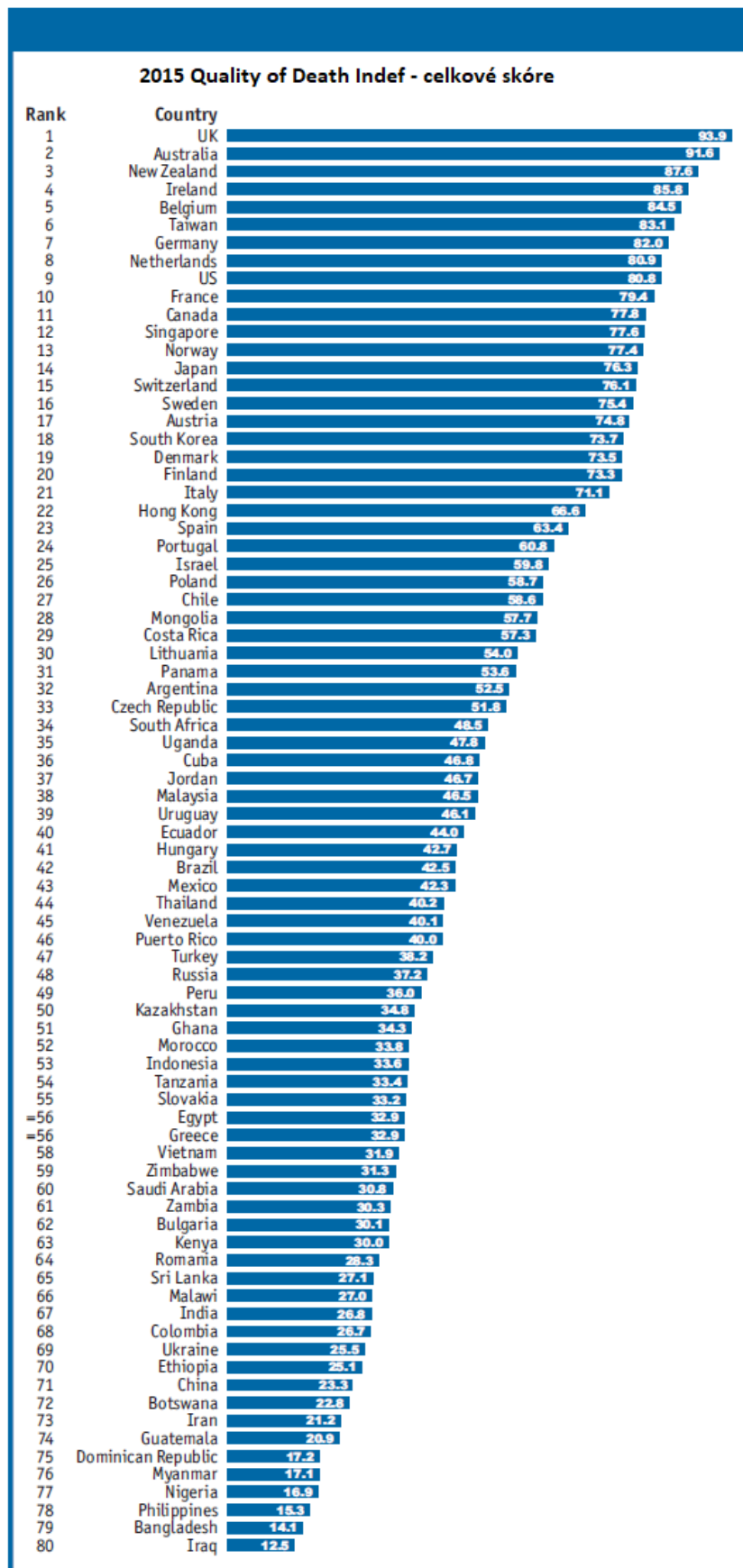
Nezanedbatelný vliv na vývoj paliativní péče má také organizace EAPC založená roku 1988. Jejím cílem je podporovat paliativní péči v Evropě a zaměřit se na všechny, kteří pracují v této oblasti, nebo jsou jakkoli zainteresováni ve vědeckých, klinických a sociálních oblastech paliativní péče. EAPC usiluje o rozvoj a podporu prostřednictvím informací, vzdělávání a výzkumu s využitím multiprofesionální spolupráce. Mezi hlavní činnosti asociace také spadá organizování kongresů, které se konají jednou za dva roky v různých státech světa (v roce 2013 byla hostitelem také Praha). Kongresy poskytují příležitost, aby se odborníci různých profesí z celého světa mohli setkat, diskutovat o výsledcích výzkumů, učit se, vyměňovat si cenné informace z oblasti paliativní péče a rovněž navazovat kontakty a tím budovat síť odborníků po celém světě. Mimoto jsou kongresy často využity i jako výchozí bod politických iniciativ [22].

Za zmínku stojí rovněž studie z roku 2010 s názvem Quality of Death Index, hodnotící dostupnost a kvalitu péče poskytovanou nemocným na konci života. Index vypracovala britská firma Economist Intelligence Unit. V roce 2010 bylo do studie zahrnuto pouze 40 států světa. Hned po prvním vydání na sebe Index upoutal velkou pozornost a rovněž strhl ve spoustu zemích řadu politických debat na téma poskytování paliativní péče. To byl také impulz k vytvoření nového Indexu v roce 2015, do kterého

bylo zahrnuto již 80 států světa. Index se nyní skládá z 20 kvantitativních a kvalitativních ukazatelů napříč pěti kategoriemi (paliativní a zdravotní prostředí, lidské zdroje, cenová dostupnost, kvalita péče a úroveň společenské angažovanosti) [23].

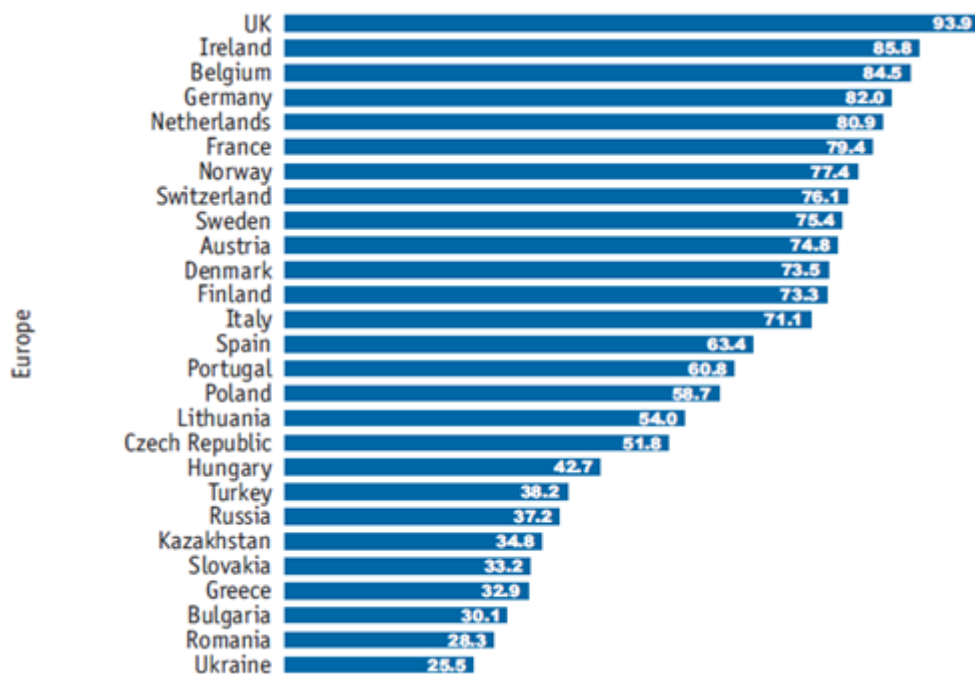
Na obrázku 2.4 je přehled 80 zemí zahrnutých do průzkumu Quality of Death Index. Není překvapivým zjištěním, že při vyhodnocení výsledků Indexu prvním příčkám dominovaly bohaté země, zatímco jejich chudší protějšky obsazovaly spodní místa. Ovšem existují i výjimky z tohoto pravidla. Jsou to často země, které bojují proti konkrétním příčinám jako je například HIV (AIDS) v některých afrických zemích [23].

V roce 2010 i 2015 se na prvním místě v celkovém pořadí umístila Velká Británie. Vedoucí pozice odráží, do jaké míry tamní společnost věnuje pozornost paliativní péči. Zbytek evropských států se pohybuje v horní až střední části žebříčku. Většina z nich těží z relativně vysoké úrovně vládní podpory. Mezi těmito státy však vynikají některé z méně bohatých států, které nemají tolik rozvinuté systémy zdravotní péče. Patří mezi ně např. Chile, Mongolsko, Kostarika a Litva, které se v žebříčku zařadily mezi prvních 30 států. V kontrastu s nimi je zarážející pohled na státy, u nichž by se očekávalo přednější postavení v Indexu vzhledem k jejich rychlému nedávnému hospodářskému růstu. Jedná se např. o Indii a Čínu, které se v průzkumu umístily až na 67. a 71. místě. S ohledem na jejich počet obyvatel je to přinejmenším lehce znepokojující [23].



Obrázek 2.4: Quality of Death Index - světové pořadí [23].

Pokud se podíváme pouze na evropské země (obrázek 2.5), je zde analogie s celosvětovým žebříčkem. Na vrcholu stojí bohaté státy s rozvinutým zdravotním systémem jako je UK, Irsko, Belgie nebo Německo. Co se týče ČR, ta si stojí mezi 27 evropskými zeměmi zahrnutými do studie až na 18. místě [23].



Obrázek 2.5: Quality of Death Index – přehled evropských států [23].

2.4.1 Velká Británie

Spojené království, jako kolébka moderní hospicové péče, se řadí v Indexu *Quality of Death* na první příčku již od roku 2010, co se týče poskytování a dostupnosti paliativní péče. Svoji zásluhu na tomto prvenství má kromě ucelené národní politiky a rozsáhlé integrace paliativní péče do NHS také silné hospicové hnutí [23].

Velká Británie si uvědomuje, že financování ze strany vlády je nezbytné pro zvyšování dostupnosti péče. Ovšem i zde, tak jako je tomu u nás, hraje podstatnou roli neziskový sektor. Kromě vládního financování plynou hospicům příjmy z různých složek jako jsou dary, dědictví, benefice, obchodování a investice. I zde paliativní péči a služby hospiců silně podporuje charitativní sektor. Tím se zvyšuje cenová dostupnost pro pacienty. Ukazuje se, že finanční zátěž pacientů využívající paliativní péči, je téměř nulová. Služby, které jsou poskytovány na konci života, jsou hrazeny z 80 až 100 % jinými zdroji, a tak pacientova spoluúčast může být až nulová. Nicméně velká část těchto zdrojů pochází ze složek, které jsou velmi nestálé. Jedná se především o charitativní fondy, které v Británii silně podporují poskytování hospicové a paliativní péče [22] [23] [24].

Obecně by se však dalo říci, že v Británii existují rozsáhlé vládní programy a dotace pro jednotlivce využívajících služeb paliativní péče v lůžkových hospicích. Proces

přístupu k těmto finančním prostředkům je do značné míry snadný a hladký. Navíc informace, jak se k těmto finančním prostředkům dostat, jsou obecně dostupné. V roce 2013 vydala EAPC dokument Atlas of Palliative Care in Europe, kde uvádí, že počet poskytovatelů lůžkových hospiců je v Británii 166, v souhrnu nabízejí 2 908 postelí pro nemocné v terminálním stádiu [23] [25] [26].

Aktuálním tématem se však stává domácí hospicová péče. V poslední době vychází najevo, že mnoho lidí umírajících v nemocnicích by si přálo být raději doma. V některých částech Spojeného království již funguje model, kdy je pacient vrácen do domácího prostředí s „balíčkem intenzivní péče“. Navíc v současné době mohou výrazně napomáhat vyvíjející se technologie monitorující pacienta. Celou věc podporuje organizace Hospice UK (dříve známá jako Help the Hospice), která tvrdí, že vytvoření sítě domácích hospiců kromě zvýšení kvality péče rovněž sníží náklady a vynaložené prostředky NHS. Navíc dojde ke zvýšení počtu nemocničních lůžek pro osoby, které potřebují akutní pomoc [23].

2.4.2 Německo

Paliativní a hospicová péče v Německu za posledních 50 let zaznamenala dynamický rozvoj a nyní je široce uznávaná ve společnosti i v politice. Její historie zde sahá do konce 60. let minulého století. V roce 1969 se lékaři, kaplani a studenti medicíny poprvé setkali se zakladatelkou britského hospicového hnutí Cicely Saunders. Seznámení vyústilo v německý televizní dokument o Hospici sv. Krištofa: *16 Days to Go. Hospice Care for the Dying in London*. Film vyvolal kontroverzní diskuze o potřebě „Sterbekliniken“ („nemocnice pro umírající“). Jednalo se o koncept, proti kterému se stavěli hlavně představitelé církve a v důsledku toho byl vývoj paliativní péče v Německu značně zpožděn ve srovnání s ostatními zeměmi. První jednotka paliativní péče tak byla otevřena v Univerzitní nemocnici v Kolíně až v roce 1983 [27].

V 90. letech minulého století, v již sjednoceném Německu, se objevovaly čím dál častější snahy angažovaných lidí z různých profesí o vyvinutí kvalifikace a struktury paliativní péče v různých oblastech zdravotní péče. Důležitým milníkem se stává rok 1992, kdy dochází k založení Německé asociace hospicové a paliativní péče a Německé asociace paliativní medicíny (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin – DGP). První zákon o hospicích vychází v platnost roku 1996 a od roku 1997 docházelo k realizacím učebních osnov v paliativní péči pro různé profese. V tomto období je paliativní péče integrována do zákona o zdravotním pojištění a stává se součástí plnohodnotné péče o umírající. Díky tomu je umožněno financování lůžkových hospiců z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pokud se jedná o lůžkové hospice pro dospělé, je z pojištění hrazeno zhruba 90 % nákladů. Zbytek je pokryt především z darů [27] [28].

Od roku 2007 je paliativní péče zavedena jako integrovaná součást německého komplexního zdravotnického systému s přibližně 5 000 lůžky ve 235 lůžkových hospicích

a 304 v paliativních odděleních. Jedenáct tisíc lékařů od té doby získalo atestaci v paliativní péči a 100 000 dobrovolníků podporuje hospicovou práci v 1 400 ambulantních hospicových službách [27].

V roce 2009 je uveden v platnost nový zákon, který zavádí povinnou odbornou přípravu paliativní péče pro studenty medicíny. Všichni studenti, kteří se přistupují k závěrečným zkouškám, musí předložit certifikát o tomto školení [26].

Německo má díky vzdělávacím programům dostatek specializovaných odborníků na paliativní péči, včetně lékařů, zdravotních sester, psychologů, sociálních pracovníků atd. Je zde i vysoká společenská angažovanost. Celkově se tak Německo řadí na 4. místo mezi státy Evropy (obrázek 2.5). Ale ani tak neustává snaha o zvyšování zájmu o hospicovou a paliativní péči. Příkladem může být třeba mediální týden v listopadu 2012, kdy ve státní televizi na více než 40 programech byla ke shlédnutí řada filmů zabývajících se problematikou smrti a umírání [23] [26].

2.4.3 Polsko

V Polsku vše odstartovalo hospicové hnutí v roce 1981 pod záštitou kardinála Karola Wojtyły (později papeže Jana Pavla II.), které iniciovalo myšlenku pomoci nevléčitelně nemocným a umírajícím lidem. Činnost skupiny byla inspirována přednáškami a praktickou prací sestry Hanny Chrzanowské a podpořena Dr. Cicely Saunders, jejíž přátelství s Polskem a Poláky je všeobecně známé. Tato podpora nakonec vedla k založení prvního hospice v Polsku pod názvem Hospic sv. Lazara. Podivuhodné je, že tento hospic vznikl ještě za dob, kdy Polsko bylo pod komunistickou autoritou. V letech 1981 až 1990 vzniklo postupně dalších 16 hospiců, které byly založeny prostřednictvím dobrovolného hospicového hnutí. Od poloviny 90. let začíná být polská vláda ohledně podpory paliativní péče aktivní. Ministerstvo zdravotnictví nabízí finanční podporu pro postgraduální vzdělávání lékařů a sester, a zavádí Program paliativní péče. V roce 2005 přijímá polský parlament Národní program péče o nemocné s rakovinou, který rovněž zahrnuje rozvoj paliativní péče [29] [26].

Polsko jako země bývalého východního bloku se mezi těmito státy řadí na první místo, ačkoli v celkovém pořadí je až na 16. z 27 evropských států (obrázek 2.5). Od dob, kdy v Polsku vznikly první hospice udělala země velké pokroky. Např. došlo k určitému nárůstu finančních výdajů na paliativní péči. Bohužel i přesto je financování hospicové péče stále nedostatečné. Přibližně 15 % domácích služeb paliativní péče není hrazeno Národním zdravotním fondem. Navzdory tomu, že v ostatních oblastech zdravotní péče došlo k významnému navýšení úhrad, u paliativní péče tomu tak nebylo. Úhrada lůžkové paliativní péče pokrývá přibližně 60 % celkových výdajů. V důsledku nedostatečného financování se hospice potýkají s finančními potížemi a musí najít alternativní způsoby, jak tyto potíže překonat, například zavedením „systému front“ pro pacienty [26].

3 Cíle práce

Hlavním cílem diplomové práce je stanovení ekonomické bilance u dvou vybraných poskytovatelů lůžkové hospicové péče. Pomocí vybraných metod budou analyzovány náklady a výnosy, které plynou z poskytování této péče. Klíčové parametry, které mají dopad na výslednou ekonomickou bilanci budou v práci dále diskutovány.

Dílčím cílem práce je vytvořit návrh optimalizace činností u vybraných poskytovatelů lůžkové hospicové péče. K tomu je zapotřebí identifikovat základní procesy při poskytování lůžkové hospicové péče a provést analýzu nákladů včetně analýzy souvisejícího personálního, věcného a technického vybavení.

4 Metody

Poskytování nejen zdravotnických služeb je spjato s využíváním zdrojů a s nimi plynoucími náklady. Náklady jsou v současnosti snad pro každou organizaci, včetně těch ve zdravotnictví, rozhodujícím faktorem efektivity. Hrají významnou roli, pokud si organizace chtějí udržet konkurenceschopnost a snaží se obstát a udržet si svůj podíl na trhu. K tomu, aby byly organizace nákladově efektivní, je nutné hledat vhodný přístup k řízení nákladů a vědět, jaké náklady organizacím vznikají. Tak tomu je rovněž u poskytovatelů hospicové péče, avšak je třeba si uvědomit, že jde o citlivé téma. Neboť se zde jedná o pacienty na sklonku života a poskytovatelé hospicové péče se snaží vynaložit veškeré své úsilí (a také náklady) k tomu, aby umírajícím i jejich příbuzným poskytl co možná největší komfort [30] [31].

Dílčím cílem diplomové práce je analyzovat náklady, které vznikají při poskytování paliativní péče v lůžkových hospicích. Dále také zhodnotit výši úhrad z veřejného zdravotního pojištění, které plyne pro poskytovatele. Cílem práce je na základě těchto analýz stanovit výslednou ekonomickou bilanci lůžkové hospicové péče u dvou vybraných poskytovatelů.

Následující kapitola diplomové práce se proto bude zabývat ekonomickými veličinami, úhradovými mechanismy, metodami stanovení ekonomické bilance a rovněž jednotlivými metodami procesního řízení.

4.1 Náklady

Pojmem náklady se rozumí všechny vynaložené zdroje podniku, vyjádřené v peněžní částce (Kč), které vedou k výnosům organizace. Jedná se tedy o spotřebu výrobních faktorů (lidské práce, schopností, zkušeností, finančních prostředků atd.) pro účel vytvoření výkonu a získání výnosů. Ve zdravotnických zařízeních lze pojem vytvoření výkonu chápat jako produkce služeb nebo přesněji poskytování zdravotní péče [30] [31] [32].

Rozdíl mezi náklady a výnosy vytváří hospodářský výsledek. Z tohoto důvodu je pro každého majitele organizace, provozovatele či manažera velmi důležité náklady sledovat a řídit. K tomu abychom mohli náklady řídit, správným směrem ovlivňovat či optimalizovat, je zapotřebí je dopodrobna znát. Pokud totiž budeme znát všechny náklady, které organizaci vznikají, můžeme zvýšit její hospodárnost. Z těchto důvodů se proto začaly náklady klasifikovat. Na klasifikaci nákladů je pohlíženo z mnoha různých úhlů pohledu. Náklady můžeme třídit podle druhu, účelu, původu spotřebovaných vstupů, podle závislosti na objemu produkce atd. [31] [33].

4.1.1 Klasifikace nákladů podle druhu

Za jeden z nejběžnějších a nejčastěji používaných přístupů se považuje druhové členění nákladů. Jeho hlavní výhodou je průkazné a jednoznačné zachycení vykázané spotřeby zdrojů podniku. Naopak nevýhoda spočívá v tom, že se druhové členění nezabývá důvodem, za kterým byly náklady vynaloženy. Jinak řečeno nehledá vztah mezi vynaloženými náklady a prováděnými výkony nebo činnostmi. Nákladové druhy lze dělit na spotřebu materiálu, energie a externích služeb, finanční náklady, odpisy hmotného a nehmotného dlouhodobého majetku a osobní náklady [32] [34].

U zdravotnických organizací poskytující služby jsou nejvyšší právě poslední zmíněné náklady spolu se spotřebou materiálu a energií. Struktura nákladů se však u jednotlivých poskytovatelů zdravotnických zařízení do značné míry liší. Zatímco v nemocnicích tvoří osobní náklady zhruba 48 %, u poskytovatelů lůžkové hospicové péče mohou tyto náklady představovat až 69 % apod [21] [30] [35] [36].

Materiálové náklady

Tato položka představuje spotřebu energie a materiálu. Ve zdravotnictví se jedná hlavně o spotřebu léčiv a zdravotnických prostředků. Optimalizovat tyto náklady může organizace dvěma způsoby. První možností je nákup materiálu za nižší cenu, avšak nalézt dodavatele ve zdravotnictví, který by danou komoditu nabízel za nižší cenu je nesnadné, možná téměř nemožné. Druhou možností je tímto materiálem maximálně šetřit a využívat ho bezezbytku [35].

Jak bylo již výše zmíněno, materiálové náklady tvoří ve zdravotnictví druhou největší položku. Třebaže tyto náklady v nemocnicích tvoří zhruba 38 % celkových nákladů, u lůžkových hospiců jde o číslo podstatně nižší [30].

Jak se můžeme dočíst ve výročních zprávách jednotlivých hospiců, materiálové náklady se pohybují někde okolo 15 % z celkových nákladů. Např. prachatický Hospic sv. Jana N. Neumanna uvádí ve své výroční zprávě, že náklady na materiál a energie představují 12 % z celkových nákladů a liberecký Hospic sv. Zdislavy uvádí 16 % [37] [38].

Externí služby a ostatní náklady

Náklady na externí služby vznikají tím, že organizace vyčlení zajišťování určitých služeb jiné firmě. Za náklady na externí služby je považováno i nájemné, telekomunikační služby, svoz odpadu, poradenské služby apod. Jedná se o náklady za externí služby poskytované jinými subjekty. Jedním z případů je také outsourcing. Outsourcovat služby můžeme například z důvodu snížení nákladů, přenesení rizik, anebo proto, že vlastními silami nejsme schopni danou službu vykonávat v požadované kvalitě. Ve zdravotnictví se jedná především o praní prádla, úklid a stravování [33] [39].

Finanční náklady

Mezi tyto náklady patří všechny ty, které souvisejí s finančními operacemi podniku. Jedná se například o úroky z úvěrů, bankovní poplatky, pojistné atd. [35]

Odpisy

V důsledku používání dlouhodobého majetku, dochází k jeho fyzickému a morálnímu (např. technická zastaralost) opotřebením. Toto opotřebením můžeme vyjádřit pomocí odpisů. Jednou z jejich funkcí je právě funkce nákladová. Znamená to, že do nákladů postupně v průběhu let přenášíme vstupní cenu dlouhodobého majetku. Odpisování je v České republice legislativně ukotveno v zákonu č. 589/1992 Sb. Zákon České národní rady o daních z příjmů [35] [40].

Osobní náklady

Osobní náklady, jsou ty, které byly vynaloženy na pracovní sílu a tvoří ve zdravotnických organizacích zpravidla největší část z celkových nákladů. Do této skupiny patří náklady na mzdy, platy, provize, náklady na sociální zabezpečení atd. [32].

Tyto náklady můžeme rozdělit do dvou skupin na přímé a nepřímé osobní náklady. Rozdělení do těchto dvou skupin je založeno na odlišném vztahu k podnikovým výkonům. Do přímých osobních nákladů se řadí právě ty mzdy pracovníků, kteří se přímo podílejí na výrobě či poskytování služeb. Můžeme je nazývat také jednicové. Budeme-li uvažovat o jejich snížení máme na výběr ze dvou možností. První je snížení mezd, avšak tato varianta je dosti nereálná, neboť nejen zdravotnictví se potýká s nedostatkem kvalifikované pracovní síly. Druhá možnost zahrnuje lepší využívání práce, potažmo omezení plýtvání s prací. Především je potřeba zaměřit se na organizaci pracoviště, lepší spolupráci mezi pracovníky a v neposlední řadě také na angažovanost a podílení se jednotlivých pracovníků na jednotlivých procesech [35].

Vedle přímých osobních nákladů rozlišujeme také nepřímé. Jedná se o mzdy pracovníků, kteří se přímo nepodílejí na tvorbě produktu či poskytování služeb. Tito pracovníci jsou však pro organizace nepostradatelní, neboť zajišťují širokou škálu činností. Zajišťují její hladký chod. Mezi nepřímé mzdové náklady tak spadají hlavně mzdy režijních pracovníků jako jsou administrativní pracovníci, technicko-hospodářští pracovníci či pracovníci managementu [35].

4.1.2 Rozdělení nákladů podle účelu

Abychom byli schopni úspěšného řízení nákladů, je potřeba znát příčiny jejich vzniku. Zajímá nás tedy nejen jaký druh nákladů vzniká, ale také účel jejich vynaložení. Zda byl určitý náklad vynaložen přímo k výrobě konkrétního produktu, pak se jedná o náklady technologické, nebo zda byl náklad vynaložen na administrativu a mluvíme o nákladech na obsluhu a řízení. Toto členění se však v praxi příliš často nevyužívá, neboť

je těžké přiřadit, do které skupiny nákladová položka patří. Obvyklejším členěním nákladů podle účelu je rozřazení na náklady jednicové a režijní. Respektive jde o podrobnější členění výše zmíněných nákladů [30] [34] [35].

Jednicové náklady

Jednicové náklady představují právě tu část technologických nákladů, kterou lze přímo přiřadit jednotce prováděného výkonu a souvisí s technologickým procesem. Ve zdravotnictví se jedná např. o léčivé přípravky či zdravotnický prostředek přímo aplikovaný pacientovi na jeho terapii [30] [35].

Režijní náklady

Do režijních nákladů spadají jak náklady na obsluhu a řízení, tak i ta část technologických nákladů, která nelze přímo přiřadit ke konkrétní jednotce výkonu. Tyto náklady představují hlavní problém alokace a kalkulace nákladů. Jako příklad můžeme uvést pronájem budov, odpisy strojů, mzdy manažerů a administrativních pracovníků atd. [30] [34] [35].

4.1.3 Kalkulační členění nákladů

Vedle výše zmíněných členění rozeznává literatura ještě další, a to na přímé a nepřímé náklady. Tato klasifikace je založena na vztahu nákladů k výkonům. V podstatě se zabývá tím, které náklady přiřadit (alokovat) jakému nákladovému objektu [35] [41].

Přímé náklady

Tyto náklady lze konkrétně přiřadit k jednotlivému nákladovému objektu a bezprostředně s ním souvisejí. Kromě jednicových nákladů do této skupiny patří i část režijních, které souvisejí s konkrétním druhem výkonu a jejichž podíl na tomto druhu lze vypočítat pomocí prostého dělení. Mezi přímé náklady tak můžeme zařadit např. odpisy jednoúčelového stroje, náklady na nakoupenou licenci, náklady na jednicový materiál apod. [30] [34].

Nepřímé náklady

Nepřímé náklady jsou ty, které nesouvisejí s konkrétním výrobkem či výkonem, protože vznikají společně při výrobě všech druhů výrobků. Jsou však podstatné k zajištění podmínek a průběhu podnikatelského procesu organizace. Nepřímé náklady se těžce alokují k nákladovým objektům, neboť jsou společné více druhům výkonů. Z tohoto důvodu je třeba náklady pomocí zprostředkovaných propočtů alokovat. Tyto náklady se dále dělí podle funkce, kterou zastávají v organizaci na: výrobní (provozní) režii, správní režii, materiálovou režii a odbytovou (prodejní) režii. Jako příklad nepřímých nákladů mohou být odpisy majetku, pronájem budovy, mzdy administrativních pracovníků atd. [30] [34] [35] [41].

4.1.4 Členění dle závislosti na změnách objemu produkce

Členění podle závislosti na změnách objemu výroby patří mezi nejvýznamnější nástroje z hlediska řízení nákladů. Začalo se aplikovat ve 20. letech 20. století a nyní patří mezi důležité prostředky, které ovlivňují ekonomické řízení organizace. Můžeme se díky němu zaměřit na řízení zisku a rozhodnout o různých variantách činnosti. Tato klasifikace doplňuje výše zmíněné typy členění a dělí náklady do dvou skupin: fixní a variabilní [30] [34].

Fixní náklady

Fixní náklady jsou v některé literatuře známé také pod pojmem náklady provozní připravenosti. Jedná se právě o tu část nákladů, která se se změnou objemu výroby nemění. Při různých aktivitách podniku zůstávají stále stejné. Jako příklad můžeme uvést odpisy budov, mzdy manažerů či leasing automobilů [30] [35].

Variabilní náklady

Jedná se o náklady, které přímo souvisejí s objemem jediného výkonu nebo dávky výkonů. Pokud tedy budeme měnit objem výkonů, změní se i tyto náklady. V závislosti na této změně dělíme variabilní náklady na proporcionální, podproporcionální a nadproporcionální. Proporcionální náklady jsou přímo úměrné změně aktivity organizace. Pokud tedy zvýšíme výrobu jednoho výrobku (změníme objem), lineárně tomu se nám zvýší náklady. Příkladem je třeba úkolová mzda dělníků nebo spotřeba přímého materiálu. V určitých případech však náklady mohou růst pomaleji než objem produkce, pak hovoříme o podproporcionálních nákladech, nebo rychleji a jedná se o nadproporcionální náklady [30] [34] [35].

4.1.5 Koncepce nákladů

Z kapitol výše vyplývá, že pohled na členění nákladů se různí. Tato diverzita zapříčiňuje, že i různé skupiny uživatelů účetních informací mají odlišné názory na pojetí nákladů. Postupem času se vyprofilovaly dvě skupiny pojetí, a to finanční a manažerské [35].

Finanční účetnictví zachycuje náklady jako úbytek aktiv nebo přírůstek závazků. Jedná se o peněžně vyjádřenou spotřebu výrobních faktorů, která snižuje vlastní kapitál organizace. Finanční účetnictví slouží k zobrazení podnikatelského procesu externím uživatelům jako jsou banky nebo státní orgány. Účetní informace jsou zachyceny ve výkazu zisku a ztrát (výsledovce) a rozvaze. V České republice upravuje rozsah a způsob vedení účetnictví zákon č. 563/1991 Sb. Zákon o účetnictví [34] [35] [42].

Manažerské účetnictví slouží především pro interní uživatele, kterým poskytuje účetní informace pro řízení a rozhodování. Dále se dělí na nákladové a manažerské. Nákladové účetnictví je důležité pro běžné řízení a kontrolu chodu procesů, které

organizace uskutečňuje a manažerské účetnictví pro strategické rozhodování o budoucích alternativách činnosti. Toto účetnictví nepodléhá žádné legislativní úpravě a je vytvořeno ryze pro účely podniku. Kromě výsledovky a rozvahy se zaměřuje také na cash flow [32] [34].

4.2 Alokace nákladů

Abychom se mohli pustit do kalkulace nákladů, je nejprve nutné přiřadit náklady objektu alokace (výkonu). Jedná-li se o přímé náklady, přiřazení ke konkrétnímu výkonu nebude činit problém. Pokud sečteme výši přímých nákladů a podělíme ji konkrétním množstvím výkonů, vyjde nám požadovaný náklad [30] [35].

Základní problém v nákladových kalkulacích představuje však přiřazování nepřímých nákladů objektu alokace. Nepřímé náklady totiž vznikají společně u více druhů výkonů, a tak je složité tyto náklady alokovat. Proces nákladové alokace se využívá všude tam, kde nelze najít přímý vztah mezi nákladem a výkonem. Z tohoto důvodu se zavádí veličina, díky níž můžeme nepřímé náklady objektu přiřadit. Tato veličina se označuje jako rozvrhová základna (u tradičních nákladových systémů) nebo vztahová veličina (u moderních systému jako je Activity-Based Costing). Jako rozvrhovou základnu bychom měli volit veličinu, která je stálá a jednoduše zjištělná. Nejčastěji jsou vybrány přímé mzdy, přímý spotřebovaný materiál, variabilní náklady nebo strojové hodiny [30] [35].

Alokace nákladů probíhá ve třech po sobě jdoucích krocích. První alokační fází se rozumí přiřazení přímých nákladů objektu alokace. Ve druhé fázi jde o vyjádření vztahu mezi dílčím objektem alokace a nákladovým objektem. V poslední fázi se snažíme o co nejpřesnější přiřazení nepřímých nákladů ke konkrétnímu objektu [35].

V souvislosti s rozvrhovou základnou je potřeba zmínit také 3 alokační principy. První a nejdůležitější je princip příčinné souvislosti nákladů, který říká, že každému výkonu by měly být přiřazeny pouze ty náklady, které ho příčinně vyvolaly. Zbylé dva principy by se měly používat jen tehdy, kdy zajištění prvního není možné. Jedná se o princip únosnosti nákladů a princip průměrování. Princip únosnosti nákladů se vztahuje na situace, kde kalkulace slouží pro tvorbu ceny. Tento princip hledá odpověď na otázku, jakou výši nákladů je objekt schopen unést. Posledním principem je princip průměrování. Jedná se o postup alokace režijních nákladů, který se snaží zjistit jaké průměrné náklady připadají na konkrétní výrobek. Pokud bychom ovšem pomocí tohoto principu chtěli alokovat nepřímé náklady u heterogenních výkonů, bude tento princip dosti zavádějící. Bohužel ve zdravotnictví se právě princip průměrování uplatňuje nejčastěji, „*např. při stanovení úhrady za DRG, kde se prakticky nastavují průměrné úhrady bez ohledu na náročnost daného výkonu.*“ [30] [35].

4.3 Kalkulace nákladů

„Metodou kalkulace se rozumí postup, jímž se (v předběžné kalkulaci) stanoví předem rozpočtovaná výše nákladů, resp. se (ve výsledné kalkulaci) následně zjišťuje skutečná výše nákladů na daný podnikový výkon (kalkulační jednici) [41]“.

Pro management jsou kalkulační metody nezbytnou součástí pro řízení nákladů a zvýšení výkonnosti podniku. Díky nim mohou manažeři identifikovat a přiřadit náklady jednotlivým výrobkům, procesům nebo aktivitám v podniku, a na základě toho pozměnit cenovou politiku. Kalkulace nákladů tedy plní funkci informační a rozhodovací [30].

Za nejvyužívanější členění kalkulačních metod nákladů se považuje členění na absorpční a neabsorpční kalkulace. Zabývá se otázkou, do jaké míry by se náklady evidované v podniku měly kalkulovat (absorbovat). Kalkulace úplných nákladů neboli absorpční kalkulace počítá s veškerými náklady podniku, tzn. zahrnuje i náklady na správním režii. Cílem je podat informace pro strategické rozhodování. V protikladu stojí kalkulace neabsorpční (neúplných nákladů), která v sobě zahrnuje jen část nákladů, a to konkrétně variabilních. Slouží pro krátkodobé rozhodování při častých změnách objemu výrobků. Z tohoto důvodu zůstávají fixní náklady bez povšimnutí, neboť ty zpravidla na objemu výkonů nezávisí [30] [35].

Základní typy kalkulačních metody jsou: prostá kalkulace dělením, kalkulace dělením s ekvivalentními čísly, přírážková kalkulace, Micro-costing a v poslední době také Activity-Based Costing [35].

4.3.1 Prostá kalkulace dělením

Jako nejjednodušší metoda kalkulace bývá označována kalkulace dělením. Ačkoliv je velmi jednoduchá a nelze využít ve všech případech. Uplatňuje se zejména v těch podnicích, jejichž výkony jsou homogenní a ekvivalentní. Při použití musíme mít pokaždé jistotu, že výkony spotřebovávají vždy stejný podíl přímých i nepřímých nákladů. Náklady na jednotku výkonu pak tedy spočítáme jako podíl celkových nákladů podniku a počet výkonů [30] [34].

4.3.2 Kalkulace dělením s ekvivalentními čísly

Metoda kalkulace dělením s poměrovými (ekvivalentními) čísly je v podstatě zvláštním druhem předchozí kalkulace. Rovněž se používá v případech, kdy se jedná o homogenní výkony. Rozdíl je jen v tom, že se jednotlivé výrobky od sebe liší v určitém parametru jako je hmotnost, velikost, pracnost apod. Jak už z názvu napovídá, jedná se o kalkulaci, kde je nutno uměle vytvořit poměrová čísla. Princip spočívá ve zvolení nejdůležitějšího výrobku. Následně se na tento základní výrobek přepočítá zbylá výroba. Náklady na jednotku výkonu zjistíme podílem celkových režijních nákladů a počtem

přepočítaných kalkulačních jednic. Nakonec nesmíme zapomenout a vynásobení jednotky poměrovými čísly [30] [43].

4.3.3 Přirážková kalkulace

Nejčastější volenou metodou je přirážková kalkulace, která se používá pro kalkulaci heterogenních výrobků. Zde už nelze, jako v předchozích případech, rozpočítávat náklady podle vyráběného množství, neboť výrobky se od sebe do značné míry liší. Musí se zvolit rozvrhová základna, která dopomůže vyjádřit podíl nepřímých nákladů, a ta může být ve formě peněžní (přímé mzdy, přímý materiál) nebo naturální (normohodiny na zhotovení výrobku, hmotnost výrobku) [30] [43].

V přirážkové kalkulaci nejprve rozdělíme náklady na přímé a nepřímé. Přímé lze snadno vyjádřit na kalkulační jednici. U nepřímých nákladů se nejdříve určí rozvrhová základna. Poté se určí poměr mezi celkovými náklady a rozvrhovou základnou, takto je zjištěna režijní přirážka nebo sazba. Výsledkem přirážkové kalkulace je zjištění jednicových nákladů, a to součtem přímých nákladů a přirážky [30] [35] [41] [43].

4.4 Výnosy

Pro sestavení ekonomické bilance každé organizace je nutné znát nejen její náklady, ale také výnosy. Výnosy se rozumí uskutečněné služby či realizované výrobky, které jsou oceněny peněžní jednotkou za určité časové období, přičemž nezáleží na tom, zda v tomto období došlo k jejich úhradě. Ve zdravotnických organizacích vznikají výnosy prvotní a druhotné. Prvotní představují úhrady za veškeré zdravotní služby, prodej léků, zdravotnické techniky apod. Druhotné výnosy se označují také jako neprovozní a jedná se např. o výnosy z nájmu či příjmy z vkladů [31] [44].

Úhrada výkonů zdravotnické péče probíhá v každé oblasti zdravotnictví ČR jinak. Podílejí se na ní jak sami pacienti, tak především zdravotní pojišťovny. Těm jsou přerozdělovány finance od MZ ČR, které je získává z povinných odvodů zdravotního pojištění od každého občana ČR. Právě podle toho, do jaké oblasti zdravotnictví finance míří, rozeznáváme různé typy úhradových mechanismů. V následující kapitole uvedu alespoň základní z nich [31] [45].

4.4.1 Úhradové mechanismy

Kapitační platba

Kapitační platbou jsou v České republice odměňováni praktičtí lékaři. Tuto úhradu dostávají lékaři od pojišťoven každý měsíc, je to jakási fixní forma. Výše úhrady závisí na počtu registrovaných pacientů u daného praktického lékaře a také na jejich věku. Pojišťovně se vykazuje tzv. jednicový pojištěnec neboli kapitační jednotka. Ta se vynásobí daným koeficientem, který je dán věkem registrovaných pacientů a určuje náročnost péče. Nejvyšší koeficient bude u malých dětí a seniorů [31].

Platba za výkon

Tato úhrada je založena na tom, že zdravotnickému pracovníku je zaplacen každý provedený výkon. Platba za výkon podněcuje poskytovatele zdravotní péče k produkci co možná největšího množství výkonů. S tímto mechanismem se setkáváme u stomatologů, gynekologů, v ambulantní péči atd. Seznam hrazených a nehrazených úkonů je vymezen v zákonu č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Výše úhrady za určitý výkon je dána počtem bodů a hodnotou bodu. Počet bodů stanovuje vyhláška č. 134/1998 Sb., Vyhláška Ministerstva zdravotnictví, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Hodnotu bodu pro rok 2020 nalezneme ve vyhlášce č. 268/2019 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2020 [12] [14] [46].

DRG

Označení Diagnosis Related Group by se dalo přeložit jako „skupiny vztažené k diagnóze“. Jedná se o model financování, který rozřazuje pacienty do skupin podle nároků na léčbu. U těchto skupin diagnóz s relativně stejným průběhem terapie se pak předpokládají také stejné náklady na zdravotní péči. Tímto způsobem je financována např. akutní lůžková péče [45] [47].

V současné době DRG v ČR slouží spíše pro vykazování péče než jako systém úhrad. Stalo se tak z toho důvodu, že dlouhou dobu neexistovala žádná centrální autorita, která by vývoj a údržbu DRG zaštiťovala. Od roku 2014 MZ ČR tímto úkolem pověřilo Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Pod jejich vedením vznikl v roce 2015 program „DRG Restart“, který si klade za cíl vytvořit takový systém, který by byl z hlediska vývoje a údržby DRG dlouhodobě udržitelný. Projekt je založen na exaktním oceňování hospitalizačních procedur v klinické praxi a pracuje s nákladovými daty reprezentativní sítě nemocnic [48].

Platba za ošetřovací den

Paušální platba je využívána k úhradě nákladů za poskytování dlouhodobé a následné péče, lázeňské péče apod. Výše úhrady vychází z počtu dní, kterých pacient pobýval na lůžku vynásobených hodnotou bodu v peněžním vyjádření (Kč). Hodnota bodu je stanovena v aktuálním znění vyhlášky č. 134/1998 Sb., Vyhláška Ministerstva zdravotnictví, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami [14] [31].

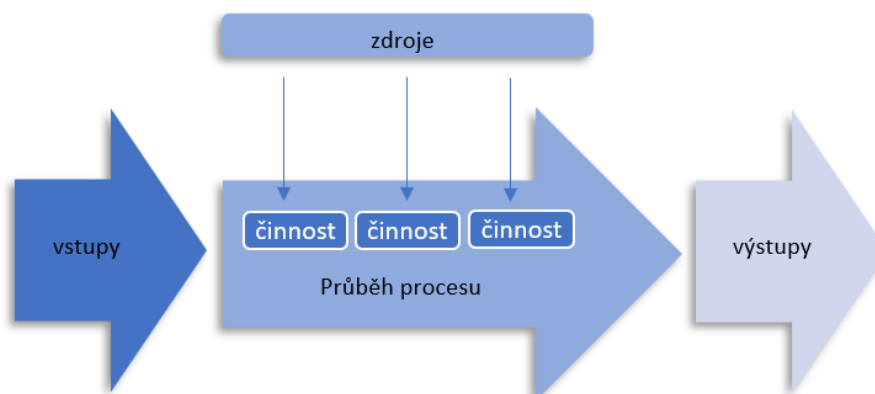
Příkladem zdravotnického zařízení, které se řídí právě tímto úhradovým mechanismem je odborně léčebný ústav, léčebna dlouhodobě nemocných, ale i zařízení hospicového typu (jak lůžkové hospice definuje zákon č. 48/1997 Sb.). Ošetřovací den je vykazován podle odbornosti jednotlivých oddělení a zařízením hospicového typu náleží OD č. 00030. Tato problematika je již probrána výše v kapitole 2.3.1 [12] [14] [21] [31].

4.5 Procesní řízení

Celý náš život je spojen s procesy. I za procesem, který se nám na první pohled zdá být velmi jednoduchý, se skrývá mnoho věcí, které si zprvu ani neuvědomujeme. Podíváme-li se ale zblízka na tyto procesy, objevíme celou řadu chyb, ne hospodárností a neefektivností, které bychom před tím stěží popsali. Tyto nedostatky jsme schopni rozpoznat a případně odstranit díky procesnímu řízení. Dříve než se zaměříme na popis procesního řízení, je ale třeba si uvědomit, co pojem proces vůbec znamená [49].

V českých i zahraničních publikacích se nachází mnoho definic pojmu proces. Všeobecně se ale shodují, že na procesu se podílejí různé zdroje, které vytvářejí vstupy. Tyto vstupy jsou následně souborem činností přeměněny na výstupy (výrobky či služby), které slouží pro potřeby uspokojení zákazníků. Schematicky je proces znázorněn na obrázku 4.1 [49] [50].

„Proces je tedy soubor vzájemně souvisejících nebo vzájemně působících činností, které dávají přidanou hodnotu vstupům – při využití zdrojů – a přeměňují je na výstupy, které mají svého zákazníka. Přičemž vstup (vstupy) představuje vždy definovanou vstupní veličinu (zadání) a výstup pracovní výsledek činnosti [49].“



Obrázek 4.1: Schéma procesu [49].

Typické pro procesy je jejich opakovatelnost a návaznost. Probíhají napříč organizací, tzn. skrz různá oddělení a útvary. K docílení návaznosti procesů můžeme přispět díky procesnímu přístupu řízení. Tímto stylem se podaří omezit nesystematičnost procesů a zvýšit efektivitu, neboť procesy se stanou synergickými a budou se navzájem doplňovat [49].

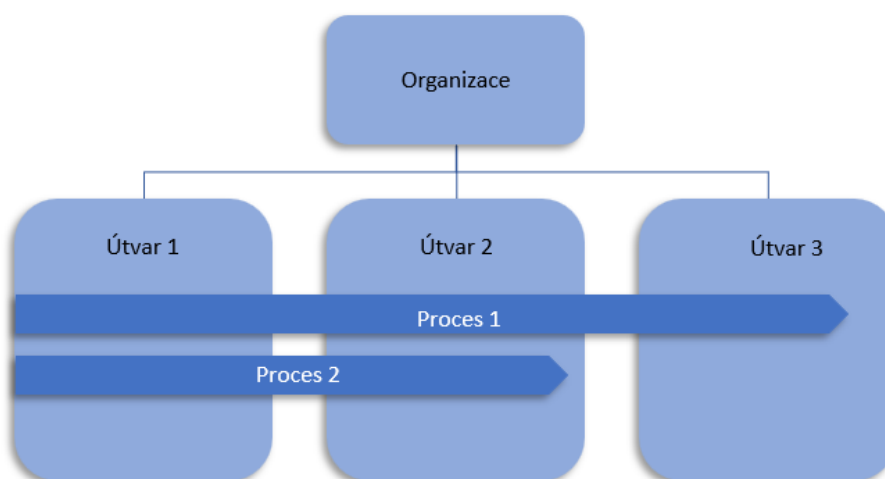
Business Process Management (BPM), jak je také procesní řízení označováno, je vědou a uměním zároveň. Zabývá se otázkou: jaké věci děláme a jak je lze popsat? Oproti funkčnímu řízení, které se zabývá především dělbou práce a řízením skrze jednotlivé útvary, BPM vnímá organizaci jako celek. Nesnaží se procesy rozdělit do jednotlivých funkčních útvarů, ale respektuje průběh procesu napříč řadou oddělení (obrázek 4.2). Tak jako proces má i procesní řízení v různé literatuře mnoho definic. [51]

„Procesním řízením se rozumí řízení firmy takovým způsobem, v němž business (podnikové) procesy hrají klíčovou roli [52].“

„Procesní řízení je činnost, která využívá znalostí, schopností, metod, nástrojů a systémů k tomu, aby identifikovala, popisovala, měřila, řídila, hodnotila a zlepšovala procesy se záměrem efektivního pokrytí potřeb zákazníka procesu [53].“

„Procesní řízení je systematická identifikace, vizualizace, měření, hodnocení a neustálé zlepšování podnikových procesů s využitím metod a principů, které jsou založeny na procesním přístupu [54].“

Cílem procesního řízení je logicky seskupit roztržštěné činnosti do hodnototvorných celků. Omezit ty, které jsou zbytečné nebo zdvojené. Díky BPM může dojít k souladu a spolupráci mezi jednotlivými útvary či odděleními [50].



Obrázek 4.2: Procesní pojetí řízení [50].

Zaměří-li se organizace na řízení svých procesů, může docílit ke zkrácení jejich průběžných dob trvání a tím i výrazně snížit své náklady. Díky tomu se stane více konkurenceschopná. Správné nastavení BPM by mělo zapojit své zaměstnance, a tím je motivovat a umožnit jim průběžné zvyšování znalostí [52].

4.5.1 Členění procesů

Pro zavedení procesního řízení do praxe je nutné znát, jaké druhy procesů mohou vznikat, jak je rozčlenit a zda mají mezi sebou nějakou posloupnost. Členění procesů se u různých autorů opět odlišuje, uveďme alespoň některé z nich.

Procesní trojúhelník Edwardse a Pepparda

Procesní trojúhelník se sestává ze čtyř druhů podnikových procesů: konkurenční, infrastruktury, klíčové a podpůrné (opěrné). První zmíněné se týkají těch procesů, kterými

organizace ovlivňuje své konkurenty. Procesy infrastruktury jsou naopak zaměřeny na konkurenční strategii v budoucnosti. Formují předpoklady jako jsou lidské zdroje, postupy a technologie, které mohou dopomoci k efektivnímu podnikání v daném oboru. Cílem klíčových procesů není konkurenční boj, ale jsou důležité k tomu, aby organizace nebyla znevýhodněná oproti ostatním. Tyto procesy jsou hodnoceny třetí stranou, tzv. zainteresovanou osobou. Především se jedná o zákazníky, dodavatele, zaměstnance, akcionáře apod. Opěrné procesy jsou nezbytné pro hladký chod celé organizace. Jedná se o soubor aktivit, které spolu úzce souvisejí a jejich seskupením docílíme vyšší efektivity. Příkladem může být administrativa v podniku [50].

Earlovo rozdělení podnikových procesů

Earl rozeznává rovněž čtyři typy podnikových procesů: klíčové, podpůrné, manažerské a procesy obchodní sítě. Klíčové procesy jsou zaměřené na externí zákazníky. Především jde o primární aktivity hodnotového řetězce. Ovlivňují konkurenceschopnost a postavení podniku v konkurenčním prostředí. Podpůrné procesy, jak už z názvu napovídá, mají za úkol podporovat klíčové. Jsou zaměřeny na interní zákazníky, tím pádem ovlivňují spíše interní chod a efektivitu podniku. Procesy obchodní sítě je poměrně těžké popsat. Tyto procesy jdou za hranice podniku a stejně jako klíčové procesy mají dopad na konkurenceschopnost. Souvisejí s dodavateli, zákazníky a obchodními partnery. Posledními procesy jsou manažerské, díky nimž firma organizuje, plánuje a řídí zdroje [50].

Porterův model hodnotového řetězce

Tento model je často využíván pro analýzu konkurenčních výhod podniku a při sestavování SWOT analýzy. Procesy jsou zde rozděleny do dvou skupin, na primární a podpůrné. Primární procesy představují všechny důležité procesy v podniku. Můžeme je definovat také jako provozní procesy, které mají za cíl takové výstupy, jaké požaduje zákazník. Podpůrné procesy opět pomáhají k zajištění chodu procesů primárních. Příkladem je vrcholové řízení lidských zdrojů, marketing nebo výzkum a vývoj [50].

Hodnotový řetězec

Tento procesní model definuje úplný hodnotový řetězec pomocí tří procesů: inovační proces, provozní proces a prodejní servis. Hodnotový řetězec začíná inovačním procesem, pomocí něž lze odhalit současné i budoucí potřeby zákazníků. Na základě těchto zjištění může podnik hledat nová řešení pro uspokojení těchto potřeb. Na inovační proces navazuje provozní, který se stará o dodání existujících výrobků a služeb existujícím zákazníkům. Celý procesní model končí prodejním servisem. Jedná se o poskytování takových služeb, které nakoupeným výrobkům a službám přidávají na další hodnotě [50].

Scheerův Y model

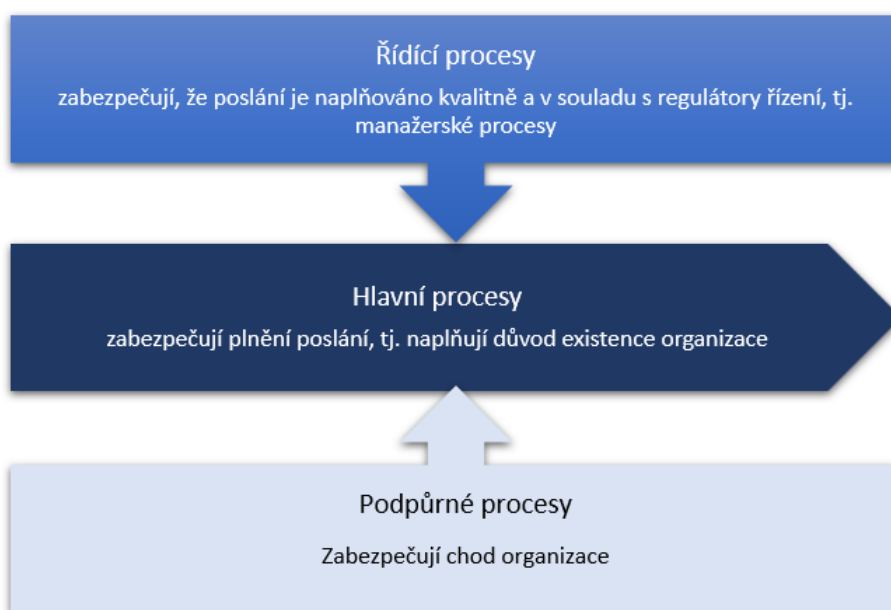
Scheerův Y model byl navrhnut především pro výrobní firmy. Naznačuje spojitost mezi operativním a dlouhodobým řízením a vztah vlastní výroby, logistiky a prodeje. Má tvar rozevřeného existenčního trojúhelníku, který znázorňuje otevřenost firmy novým příležitostem [50].

Řídící, hlavní a podpůrné procesy

V kapitolách výše bylo popsáno členění procesů dle různých hledisek. Avšak za nejběžněji používané členění v praxi se pokládá členění podle důležitosti a účelu jednotlivých procesů. Toto rozdělení bere v potaz tři skupiny procesů: hlavní, řídicí a podpůrné (obrázek 4.3). Hlavní procesy zahrnují vše, co je důvodem existence daného podniku. Jsou to procesy, které vedou k výstupům v podobě výrobků a služeb pro externího zákazníka. Podniku tak vytvářejí zisk. Z toho důvodu na ně podnik klade veliký důraz a snaží se je zmapovat jako první a co nejlépe. Hlavní procesy naplňují poslání organizace [49] [50] [55].

Řídící procesy jsou všechny ty, které jsou nezbytné pro správný chod organizace. Přispívají k rozvoji a řízení výkonu podniku a dále také podporují fungování ostatních procesů. Samy o sobě nevytvářejí pro firmu zisk, jsou ale nezbytné pro fungování organizace jako celku. Proto jsou organizací většinou mapovány až jako poslední. Jako příklad můžeme uvést plánování či vytváření strategie [49] [55].

Jako poslední kategorie jsou označovány procesy podpůrné. Mají za cíl zajistit dodání produktů (hmotných i nehmotných) ostatním procesům, a tím zabezpečit jejich fungování. Stejně jako procesy řídicí samy o sobě negenerují zisk, avšak pro společnost jsou velmi podstatné, neboť by bez nich nemohla fungovat [49] [55].



Obrázek 4.3: Členění procesů na hlavní, řídicí a podpůrné [49].






4.6 Metody procesní analýzy

Aby se organizace mohla pustit do zlepšování svých procesů, je potřeba je nějakým způsobem analyzovat. K tomuto účelu existuje v odborné literatuře mnoho metod, avšak cílem všech je najít právě ty procesy, které výrobku či službě nepřidávají žádnou hodnotu. Podaří-li se tyto procesy identifikovat, organizace může učinit kroky k nápravě a omezit tak zbytečné plýtvání svými zdroji. Níže je uvedena metodika procesních map, která bude dále využita v praktické části diplomové práce.

4.6.1 Procesní mapy

Mapa procesů neboli procesní model poskytuje informace o všech stávajících procesech v organizaci. Pomocí přehledného členění procesů a činností nejčastěji na hlavní, řídicí a podpůrné umožňuje jejich identifikaci a potažmo může posloužit i pro následný reengineering. Mapa procesů vizualizuje jednotlivé procesy a pomocí grafického vyjádření je sestavuje do názorných a přehledných schémat – nejčastěji do podoby tzv. procesních stromů. Činnosti procesu jsou rozděleny do čtyř kategorií: spouštěcí a ukončovací činnost procesu, transformační, rozhodovací a ostatní. Grafické vyjádření je umožněno díky různým ikonám, základní z nich jsou znázorněny a popsány v tabulce 4.1 [33] [56] [57].

Tabulka 4.1: Základní ikony v mapě procesů [56].

Spouštěcí a ukončovací činnosti procesu		
	Zahajovací aktivita	Aktivita, kterou začíná daný proces.
	Zakončovací aktivita	Aktivita, které ukončují daný proces může existovat vícero, proto se úspěšně ukončené označují odlišnou barvou.
Transformační činnosti		
	Přeměnná aktivita	Přidaná hodnota vstupu k dosažení co nejlepšího výstupu.
	Transportní aktivita	Aktivita nepřidává hodnotu, ale významně ovlivňuje procesy.
Rozhodovací činnost		
	Rozhodovací činnost	Rozhoduje o dalším průběhu procesu na základě dané podmínky.
Ostatní činnosti		

Cílem procesní mapy je usnadnit řízení a rozhodování managementu. Je to metoda, která je využívána ve všech odvětvích, především ve strojírenství a výrobě, ale ani zdravotnictví není výjimkou. Zde se nejčastěji používá k mapování procesů na operačních sálech nebo procesů, které provázejí manipulaci se vzorky. V poskytování paliativní péče neexistuje mnoho studií, které by se touto metodou zabývaly. Procesní mapování pro tento obor není příliš běžné, ačkoliv by popsání a porovnání různých modelů paliativní péče prostřednictvím důsledného výzkumu mohlo podpořit vývoj a sdílení osvědčených postupů. Díky tomu by se mohla zlepšit péče poskytovaná pacientům [57] [58].

5 Výsledky

Hlavním cílem diplomové práce je stanovení ekonomické bilance u dvou vybraných poskytovatelů lůžkové hospicové péče. Pro zpracování praktické části byla navázána spolupráce se zařízeními, která spadají do APHPP. Prvním zařízením je Hospic sv. Jana Nepomuka Neumanna, o.p.s. se sídlem v Prachaticích. Druhým pak Hospic sv. Zdislavy, o.p.s. v Liberci. Jednotlivé hospice v ČR se od sebe do značné míry liší tím, jaké další služby poskytují. Pod Hospicem sv. Jana N. Neumanna, o.p.s. můžeme najít domov pro nemocné s Alzheimerovou chorobou, lůžkovou hospicovou péči, odlehčovací služby, půjčovnu pomůcek atd. Liberecký Hospic sv. Zdislavy, o.p.s. má pod sebou 7 středisek, mezi něž spadá např. domácí hospic, lůžkový hospic, půjčovna pomůcek a vybavení, odlehčovací služby terénní i pobytové aj. V této diplomové práci se zaměřím pouze na lůžkovou část výše uvedených hospiců.

Data pro účely diplomové práce byla získána za rok 2018 po osobní konzultaci s jednotlivými řediteli hospiců a ostatními zaměstnanci, dalším zdrojem byly výroční zprávy daných hospiců, dále výkazy zisků a ztrát a další statistické údaje, které si zpracovávají sami ředitelé a ekonomové hospiců.

Vzhledem k mimořádným opatřením, kdy byla na začátku března 2020 vyhlášena celostátní karanténa z důvodu pandemie virové choroby COVID-19, byla analýza technického a věcného vybavení zpracována na základě platné legislativy.

Ze stejného důvodu byly také vypracovány jen zjednodušené procesní mapy, které byly vytvořeny na základě rozhovorů se zaměstnanci. Tyto mapy identifikují základní procesy lůžkového hospice a zachycují průběh celého děje od příchodu pacienta až po jeho úmrtí.

5.1 Hospic sv. Jana Nepomuka Neumanna

Stavba lůžkového hospice sv. Jana N. Neumanna započala 19. 2. 2004 a oficiální provoz byl zahájen 1. 11. 2005. Objekt je umístěn v areálu kláštera Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Prachaticích a zřizuje ho stejnojmenná obecně prospěšná společnost v čele s ředitelem PhDr. et Mgr. Robertem Hunešem, MBA. Řadí se tedy do nestátního neziskového sektoru.

Budova hospice leží prakticky v centru města a je obklopena parkem. V suterénu hospice se nachází kuchyně s jídelnou pronajímána cateringové firmě, rozlučková místnost pro pozůstalé a chladicí místnost pro dočasné ukládání zemřelých. V přízemí je vstup do hospice spojený s recepcí, dále kancelářské místnosti (místnost ředitele, sociální pracovnice, účetní apod.) a kaple. První patro již zahrnuje pokoje pro pacienty, rovněž sesternu, denní místnost pro zaměstnance a prosklené atrium sloužící jako zimní zahrada.

V druhém patře jsou umístěny zbývající pokoje pro pacienty, sesterna a pokoj lékařů. Každé patro také disponuje kuchyňkou pro zaměstnance a místností pro sklad materiálu.

Hospic nabízí celkem 26 pokojů, z nichž 22 pokojů je jednolůžkových, 4 pokoje jsou dvoulůžkové. Celkem se tedy jedná o 30 odborně specializovaných lůžek, přičemž vždy je možno požádat o přistýlku pro doprovázející. Každý pokoj disponuje televizorem, klimatizací a vlastním WC s koupelnou.

5.1.1 Technické a věcné vybavení lůžkového hospice

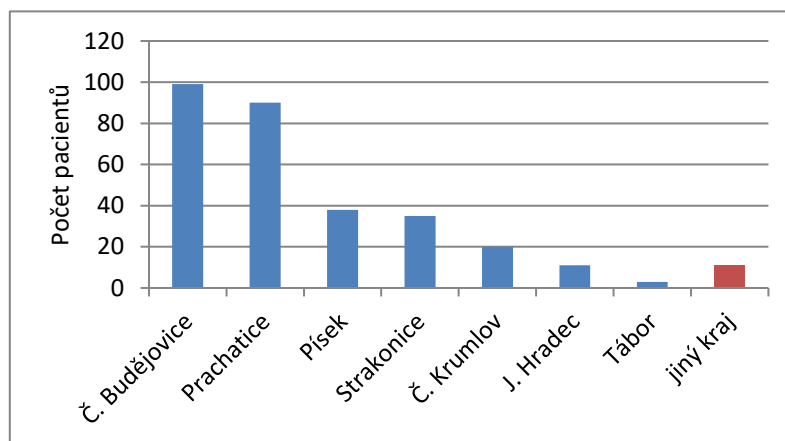
Technické a věcné vybavení se řídí Vyhláškou č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. Kromě obecných požadavků jako je např. zajištění odvodu odpadních vod, zajištění dodávky pitné vody a tepelné energie, zajištění připojení na veřejný rozvod elektrické energie apod., musí hospice splňovat také zvláštní požadavky uvedené v Příloze č. 4 této vyhlášky – požadavky na technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení lůžkové péče. Základními prostor lůžkového oddělení jsou především pokoje pro pacienty, vyšetřovny, pracoviště sester a jiných odborných pracovníků, WC a sprcha pro pacienty. Minimální plocha pokoje pro pacienty musí být 8 m² a je nutné zajistit dostatečný prostor pro práci a pohyb personálu, pro manipulaci s přístroji a materiálem. Dále v každém pokoji musí být komunikační zařízení, které umožní spojení mezi pacientem a sestrou. Chodby musí být uzpůsobeny pro manipulaci s lehátkem, křeslem či celým lůžkem. Pokud je v hospici umístěn částečně nebo zcela nepohyblivý pacient, musí být koupelna vybavena zvedákem nebo sprchovacím pojízdným lůžkem [59].

Vybavení pracoviště sester musí zahrnovat nábytek pro jejich práci, pracovní pult s oddělenými plochami pro přípravu sterilního materiálu, plochu pro manipulaci s biologickým materiálem, komunikační zařízení mezi pacientem a sestrou, umyvadlo a dřez pro mytí a čištění pomůcek [59].

Co se týče přístrojového vybavení, jde především o celkem běžnou techniku související s poskytováním ošetrovatelské péče, jako je odsávačka, pulzní oxymetr, infuzní pumpa, dávkovač stříkačkový, oxygenátor, zvedací zařízení pro imobilní pacienty, glukometr, tonometr, fonendoskop, lékařské teploměry, infuzní stojany [59].

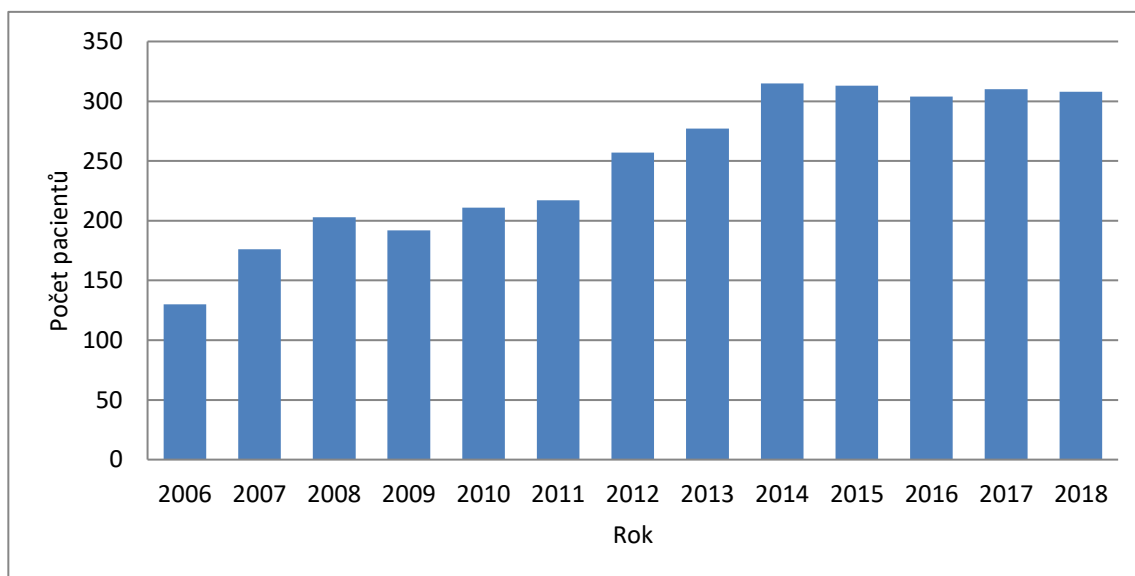
Ve stejné vyhlášce najdeme také požadavky, které se týkají přímo poskytování dlouhodobé lůžkové péče – konkrétně péče paliativní, do které hospice spadají. Vyhláška nařizuje následující vybavení: automatická polohovací lůžka, antidekubitní podložky nebo matrace, židle s područkami, pojízdné a stabilní WC židle, nízká a vysoká pojízdná chodítka, mechanické pojízdné křeslo, pojízdné lůžko do sprchy, stříkačkové dávkovače, koncentrátor kyslíku, glukometr, odsávačka a pulzní oxymetr. Rovněž je ve vyhlášce nařízeno poskytnutí lůžka či křesla pro doprovod v pokoji pacientů [59].

Hospic je členem APHPP a je jediným lůžkovým hospicem v Jihočeském kraji. Zajišťuje tak jako jediný paliativní péči a službu pacientům v této spádové oblasti spolu s dvěma domácími hospici (domácí hospic sv. Markéty ve Strakonících a domácí hospic sv. Veroniky v Českých Budějovicích). Pacienti jsou proto přijímáni především z Jihočeského kraje, avšak místo trvalého bydliště pacienta není podmínkou pro přijetí. Jak můžeme vidět na obrázku 5.1, kde je uveden přehled přijatých pacientů za rok 2018 dle okresů, jen 11 pacientů z 305 bylo přijato z jiného kraje. Toto číslo odpovídá zhruba 4 %. Převážná většina klientů hospice jsou terminálně onkologicky nemocní, méně často jsou zde neonkologičtí pacienti a nemocní, kteří jsou přijímáni na tzv. respitní (odlehčovací) pobyt.



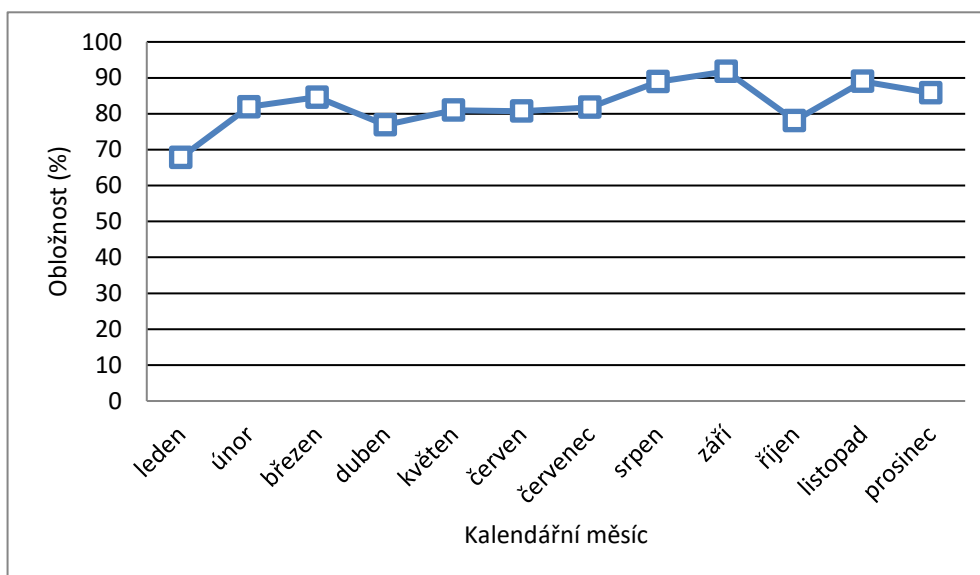
Obrázek 5.1: Počet pacientů dle okresů za rok 2018 v HJNN [vlastní tvorba].

Počet hospitalizovaných pacientů za rok od založení hospice neustále rostl až do roku 2014. Od této doby se počet hospitalizací drží okolo hranice 300 pacientů za rok, přičemž v roce 2018 se jednalo o 305 pacientů. Vývoj od roku 2006 až do roku 2018 je uveden na obrázku 5.2.



Obrázek 5.2: Vývoj počtu hospitalizovaných pacientů od roku 2006 do roku 2018 v HJNN [vlastní tvorba].

Zaměříme-li se konkrétně na rok 2018, využití lůžkové kapacity v prachatickém hospici byla nejvyšší v měsíci září, a to konkrétně 91,8 %. Ve zbylých měsících se obloženost pohybovala zhruba v intervalu od 70 do 90 % jak je vidět na obrázku 5.3. Průměrné využití lůžkové kapacity za rok 2018 tedy činilo 82,4 %, což odpovídá asi 25 lůžkům z 30, kterými prachatický hospic disponuje.



Obrázek 5.3: Obloženost v HJNN v roce 2018 [vlastní tvorba].

Počet ošetrovacích dnů (lůžkodnů) v jednotlivých měsících je znázorněn v tabulce 5.1. Sloupec LH 30 je ideální stav, tedy stav, pokud by bylo 100 % lůžek v daném měsíci obsazených. Sloupec vedle znázorňuje, kolik lůžek bylo skutečně obsazených v daném měsíci. Součet celého sloupku je roven 9 016, což je hodnota, která představuje celkový počet ošetrovacích dnů za rok 2018.

Tabulka 5.1: Počet ošetrovacích dnů v roce 2018 v HJNN [vlastní tvorba].

Měsíc	Počet dnů v měsíci	LH 30	Skutečnost	Obloženost v %
Leden	31	930	631	67,8
Únor	28	840	688	81,9
Březen	31	930	787	84,6
Duben	30	900	692	76,9
Květen	31	930	753	81,0
Červen	30	900	726	80,7
Červenec	31	930	761	81,8
Srpen	31	930	827	88,9
Září	30	900	826	91,8
Říjen	31	930	726	78,1
Listopad	30	900	801	89,0
Prosinec	31	930	798	85,8
CELKEM		10 950	9 016	82,4

Návštěvní doby jsou v hospici uzpůsobeny potřebám pacienta a to 24 hodin denně. Specializovaná hospicová paliativní péče je zajištěna týmem odborníků, kteří jsou vzděláni v tomto oboru. Jak bylo již řečeno, hospicová péče se vyznačuje celostním přístupem k pacientovi, proto zde najdeme jak profese zdravotnické, tak z oblasti sociální či duchovní. Zdravotní složku péče zajišťuje na různé úvazky celkem 9 lékařů, 15 zdravotních sester a 20 ošetřovatelů. Dále hospic navštěvuje a personálu pomáhá několik dobrovolníků. Posláním zdravotnického personálu není již léčba nemoci jako takové, ale eliminace symptomů s nemocí spojených. Snahou je co nejlepším způsobem tlumit bolest umírajícího pacienta, připravit rodinu na odchod jejich blízkého, nebo pomoci pozůstalým řešit jejich životní situaci po ztrátě příbuzného. O sociální složku péče pacientů i jejich rodin se starají 2 sociální pracovníce na plný úvazek a o duchovní stránku pečují 2 pastorační asistentky. Na přání klientů do hospice docházejí duchovní převážně z římskokatolické církve a mohou v místní kapli sloužit bohoslužby. Těch se mimo klientů účastní také široká veřejnost. Díky tomu se hospic stává místem otevřenějším a téma smrti a umírání tak nestojí na okraji společnosti.

Kromě zaměstnanců, kteří jsou přímo odpovědní za péči o pacienty, hospic dále zaměstnává osoby odpovědné za správu, údržbu a chod budovy. Jedná se celkem o 8 zaměstnanců – technicko-hospodářské profese, pracovníky údržby, úklidu a recepce. Dále jsou za provoz HJNN odpovědní ekonomické, manažerské a administrativní profese. Důležitou funkci zastává fundraiser, jehož hlavní náplň práce je vyhledávat dárce a sponzory, komunikovat s medií a veřejností, žádat o granty, pořádat benefiční akce atd. Celý souhrn zaměstnanců je uveden v tabulce 5.2.

Tabulka 5.2: Přehled zaměstnanců v HJNN v roce 2018 [vlastní tvorba].

Profese	Počet zaměstnanců	Celkový počet úvazků
Lékař	9	2,20
Zdravotní sestra	15	11,90
Ošetřovatel/ka	20	16,65
Sociální pracovníce	2	2,00
Pastorační asistentka	2	0,35
Recepce	2	1,50
Údržbář	2	2,00
Úklid	3	2,75
Asistentka ředitele	1	0,75
Ředitel	1	1,00
Vedoucí správce majetku	1	1,00
Pokladní	1	1,00
Fundraiser	1	1,00
Personalista	1	1,00
Ekonom	1	1,00
Účetní	1	1,00
CELKEM	63	47,10

5.1.2 Nákladová struktura Hospice sv. Jana N. Neumanna

Tabulka 5.3: Nákladová struktura HJNN v roce 2018 [vlastní tvorba].

Nákladová položka	Náklady v roce 2018 [Kč]
Spotřeba materiálu	2 568 438
Spotřeba energie	852 269
Prodané zboží	102 215
Opravy a udržování	142 805
Cestovné	17 437
Náklady na reprezentaci	21 750
Ostatní služby	1 963 495
Osobní náklady	18 056 616
Daně a poplatky	5 088
Ostatní náklady	337 263
Odpisy dlouhodobého HM a NHM	1 143 331
CELKEM	25 210 707

V tabulce 5.3 jsou uvedeny nákladové položky prachatického hospice, které byly vynaloženy na chod a poskytování péče pacientům v roce 2018. Nejvýznamnější položku tvořily osobní náklady, mezi které patří náklady mzdové, zákonné sociální a zdravotní pojištění a ostatní sociální náklady. Další výraznou položkou byla spotřeba materiálu. Zde se jedná především o spotřebu zdravotnického materiálu, léků, drobného hmotného majetku, režijního materiálu, čistících a hygienických potřeb, pracovních oděvů, informačního materiál aj. Do nákladové položky služby, která je třetí nejnákladnější položkou hospice, patří např. opravy a udržování budovy a vozidel, cestovné, praní prádla, strava pro pacienty, svoz odpadu, správa softwaru, náklady na vzdělávání zaměstnanců, náklady na reklamu, inzerci a tisk atd. Další významný podíl na nákladech v roce 2018 měly odpisy dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku. Naopak menší podíl tvořily ostatní náklady jako jsou daně, úroky, bankovní poplatky a pojištění zaměstnanců, tvorba fondu a rezerv nebo poskytnuté členské příspěvky.

Výsledné celkové náklady lůžkové části Hospice sv. Jana N. Neumanna v roce 2018 byly 25 210 707 Kč.

5.1.3 Náklady Hospice sv. Jana N. Neumanna související se zdravotní péčí

Z tabulky 5.3 jsou dále vybrány právě ty náklady, které přímo souvisejí s poskytováním zdravotní péče v HJNN. Z nákladové položky spotřeba materiálu se jednalo o povlečení a ošacení pro pacienty, zdravotnický materiál, čisticí a hygienické potřeby, léky, pracovní oděvy pro zdravotnický personál a potraviny pro pacienty. Další položkou související s poskytováním zdravotní péče v hospici je spotřeba energie. Z ostatních služeb jsou zde zahrnuty poplatky za telefon, software, strava pro pacienty, praní prádla, odstranění odpadu a zdravotnické služby. Poslední nákladovou položkou jsou osobní náklady, které bylo nutno rozklíčovat.

Osobní náklady

Tabulka 5.4: Výsledná tabulka osobních nákladů za zdravotnický personál v roce 2018 HJNN (včetně povinných odvodů na SP a ZP) [vlastní tvorba].

Celkový počet úvazků	47,1
Úvazky zdravotnického personálu	30,75
Celkové osobní náklady za rok 2018	18 056 616 Kč
Osobní náklady na zdravotnický personál za rok 2018	11 788 555 Kč

Hodnota výsledných osobních nákladů za rok 2018 uvedená v tabulce 5.4 činí 11 788 555 Kč. Tato hodnota byla přepočítána z výše úvazků jednotlivých pracovníků v hospici. Výpočet v sobě nezahrnuje průměrné mzdy jednotlivých zaměstnanců, proto lze výsledek chápat jen jako orientační.

Výsledné celkové náklady související s poskytováním zdravotní péče v Hospici sv. Jana N. Neumanna za rok 2018 jsou uvedeny v tabulce 5.5 a činily 15 698 541 Kč

Tabulka 5.5: Náklady související s poskytováním zdravotní péče v HJNN za rok 2018 [vlastní tvorba].

Nákladová položka	Náklady v roce 2018 [Kč]
Spotřeba materiálu - z toho:	1 525 943
Povlečení, ošacení pro pacienty	142 168
Zdravotnický materiál	647 831
Čisticí a hygienické potřeby	276 759
Léky	378 435
Pracovní oděvy	30 602
Potraviny pro pacienty	50 148
Spotřeba energie	852 269
Ostatní služby - z toho:	1 531 774
Telefon	37 096
Software	167 706
Strava pro pacienty	756 249

Zdravotnické služby	4 609
Praní prádla	366 499
Odstranění odpadu	199 615
Osobní náklady	11 788 555
CELKEM	15 698 541

5.1.4 Výnosová struktura Hospice sv. Jana N. Neumanna

Tabulka 5.6: Výnosová struktura HJNN v roce 2018 [vlastní tvorba].

Výnosová položka	Výnosy v roce 2018 [Kč]
Tržby za zdravotní péči od ZP	12 857 246
Tržby z prodeje služeb – ostatní	7 653 829
Tržby za prodané zboží	160 485
Jiné provozní výnosy	1 185 081
Tržby z prodeje DHM	10 000
Dary	1 136 572
Dotace	5 098 880
CELKEM	28 102 093

Výnosy za rok 2018 HJNN jsou zachyceny v tabulce 5.6. Pod nejvýznamnější výnosovou položkou tržby z prodeje služeb spadají příspěvky od zdravotních pojišťoven (VZP, VoZP, ZP MVČR, OZP, ČP ZP) a ostatní výnosy, jako jsou příspěvky na péči, platby pacientů, pronájem ordinace a kuchyně, nocležné od příbuzných, kteří doprovázejí umírajícího, výnosy za odlehčovací pobyty a za vstupné z benefičních akcí aj. Menší výnosovou položku tvoří tržby za prodané zboží, které je možno zakoupit na recepci. Jiné provozní výnosy zahrnují především úroky z účtů. Poslední dvě významné výnosové položky tvoří dary a dotace. Nejvyšší dotace získal hospic v roce 2018 od MPSV jako příspěvek na sociální služby. Další dotace plynuly od měst a obcí nebo od Jihočeského kraje, menší část od MMR, MZČR a MKČR.

Výsledná výnosová struktura Hospice sv. Jana N. Neumanna v roce 2018 činila 28 102 093 Kč.

5.1.5 Výsledná ekonomická bilance Hospice sv. Jana N. Neumanna

Tabulka 5.7: Výsledná ekonomická bilance HJNN v roce 2018 [vlastní tvorba].

Celkové roční náklady	25 210 707 Kč
Celkové roční výnosy	28 102 093 Kč
CELKEM	2 891 386 Kč

Výsledkem ekonomické bilance poskytování lůžkové hospicové péče v Hospici sv. Jana N. Neumanna za rok 2018 je zisk 2 891 386 Kč, který je uveden v tabulce 5.7.

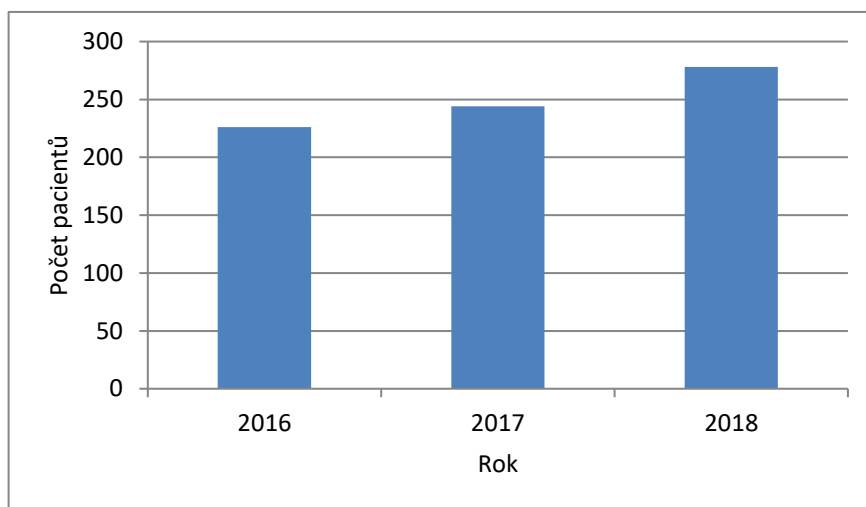
5.2 Hospic sv. Zdislavy

Ačkoliv samotná obecně prospěšná společnost existuje od května roku 2009, kdy byla krajským úřadem Libereckého kraje zaregistrována jako poskytovatel zdravotních a sociálních služeb za účelem zajištění hospicové péče, samotný lůžkový hospic byl zřízen a funguje od ledna 2016. Budova, ve které nyní sídlí Hospic sv. Zdislavy dříve sloužila jako dětský domov a je umístěna velmi blízko centra města Liberec. Jedná se taktéž o neziskovou nestátní organizaci, jejíž ředitelkou je Ing. Taťána Janoušková.

Hospic sv. Zdislavy je rozdělen do dvou budov, mezi nimiž je parkoviště pro zaměstnance a klienty. Vedlejší a také menší budova by se dala označit za „technicko-administrativní“ část hospice. Jsou zde umístěny kanceláře administrativních pracovníků a ředitelna, dále prostory technických pracovníků. Přízemí hlavní budovy je také převážně technické. U vstupu do budovy se nachází recepce a vestibul. V přízemí je také jídelna s menší kuchyní, která slouží pro přípravu snídaní, svačin a večeří. Dále je zde menší prádelna pro praní osobních věcí klientů, kancelář sociálního pracovníka, místnost lékařů a vrchní sestry, šatny, rozlučková místnost a chladicí místnost pro dočasné ukládání zemřelých. Kromě toho je zde průchod do přístavby, která slouží jako čajovna a místo setkávání klientů a rovněž do přiléhající zahrady. V prvním patře se nachází 14 jednolůžkových pokojů a kaple. V druhém patře je umístěno zbývajících 14 pokojů. Celkem tedy hospic disponuje 28 jednolůžkovými pokoji s možností přistýlky pro doprovázející osoby. Pokoje mají vlastní sociální zařízení s uzpůsobením pro imobilní klienty a jsou nadstandardně vybavené. Každý pokoj disponuje vlastní televizí a bezdrátovým připojením. Rovněž je možné pokoj dovybavit na přání pacienta tak, aby mu prostředí evokovalo domov a cítil se zde co nejlépe. Technické a věcné vybavení se řídí Vyhláškou č. 92/2012 Sb., více viz kapitola 5.1.1.

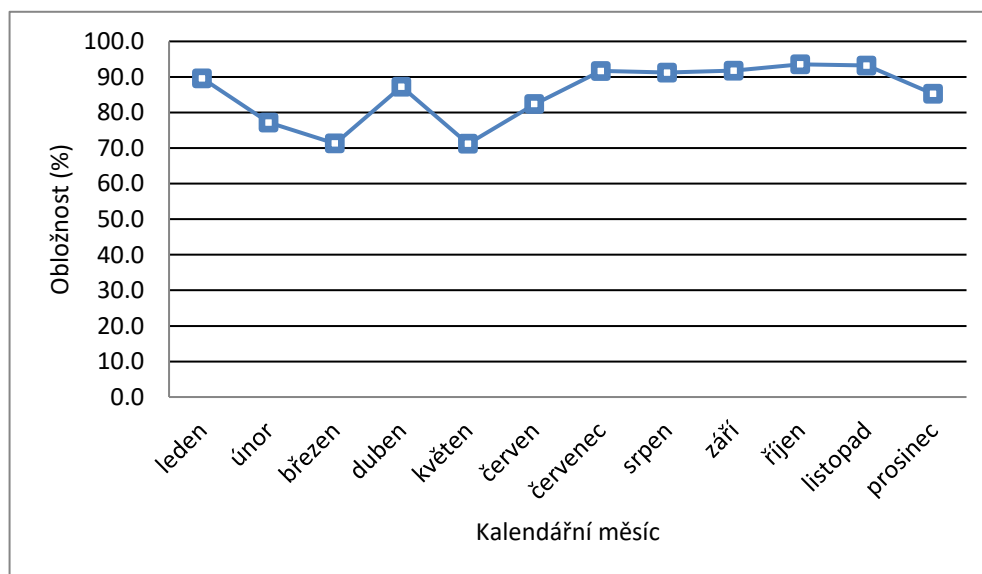
Hospic sv. Zdislavy, o.p.s. je poskytovatelem jak lůžkové, tak mobilní hospicové péče a je jediným takovýmto zařízením v libereckém kraji. Hospic je členem APHPP, proto se zavazuje k plnění Standardů vydaných touto Asociací ve spolupráci s MZ ČR. Díky tomu je garantována kvalita poskytovaných služeb v tomto zdravotnickém zařízení. Lůžkový hospic poskytuje své služby nevyčísitelně nemocným, jejichž život se chýlí ke konci. Jedná se především o terminálně onkologicky nemocné pacienty. Avšak část lůžkového fondu je vyhrazeno pro odlehčovací pobyty. Tato služba slouží rodinám, které se starají o svého nemocného příbuzného v domácím prostředí. Na určitou dobu hospic přebírá jejich blízkého a poskytuje mu veškerou péči, rodina si pak může alespoň na krátkou chvíli odpočinout.

Počet hospitalizovaných pacientů se za tři roky fungování hospice zatím každým rokem zvyšuje, jak je vidět na obrázku 5.4. Od roku 2016, kdy počet pacientů v lůžkovém hospici činil 226, došlo k nárůstu pacientů o 52 klientů. V roce 2018 tak Hospic sv. Zdislavy nabídl své služby 278 klientům.



Obrázek 5.4: Vývoj počtu hospitalizovaných pacientů od roku 2016 do roku 2018 v Hospici sv. Zdislavy [vlastní tvorba].

V roce 2018 neklesla obsazenost lůžek pod hranici 70 %. Celkové využití lůžkové kapacity libereckého hospice (viz obrázek 5.5) se během roku pohybovala v intervalu od 70 do cca 95 %. Od července do listopadu, tedy 5 měsíců, se obloženost pohybovala nad 90 %. Nejvytíženější byl hospic v měsíci říjnu a listopadu, kdy využití lůžkové kapacity dosahovalo 93,5 % a 93,2 %. V roce 2018 tak obsazenost lůžek dosahovala v průměru hodnoty 85,5 %. To je hodnota, která představuje obsazenost zhruba 24 lůžek z 28 možných.



Obrázek 5.5: Obloženost v Hospici sv. Zdislavy v roce 2018 [vlastní tvorba].

Tabulka 5.8 zachycuje počty ošetrovacích dnů v jednotlivých měsících roku 2018. Sloupec LH 28 představuje stav 100% obsazenosti lůžek v daném měsíci. Ideální stav by nastal, pokud by všech 28 lůžek, kterými hospic disponuje, bylo každý den v roce obsazených. Pro rok 2018 by to znamenalo možnost vykazání 10 220 ošetrovacích dnů. Další sloupec tabulky představuje skutečné obsazení lůžek v hospici v daném měsíci. Celkový počet vykázaných ošetrovacích dnů v roce 2018 činil 8 739.

Tabulka 5.8: Počet ošetrovacích dnů v roce 2018 v Hospici sv. Zdislavy [vlastní tvorba].

Měsíc	Počet dnů v měsíci	LH 28	Skutečnost	Obložnost v %
Leden	31	868	778	89,6
Únor	28	784	605	77,2
Březen	31	868	619	71,3
Duben	30	840	733	87,3
Květen	31	868	618	71,2
Červen	30	840	692	82,4
Červenec	31	868	796	91,7
Srpen	31	868	792	91,2
Září	30	840	771	91,8
Říjen	31	868	812	93,5
Listopad	30	840	783	93,2
Prosinec	31	868	740	85,3
CELKEM		10 220	8 739	85,5

Stejně jako v jiných hospicích je i zde péče o pacienta vnímaná jako celostní přístup a zajišťuje ji multidisciplinární tým. V tomto týmu libereckého hospice pracuje na různé úvazky 14 lékařů, 24 zdravotních sester, 31 ošetrovatelů, pečovatelů či sanitářů a 1 sociální pracovník. Duchovní do hospice docházejí hlavně na vyžádání klientů.

Dalšími zaměstnanci, kteří se podílejí na chodu hospice jsou zaměstnanci na pozicích řídicích, manažerských, ekonomických a technicko-hospodářských. Souhrn počtu zaměstnanců a celkových počtu úvazků je uveden v tabulce 5.9.

Tabulka 5.9: Přehled zaměstnanců v Hospici sv. Zdislavy v roce 2018 [vlastní tvorba].

Profese	Počet zaměstnanců	Celkový počet úvazků
Lékař	14	2,68
Zdravotní sestra	24	11,85
Ošetrovatel/ka, pečovatel/ka, sanitář	31	17,85
Sociální pracovník	1	0,25
Ředitel	1	1,00
Vedoucí správce majetku	1	1,00
Mzdová účetní	1	1,00
Finanční účetní	1	0,50

Fundraiser, propagace	2	2,00
Správce	1	1,00
Úklid, strava	5	4,50
Dotace	1	0,50
CELKEM	83	44,13

5.2.1 Nákladová struktura Hospice sv. Zdislavy

Tabulka 5.10 zachycuje všechny nákladové položky, které byly vynaloženy k zajištění chodu a poskytování péče pacientům v Hospici sv. Zdislavy v roce 2018.

Tabulka 5.10: Nákladová struktura Hospice sv. Zdislavy v roce 2018 [vlastní tvorba].

Nákladová položka	Náklady v roce 2018 [Kč]
Spotřeba materiálu	3 346 376
Spotřeba energie	1 568 106
Opravy a udržování	57 236
Cestovné	20 619
Ostatní služby	1 336 400
Osobní náklady	19 639 992
Ostatní náklady	139 676
CELKEM	26 108 405

Nejnákladnější položkou jsou osobní náklady, mezi něž spadají náklady na mzdy, odvody na zákonné sociální a zdravotní pojištění, náklady na obědy pro zaměstnance a ostatní sociální náklady. Další významnou nákladovou položku představuje spotřeba materiálu. Tu tvoří především potraviny pro klienty, protože kromě obědů a teplých večeří je jídlo připravované přímo v hospici. Podstatnou část těchto nákladů tvoří také spotřeba zdravotnického materiálu a léků, kancelářských potřeb, pracovních oděvů aj. Spotřeba energie, která se řadí mezi nákladnější položky, zahrnuje spotřebu vody, elektrické energie a vytápění budovy. Další položkou generující poměrně velké náklady jsou služby. Zde se jedná o opravy a udržování budov a vozidel, cestovné, poštovné, náklady vynaložené na internet a telefonní poplatky, praní prádla, svoz a likvidace odpadu, revize budov, školení a kurzy pro zaměstnance, náklady na propagaci nebo údržbu softwaru a hardwaru. Poslední nákladovou položkou jsou ostatní náklady, kterou tvoří především pojištění vozidel a jiného majetku.

Výsledné celkové náklady lůžkové části Hospice sv. Zdislavy v roce 2018 byly 26 108 405 Kč.

5.2.2 Náklady Hospice sv. Zdislavy související se zdravotní péčí

V tabulce 5.12 jsou dále vybrány náklady, které přímo souvisejí s poskytováním zdravotní péče v Hospici sv. Zdislavy. Z nákladové položky spotřeba materiálu se jednalo o zdravotnický materiál, léky, pracovní oděvy pro zdravotnický personál a potraviny pro pacienty. Další položkou související s poskytováním zdravotní péče v hospici je spotřeba energie. Z ostatních služeb jsou zde zahrnuty poplatky za telefon, software, praní prádla, odstranění odpadu a zdravotnické služby. Poslední nákladovou položkou jsou osobní náklady, které bylo nutno rozklíčovat.

Osobní náklady

Tabulka 5.11: Výsledná tabulka osobních nákladů za zdravotnický personál v roce 2018 v Hospici sv. Zdislavy (vč. povinných odvodů na SP a ZP) [vlastní tvorba].

Celkový počet úvazků	44,13
Úvazky zdravotnického personálu	32,38
Celkové osobní náklady za rok 2018	19 639 992 Kč
Osobní náklady na zdravotnický personál za rok 2018	14 410 672 Kč

Hodnota výsledných osobních nákladů za rok 2018 uvedená v tabulce 5.11 činí 14 410 672 Kč. Tato hodnota byla přepočítána z výše úvazků jednotlivých pracovníků v hospici. Výpočet v sobě nezahrnuje průměrné mzdy jednotlivých zaměstnanců, proto lze výsledek chápat jen jako orientační.

Výsledné celkové náklady související s poskytováním zdravotní péče v Hospici sv. Zdislavy za rok 2018 byly 18 987 160 Kč

Tabulka 5.12: Náklady související s poskytováním zdravotní péče v Hospici sv. Zdislavy za rok 2018.

Nákladová položka	Náklady v roce 2018 [Kč]
Spotřeba materiálu - z toho:	2 540 951
Zdravotnický materiál	397 644
Léky	399 577
Pracovní oděvy	14 868
Potraviny pro pacienty	1 728 862
Spotřeba energie	1 568 106
Ostatní služby - z toho:	467 431
Telefon	61 387
Software	8 027
Zdravotnické služby	2 707
Praní prádla	323 255
Odstranění odpadu	72 055
Osobní náklady	14 410 672
CELKEM	18 987 160

5.2.3 Výnosová struktura Hospice sv. Zdislavy

Tabulka 5.13: Výnosová struktura Hospice sv. Zdislavy v roce 2018 [vlastní tvorba].

Výnosová položka	Výnosy v roce 2018 [Kč]
Tržby za zdravotní péči od ZP	12 651 711
Tržby z prodeje služeb – klienti	3 656 381
Jiné provozní výnosy – dárci	919 092
Jiné provozní výnosy – PnP	2 930 363
Dotace – MPSV	2 641 500
Dotace – Obce, kraje	3 248 407
Dotace – MZ ČR	60 116
CELKEM	26 107 570

V tabulce 5.13 je uvedena výnosová struktura lůžkové části Hospice sv. Zdislavy za rok 2018. Nejvýznamnější výnosovou položku představují tržby za poskytnutou zdravotní péči od zdravotních pojišťoven (VZP, VoZP, OZP, ZP MVČR, ČP ZP, ZP Škoda, ZP Revírní) a od samotných klientů. Další podstatnou položku výnosové struktury tvoří dotace. V roce 2018 hospic obdržel nejvyšší dotace od Libereckého kraje a obcí, dále rovněž od MPSV jako příspěvek na sociální služby a v neposlední řadě i od MZ ČR. Předposlední položkou odkud plynuly hospici výnosy jsou příspěvky na péči. Nezanedbatelnou část tvořily také dary od fyzických i právnických osob.

Výsledné celkové výnosy lůžkové části Hospice sv. Zdislavy v roce 2018 činily 26 107 570 Kč.

5.2.4 Výsledná ekonomická bilance Hospice sv. Zdislavy

Tabulka 5.14: Výsledná ekonomická bilance Hospice sv. Zdislavy v roce 2018 [vlastní tvorba].

Celkové roční náklady	26 108 405 Kč
Celkové roční výnosy	26 107 570 Kč
CELKEM	- 835 Kč

Výsledná ekonomická bilance poskytování lůžkové hospicové péče v Hospici sv. Zdislavy za rok 2018 je vyrovnaná. Výnosy od zdravotních pojišťoven a ostatních subjektů do značné míry pokrývají náklady na poskytování péče. Zjištěná ztráta je nepatrná a představuje pouhých 835 Kč.

5.3 Stanovení nákladů a výnosů na jeden lůžkoden v Hospici sv. Jana N. Neumanna

5.3.1 Náklady na jeden lůžkoden v Hospici sv. Jana N. Neumanna

V roce 2018 bylo v HJNN vykázáno 9 016 ošetrovacích dnů. Tentýž rok činily náklady na poskytování hospicové péče 25 210 707 Kč, z toho náklady na zdravotní péči byly 15 698 541 Kč. Z těchto údajů můžeme vypočítat, že náklady na jeden lůžkoden vycházejí hospic po zaokrouhlení na 2 795 Kč, z toho náklady za poskytování zdravotní péče v jednom ošetrovacím dni činí 1 741 Kč. Vypočítané hodnoty jsou uvedeny v tabulce 5.15.

Tabulka 5.15: Stanovení nákladů na 1 lůžkoden v HJNN v roce 2018 [vlastní tvorba].

Hospic sv. Jana N. Neumanna	Rok 2018
Počet ošetrovacích dnů	9 016
Celkové náklady – z toho:	25 210 707 Kč
Náklady související se zdravotní péčí	15 698 541 Kč
Náklady na 1 ošetrovací den – z toho:	2 795 Kč
Náklady na 1 ošetrovací den za zdravotní péči	1 741 Kč
Ostatní náklady na 1 ošetrovací den	1 054 Kč

5.3.2 Výnosy na jeden lůžkoden v Hospici sv. Jana N. Neumanna

Výnosy od zdravotních pojišťoven v roce 2018 činily 12 857 246 Kč, z toho vyplývá, že příspěvek pojišťoven na jeden lůžkoden dosahoval cca 1 426 Kč. Od ostatních subjektů hospic v roce 2018 získal 15 244 847 Kč, což v přepočtu činí 1 691 Kč na jeden lůžkoden. Výše uvedené hodnoty shrnuje tabulka 5.16.

Tabulka 5.16: Stanovení výnosů na 1 lůžkoden v HJNN v roce 2018 [vlastní tvorba].

Hospic sv. Jana N. Neumanna	Rok 2018
Počet ošetrovacích dnů	9 016
Celkové výnosy – z toho:	28 102 093 Kč
Výnosy od ZP	12 857 246 Kč
Výnosy od ostatních subjektů	15 244 847 Kč
Výnosy na 1 ošetrovací den – z toho:	3 117 Kč
Výnosy na 1 ošetrovací den od ZP	1 426 Kč
Výnosy na 1 ošetrovací den od ostatních subjektů	1 691 Kč

5.3.3 Porovnání nákladů a výnosů na jeden lůžkoden v Hospici sv. Jana N. Neumanna

Na obrázku 5.6 je graficky znázorněné porovnání nákladů a výnosů za jeden ošetrovací den v Hospici sv. Jana N. Neumanna. Náklady související s poskytováním zdravotní péče v lůžkovém hospici představují 62 % z celkových nákladů, ostatní náklady tvoří 38 %. Výnosy od zdravotních pojišťoven na jeden ošetrovací den vycházejí na 46 % z celkových výnosů, výnosy od ostatních subjektů činí 54 %.

Porovnání nákladů a výnosů na 1 lůžkoden
v Hospici sv. Jana N. Neumanna



Obrázek 5.6: Porovnání nákladů a výnosů na jeden lůžkoden v HJNN v roce 2018 [vlastní tvorba].

5.4 Stanovení nákladů a výnosů na jeden lůžkoden v Hospici sv. Zdislavy

5.4.1 Náklady na jeden lůžkoden v Hospici sv. Zdislavy

V roce 2018 bylo v Hospici sv. Zdislavy vykázáno 8 739 ošetrovacích dnů. V téže roce dosahovaly náklady na poskytování péče pacientům 26 108 405 Kč, z toho náklady na poskytování zdravotní péče představují 18 987 160 Kč. Přepočteme-li tyto náklady na 1 lůžkoden, vyjde nám z celkových nákladů hodnota přibližně 2 988 Kč. Náklady na 1 ošetrovací den, které souvisí se zdravotní péčí vycházejí zhruba na 2 173 Kč. Hodnoty jsou přehledně shrnuty do tabulky 5.17.

Tabulka 5.17: Stanovení nákladů na 1 lůžkoden v Hospici sv. Zdislavy v roce 2018 [vlastní tvorba].

Hospic sv. Zdislavy	Rok 2018
Počet ošetrovacích dnů	8 739
Celkové náklady – z toho:	26 108 405 Kč
Náklady související se zdravotní péčí	18 987 160 Kč
Náklady na 1 ošetrovací den – z toho:	2 988 Kč
Náklady na 1 ošetrovací den za zdravotní péči	2 173 Kč
Ostatní náklady na 1 ošetrovací den	815 Kč

5.4.2 Výnosy na jeden lůžkoden v Hospici sv. Zdislavy

Výnosy hospice v roce 2018 od zdravotních pojišťoven byly 12 651 711 Kč, v přepočtu na 1 lůžkoden tyto výnosy představují 1 448 Kč. Ostatní subjekty hospici v roce 2018 přispěly částkou 13 455 859 Kč, tedy cca 1 540 Kč na jedno lůžko za den. Všechny uvedené údaje jsou shrnuty v tabulce 5.18.

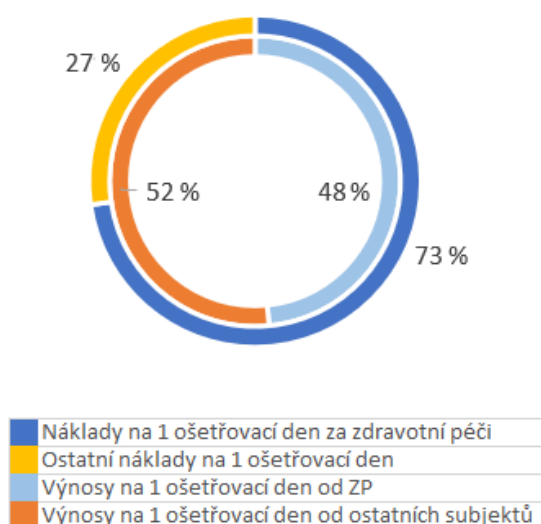
Tabulka 5.18: Stanovení výnosů na 1 lůžkoden v Hospici sv. Zdislavy v roce 2018 [vlastní tvorba].

Hospic sv. Zdislavy	Rok 2018
Počet ošetrovacích dnů	8 739
Celkové výnosy – z toho:	26 107 570 Kč
Výnosy od ZP	12 651 711 Kč
Výnosy od ostatních subjektů	13 455 859 Kč
Výnosy na 1 ošetrovací den – z toho:	2 987 Kč
Výnosy na 1 ošetrovací den od ZP	1 448 Kč
Výnosy na 1 ošetrovací den od ostatních subjektů	1 540 Kč

5.4.3 Porovnání nákladů a výnosů na jeden lůžkoden v Hospici sv. Zdislavy

Obrázek 5.7 zachycuje srovnání nákladů a výnosů na jeden ošetrovací den v Hospici sv. Zdislavy. Z grafu je patrné, že náklady související s poskytováním zdravotní péče na jedno lůžko za den dosahovaly 73 % z celkových nákladů, ostatní náklady na jeden ošetrovací den byly 27 %. V roce 2018 výnosy od zdravotních pojišťoven na jeden lůžkoden činily 48 % z celkových výnosů, zbylých 52 % výnosů plynuly od dárců, krajů, obcí a jiných subjektů.

Porovnání nákladů a výnosů na 1 lůžkoden
v Hospici sv. Zdislavy



Obrázek 5.7: Porovnání nákladů a výnosů na jeden lůžkoden v Hospici sv. Zdislavy v roce 2018 [vlastní tvorba].

5.5 Procesní mapa lůžkové hospicové péče

Tvorba procesních map je považována za stěžejní prvek v oblasti procesního řízení. Provozování lůžkového hospice je spojeno především s poskytováním ošetrovatelské paliativní péče, avšak ta by samozřejmě nemohla fungovat bez podpory administrativní a technické. Z tohoto důvodu jsou procesy v procesní mapě (Příloha A) rozděleny do třech skupin: procesy hlavní, řídicí a podpůrné.

Řídicí procesy v sobě zahrnují veškeré procesy, které napomáhají k řízení, vedení, organizování a plánování chodu celého zdravotnického zařízení. Jedná se především o tvorbu podnikové strategie, plánování procesů, řízení financí a lidských zdrojů, řízení dodavatelských vztahů. Tuto funkci zastává především sám ředitel hospice a dále také ekonom a finanční účetní.

Mezi podpůrné procesy řadíme nákup materiálu, tzn. zajištění zdravotnického materiálu a léků, dalšího režijního materiálu, kancelářských potřeb, pracovních oděvů apod., který je spotřebováván v procesu ošetrovatelské péče. Dále sem řadíme účetní oddělení, fundraising, správu budov a majetku, úklid a technickou údržbu. Všechny tyto procesy se klienta hospice nemusejí přímo dotýkat, z toho důvodu si je nemusí ani uvědomovat, ale pro běžný chod zařízení jsou zcela nezbytné.

Poslední vytyčenou skupinou jsou procesy hlavní, zde se jedná již o samotný ošetrovatelský proces, který je uveden v Příloze B. Ošetrovatelský proces je tvořen sledem činností, které na sebe přímo navazují. Příjem pacienta do lůžkového hospice je podmíněn žádostí o přijetí, kterou vystavuje ošetřující lékař konkrétního pacienta, či zdravotnické zařízení, ve kterém pacient pobývá. Žádanka či poukaz, který hospic obdrží je následně posouzen sociálním pracovníkem. Ten má povinnost jej vyhodnotit a poslat dále lékaři. I lékař má dvě možnosti – na základě indikace buď schválí přijetí pacienta, či žádanku zamítne. Následuje telefonát rodině a ošetřujícímu lékaři, kterým se podají podrobné informace. Pokud je volná kapacita v hospici, domluví se také datum nástupu. Při příjezdu pacienta do hospice je nutné, aby s sebou měl žádost k přijetí a také zprávu od praktického lékaře nebo zdravotnického zařízení. Potřebné dokumenty převezme sestra, ubytuje pacienta a sestaví s ním dietní plán. Dále se pacientovi věnuje lékař, který zjistí anamnézu, provede celkové vyšetření a na základě zjištěných údajů sestaví léčebnou rozvahu a sepiše přijímací zprávu. Poté již následuje každodenní ošetrovatelská péče o pacienta, která ráno začíná lékařskou vizitou. Každý den se sepisuje záznam o průběhu nemoci (dekurz), který se vkládá do zdravotnické dokumentace. Po úmrtí pacienta, zůstává tělo ležet 2 hodiny na lůžku, poté je převezeno do rozlučkové místnosti (pokud si to pozůstalí přejí). Zde mají nejbližší příbuzní poslední možnost setkat se se zemřelým tvář v tvář. Odtud si tělo převezme pohřební služba, nebo je zavezeno do místnosti s chladicími boxy, kde může zůstat maximálně 72 hodin a čekat na příjezd pohřební služby. Poslední činností zůstává sepsání propouštěcí zprávy a úmrtního listu lékaři.

6 Diskuse

Česká republika se v posledních letech, stejně jako některé další evropské státy, potýká s demografickým stárnutím obyvatel. V roce 2018 tvořila poproduktivní část populace (65 let a více) téměř 20 % všech obyvatel v ČR [60]. Do budoucna se předpokládá, že se tento trend bude dále prohlubovat. Populační prognózy hovoří o tzv. stárnutí shora. Tzn. bude přibývat obyvatel v poproduktivním věku a v důsledku toho se sníží podíl produktivních obyvatel. Tento fakt má dopad na úbytek přirozených pečujících a zdá se být velkou hrozbou a zátěží pro celý systém. V současnosti je v naší zemi zhruba 100 zaměstnaných na 50 obyvatel důchodového věku. Při zachování stejných podmínek a současného trendu stárnutí populace by v roce 2060 na 100 zaměstnaných připadnulo až 90 seniorů [60] [21].

Díky novým vědeckým poznatkům, technologiím a lékům se tedy lidé dožívají čím dál vyššího věku a zároveň se také mění a rozšiřuje spektrum příčin úmrtí. Objevuje se velké množství chronických a nádorových onemocnění. V průběhu roku 2018 zemřelo v České republice přes 112 tisíc obyvatel, z toho 27 tisíc v důsledku nádorového onemocnění. V témže roce přibylo přes 65 tisíc nových onkologických případů. A právě u těchto pacientů se předpokládá největší využití paliativní péče [61] [62].

Z výše uvedených důvodů by společnost měla být připravená na případný nárůst nevléčitelně nemocných a zvýšenou poptávku po ústavní péči a péči o lidi v závěru života jak v lůžkových zařízeních, tak v jejich domovech, jakožto přirozeném prostředí. Právě tuto oblast se snaží pokrýt zdravotnická zařízení hospicového typu poskytováním paliativní péče. Jsou to právě hospice, které se snaží odpovědět na volání společnosti po důstojném umírání a smrti. Doprovází nemocné v závěru jejich života a snaží se vyhnout zbytečným bolestem, osamělosti, ztrátě důstojnosti a jiným útrapám, kterým je možné předcházet vhodnou péčí. V posledních letech se našťastí na paliativní péči začíná pohlížet jako na významné téma veřejného zdravotnictví, a tak i Ministerstvo zdravotnictví ČR zařadilo do svých projektů pro období 2014 – 2020 podporu nemocniční i domácí paliativní péče.

Moderní hospicové hnutí se počalo rozvíjet v šedesátých letech dvacátého století ve Velké Británii. Za jeho vznikem stála doktorka Cicely Saundersová, která založila Hospic sv. Kryštofa v Londýně. V České republice se o prosazování myšlenek důstojného umírání zasloužila především MUDr. Marie Svatošová. Podílela se jednak na založení prvního hospice na našem území v roce 1996, ale také na založení Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, v jejímž čele stála několik let. APHPP vznikla za účelem sdružení lůžkových a mobilních hospiců v ČR a také za účelem větší právní suverenity. Nyní sdružuje většinu hospiců v ČR a díky tomu nabývá také větší vyjednávací síly. APHPP se od začátku své existence významně podílela na prosazování ukotvení hospicové péče do českých zákonů. Ačkoliv v posledních letech opravdu došlo

k výraznému legislativnímu posunu, poskytování a financování zdravotně-sociální hospicové péče je stále nedořešené.

Hospice v České republice jsou povětšinou neziskové nestátní organizace, které pečují o nevléčitelně nemocné. Nevýdělečné organizace v podstatě vyplňují mezery, které stát z nějakých důvodů nestačí sám pokrýt. Podílejí se na uspokojování potřeb lidí a společnosti, za které nejsou příjemci služeb schopni platit. Díky kvalifikovanému a multidisciplinárnímu týmu, který v hospici působí, je zajištěna nejlepší možná kvalita života terminálně nemocného pacienta, ale také jeho rodiny. Hospice zohledňují fakt, že na sklonku života je potřeba starat se o pacienta celostně. Neoddělují proto zdravotní a sociální složku péče. Zde ale hospice narážejí na výše zmíněnou nedořešenou legislativu. Ačkoliv v ČR existují zdravotně-sociální fakulty, zdravotně sociální odbory krajských úřadů atd., nynější české zákony neoperují s termínem zdravotně-sociální péče nebo zdravotně-sociální zařízení. A přestože je existence hospiců v České republice již nezastupitelná, velmi často se tak tato zařízení setkávají s nedostatkem finančních prostředků. Lůžkovým hospicům v ČR je sice dle současné platné legislativy hrazena zdravotní složka péče z veřejného zdravotního pojištění, tato úhrada ale nestačí k pokrytí nákladů na provoz hospice a financování sociální složky péče není dořešené.

Cílem diplomové práce bylo stanovení ekonomické bilance u dvou poskytovatelů lůžkové hospicové péče, analýza technického, věcného vybavení a personálního vybavení a zmapování procesů při poskytování hospicové paliativní péče. Za tímto účelem byla navázána spolupráce s Hospicem sv. Jana N. Neumanna, o.p.s. a Hospicem sv. Zdislavy, o.p.s. Výsledky diplomové práce mohou sloužit jako malý ukazatel toho, jak zdravotnická zařízení hospicového typu hospodaří se svým majetkem a zda je jejich existence ohrožena vícezdrojovým způsobem financování, či nikoli.

Prvním zdravotnickým zařízením, kterým se praktická část diplomové práce zabývá je Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s. v Prachaticích. Hospic neposkytuje pouze lůžkovou hospicovou péči, ale nabízí také péči o nemocné s Alzheimerovou chorobou, půjčování pomůcek, poradenské služby apod. Výsledky práce vycházejí především z analýzy výkazu zisku a ztrát, do které bylo zahrnuto jen nákladové středisko lůžkové části hospice. Dále práce vychází z výročních zpráv, interních statistických údajů a z rozhovorů se zaměstnanci hospice.

HJNN představuje jediného poskytovatele lůžkové hospicové péče v Jihočeském kraji, který měl v roce 2018 zhruba 640 tisíc obyvatel. V dané oblasti působí ještě dva domácí hospice, které ovšem spadají pod tutéž o.p.s. Díky tomu hospic nemá v regionu výraznějšího konkurenta. V roce 2018 bylo do hospice přijato 305 pacientů, přičemž průměrné využití lůžkové kapacity činilo 82,4 %, což odpovídalo zhruba 25 obsazeným lůžkům z 30. Počet vykázaných ošetrovacích dnů za roku 2018 byl 9 016.

Celkové náklady lůžkové části HJNN v roce 2018 byly 25 210 707 Kč. Nejvyššími nákladovými položkami byly osobní náklady na lékaře, zdravotní sestry, ošetřovatele, administrativní a technicko-hospodářské pracovníky, které činily 18 056 616 Kč. Dále náklady na spotřebu materiálu ve výši 2 568 438 Kč, nebo také náklady na poskytnuté služby, které dosahovaly 1 963 495 Kč.

Z celkových nákladů byly alokovány právě ty náklady, které přímo souvisejí s poskytováním zdravotní péče v lůžkové části hospice. Ze spotřeby materiálu se jednalo o povlečení a ošacení pro pacienty, zdravotnický materiál, čisticí a hygienické potřeby, léky, pracovní oděvy pro zdravotnický personál a potraviny pro pacienty. Spotřeba materiálu činila 1 525 943 Kč. Další nákladovou položkou byla spotřeba energie ve výši 852 269 Kč. Z ostatních služeb jsou zde zahrnuty poplatky za telefon, software, strava pro pacienty, praní prádla, odstranění odpadu a zdravotnické služby. Náklady na ostatní služby byly 1 531 774 Kč. Poslední nákladovou položkou byly osobní náklady, které bylo nutno rozklíčovat. Na poskytování zdravotní péče se ze všech zaměstnanců hospice podílejí jen lékaři, zdravotní sestry a ošetřovatelé. Z celkového počtu 47,1 úvazků, tak zdravotnický personál představuje 30,75 úvazků. Osobní náklady na zdravotnický personál byly přepočteny z celkových osobních nákladů na 11 788 555 Kč. Výsledné celkové náklady související se zdravotní péčí v roce 2018 činily 15 698 541 Kč.

Dále byla z výkazu zisku a ztrát hospice získána data o výnosech za poskytnutou péči v roce 2018. Celkové výnosy dosahovaly 28 102 093 Kč. Ačkoliv příspěvky od ZP představují nejvýznamnější výnosovou položku ve výši 12 857 246 Kč, z pohledu celkových výnosů představují pouhých 46 %. Samotné platby od klientů činily 2 737 896 Kč, což je asi 10 % z celkových nákladů. 12 % celkových nákladů představují příspěvky na péči, které dosahovaly 3 337 638 Kč. Dary od fyzických a právnických osob činily 1 136 572 Kč (4 % z celkových nákladů). Poměrně vysoká část výnosů plynula v roce 2018 hospici ve formě dotací. Částka dosahovala 5 098 880 Kč, tj. asi 18 % z celkových výnosů. Na těchto dotacích se z 12 % podílel Jihočeský kraj, ze 3 % MZČR, 63 % přispělo MPSV, 15 % představují dotace měst a obcí, 1 % bylo od MKČR a zbylých 5 % od MMR. Zbylou část výnosů hospic obdržel především z tržeb za prodané zboží na recepci, z benefičních akcí a jiných aktivit. Tato částka dosahovala 2 933 861 Kč, tedy zhruba 11 % z celkových výnosů. Porovnáme-li výnosy od ZP s výnosy od ostatních subjektů, zjistíme, že pojišťovny v roce 2018 přispěly částkou 12 857 246 Kč (46 % z celkových výnosů), kdežto výnosy od ostatních subjektů představovaly 15 244 847 Kč (54 % z celkových výnosů).

Porovnáním celkových nákladů a výnosů byla stanovena výsledná ekonomická bilance lůžkové hospicové péče, která za rok 2018 v Hospici sv. Jana N. Neumanna představovala zisk ve výši 2 891 386 Kč.

V práci byly dále stanoveny náklady a výnosy na jeden lůžkoden, které vycházely z počtu 9 016 vykázaných ošetrovacích dnů. Celkové náklady byly rozděleny na výše zmíněné náklady související se zdravotní péčí, které činily 15 698 541 Kč, a ostatní náklady. Bylo zjištěno, že náklady na jeden ošetrovací den vycházejí hospic na 2 795 Kč, z toho 1 741 Kč představují náklady na poskytování zdravotní péče. Stejným způsobem byly vypočítány také výnosy, které jsem rozdělila na výnosy od ZP a výnosy od ostatních subjektů. Výnosy na 1 lůžkoden činily 3 117 Kč, od ZP však výše výnosů představovala pouhý 1 426 Kč. Po srovnání nákladů a výnosů na jeden ošetrovací den zjistíme, že výnosy od ZP opravdu nepokrývají ani tu část nákladů, která souvisí s poskytováním zdravotní péče v daném hospici.

Druhým zdravotnickým zařízením, kterým se diplomová práce zabývá, je Hospic sv. Zdislavy, o.p.s. v Liberci. Jedná se o neziskovou organizaci, která se dělí na sedm středisek. Kromě lůžkové hospicové péče provozuje také půjčovnu pomůcek, mobilní hospic, poradenské služby aj. Do výsledků práce bylo zahrnuto jen středisko lůžkového hospice a odlehčovacích služeb. Práce vychází především z analýzy výkazu zisku a ztrát, výročních zpráv, interních statistických údajů a rozhovorů s ředitelkou hospice Ing. Táňou Janouškovou.

Hospic sv. Zdislavy je jediný poskytovatel jak lůžkové, tak mobilní hospicové péče v Libereckém kraji, ve kterém v roce 2018 žilo zhruba 440 tisíc lidí. Pro tuto spádovou oblast tak představuje jediného poskytovatele hospicové péče. V roce 2018 bylo do hospice přijato 278 klientů, přičemž počet vykázaných ošetrovacích dní bylo 8 739. Průměrná obloženost během roku se pohybovala okolo 85 %, tj. využití zhruba 24 lůžek z celkové kapacity 28 lůžek.

Náklady v Hospici sv. Zdislavy v roce 2018 byly 26 108 405 Kč. Nejnákladnější položku opět představovaly osobní náklady, které odráží velikost multidisciplinárního týmu, a mzdy administrativních a technicko-hospodářských pracovníků, kteří jsou potřeba na zajištění plynulého chodu hospice. Výše těchto osobních nákladů v roce 2018 činila 19 639 992 Kč. Další nákladnou položkou byla spotřeba materiálu, která dosahovala 3 346 376 Kč, spotřeba energie ve výši 1 568 106 Kč nebo také náklady na poskytnuté služby v hodnotě 1 336 400 Kč.

Z těchto nákladů byly stejně tak jako u prvního hospice alokovány náklady, které přímo souvisejí s poskytováním zdravotní péče. Osobní náklady byly přepočteny přes vyšší úvazků. Nelze hovořit o přesně vypovídajícím údaji, neboť vzhledem k absenci dat o průměrných mzdách jednotlivých pracovníků, nebylo možné tuto položku rozklíčovat jinak. Z celkového počtu úvazků 44,13 představoval zdravotnický personál 32,38 úvazků. Přepočtené osobní náklady na zdravotnický personál v roce 2018 tak činily 14 410 672 Kč. Ze spotřeby materiálu byl do výpočtu zahrnut zdravotnický materiál, léky, pracovní oděvy a potraviny pro pacienty. V součtu spotřeba materiálu dosáhla hodnoty 2 540 951 Kč. Další položkou byla spotřeba energie ve výši 1 568 106 Kč.

Z ostatních služeb se jednalo o poplatky za telefon, software, zdravotnické služby, praní prádla a odstranění odpadu. Náklady za tyto služby byly 467 431 Kč. Celkové náklady související s poskytováním zdravotní péče v Hospici sv. Zdislavy v roce 2018 byly 18 987 160 Kč.

Z výkazu zisku a ztrát byly dále analyzovány výnosy, které v roce 2018 činily 26 107 570 Kč. Z celkových výnosů představovaly výnosy od pojišťoven 48 %, v přepočtu na koruny 12 651 711 Kč. Druhou nejvýznamnější položkou byly dotace, které se na financování hospice podílely z 23 %. Největší dotace hospic obdržel od Libereckého kraje a obcí. Tato částka byla 3 248 407 Kč, což je 55 % z celkových dotací. MPSV přispělo částkou 2 641 500 Kč, což je 44 % z celkových dotací. Zbylé 1 % představují dotace od MZČR. Na celkových výnosech se dále významně podíleli i samotní klienti hospice, kteří za rok 2018 zaplatili hospici za poskytnutou péči částku 3 656 381 Kč, tj. 14 % z celkových výnosů. Příspěvky na péči byly 2 930 363 Kč (11 % z celkových výnosů) a dárci přispěly hodnotou ve výši 919 092 Kč (4 % z celkových výnosů).

Porovnáním celkových nákladů a výnosů byla stanovena výsledná ekonomická bilance lůžkové hospicové péče v Hospici sv. Zdislavy, kterou lze označit za vyrovnanou. Zjištěná ztráta byla nepatrná a představovala pouhých 835 Kč. Lze tvrdit, že výnosy od zdravotních pojišťoven a ostatních subjektů do značné míry pokrývají náklady na poskytování lůžkové hospicové péče.

Stejně jako u prvního zařízení jsem i u Hospice sv. Zdislavy stanovila náklady a výnosy na jeden lůžkoden. Vycházela jsem z počtu 8 739 ošetřovacích dnů. Celkové náklady byly rozděleny na náklady související s poskytováním zdravotní péče, které činily a na ostatní náklady. Výsledkem bylo zjištění, že náklady na jeden ošetřovací den stojí hospic 2 988 Kč, z toho náklady související s poskytováním zdravotní péče vycházejí na 2 173 Kč na jeden lůžkoden. Stejně tak byly přepočítány celkové výnosy, které byly rozděleny na výnosy od ZP a výnosy od ostatních subjektů. Výnosy od ZP na 1 lůžkoden byly 1 448 Kč, výnosy od ostatních subjektů na jeden lůžkoden byly 1 540 Kč.

Náklady a výnosy na jeden lůžkoden jsou uchopitelnou veličinou, na jejímž základě můžeme srovnat oba poskytovatele hospicové péče. Oba hospice se pohybují s vyšší nákladů na jedno ošetřovací lůžko okolo 3 000 Kč na den. V HJNN je to konkrétně částka 2 795 Kč a v Hospici sv. Zdislavy 2 988 Kč. Pokud tyto náklady ovšem rozdělíme na náklady přímo související s poskytováním zdravotní péče, můžeme již pozorovat patrný rozdíl. HJNN vynaloží na poskytování zdravotní péče 1 741 Kč na jeden lůžkoden, zatímco Hospic sv. Zdislavy stojí lůžkoden 2 173 Kč. Tento rozdíl je zapříčiněn především tím, že v Hospici sv. Zdislavy je kromě obědů připravována veškerá strava pro pacienty. Tento fakt se pak odráží v nákladové položce spotřeba materiálu. Rozdíl

nákladů je způsoben také různými náklady za energie, což je do jisté míry neovlivnitelný parametr a dále také různou výší osobních nákladů.

Co se výnosů týká, opět se setkáváme s velkou podobností. Oba hospice obdržely od zdravotních pojišťoven zhruba 1 400 Kč na jeden lůžkoden. Tato částka nepokrývá náklady související se zdravotní péčí ani u jednoho poskytovatele. V HJNN by bylo zapotřebí tuto částku navýšit zhruba o 300 Kč na 1 lůžkoden, v Hospici sv. Zdislavy až o 700 Kč. Celkové výnosy jsou dále také ovlivňovány výší výnosů z příspěvků na péči. U obou hospiců příspěvky na péči tvořily v roce 2018 zhruba 12 % z celkových výnosů. Analýza procesů ovšem ukázala, že by se tato procentuální část dala navýšit. Do hospiců jsou totiž přijímáni i pacienti, kteří mají nárok na PnP, ale před zahájením hospitalizace o tento příspěvek nepožádali příslušný úřad. Po přijetí pacienta do hospice je pak již většinou pozdě tuto žádost vyřizovat a za daného pacienta hospici žádné příspěvky neplynou. Pokud by tedy došlo k optimalizaci procesu při přijetí pacienta, došlo by rovněž i ke zvýšení celkových výnosů. Bylo navrženo, aby při obdržení žádanky k přijetí pacienta do hospice sociální pracovník vyhodnotil, zda daný žadatel pobírá PnP. V případě zjištění, že PnP žadatel nepobírá, by mělo dojít ke kontaktování dané osoby či její rodiny a požádat je o co nejbližší vyřízení PnP. Vhodným řešením této problematiky by také mohlo být informování veřejnosti prostřednictvím webových stránek daného hospice. Vedle vyvěšeného formuláře „žádost o přijetí pacienta k hospitalizaci“ bychom navrhovali také zmínku o potřebě vyřízení žádosti příspěvku na péči, popř. stručný návod nebo odkaz na to, jak při žádosti postupovat.

Výsledné ekonomické bilance obou hospiců se odlišují především z důvodu různých výší výnosů od ostatních subjektů. Výše výnosů od ZP výsledné bilance příliš neovlivnila, neboť v obou případech byla obdobná. V průměru činila cca 12 750 000 Kč.

Výsledky práce tak poukazují na to, že hospicová péče je do jisté míry odkázána na neustálé shánění financí, neboť příspěvky od pojišťoven nepředstavují ani 50 % celkových výnosů a nepokrývají ani náklady, které přímo souvisí s poskytováním zdravotní péče. Lůžkové hospice se proto musí věnovat fundraisingovým činnostem, aby získaly prostředky k úhradě nákladů na provoz. Po zmapování procesů v lůžkovém hospici se nedá tvrdit, že by docházelo k plýtvání se zdroji. U těchto neziskových organizací to ve finále ani není možné, neboť nejsou plně hrazeny státem a zdravotními pojišťovnami. Hospice se na začátku každého roku ocitají v nejistotě, neboť ví, že polovinu financí bude potřeba shánět ze zdrojů, které reálně nemají. Ačkoliv celý nestátní neziskový sektor funguje na shánění financí, být v 50 % závislý na sponzorech s sebou nese velikou nejistotu a riziko.

Na druhou stranu je třeba podotknout, že existence a podpora neziskových organizací je velkou výchovou směrem ke společnosti. Shánění financí vede k větší angažovanosti lidí, hospice se stávají otevřeným místem, kde se pořádají benefiční koncerty. Nejedná se již o opuštěné ústavy na krajích měst, ale v podstatě o místo setkávání různých

generací. Právě díky otevřenosti hospiců směrem k veřejnosti je možné získat dary a dotace v takové míře, která je uvedena v diplomové práci.

Finanční nejistota v podobě darů a dotací by se ovšem s ohledem na současnou situaci, kdy se ve světě rapidně rozšířila nákaza koronaviru COVID-19, mohla stát poskytovatelům hospicové péče osudným a ohrozit jejich existenci. V době, kdy se celý svět bude potýkat s ekonomickými problémy, zůstává otázkou, zda dárčům zbyde také dost financí na to, udržet hospice „naživu“, nebo zda stát a pojišťovny rychle zareagují a navýší úhrady pro hospicovou péči.

Vzhledem k aktuálně nastavenému financování tak zůstává jediným doporučením k udržení vyrovnaného hospodaření ideální obložnost. Pokud se bude zvyšovat obložnost, tedy kapacita hospiců bude maximálně využita, dojde sice ke zvyšování spotřeby materiálu a energií. Na druhou stranu ale dojde také k maximálnímu využití zaměstnanců podílejících se na poskytování zdravotní péče, při zachování stejné výše osobních nákladů. Tato položka totiž představuje největší podíl z celkových nákladů.

Ve srovnání s uvedenými evropskými zeměmi v kapitole 0 je situace financování různá. Nejlépe si stojí Velká Británie, kolébka moderního hospicového hnutí. Zde hospicům nehrozí existenční riziko, neboť péče je dobře hrazena jak ze strany NHS, tak z dobře fungujících charitativních fondů. Ani Německo se nepotýká s problematikou financování. Lůžkové hospice jsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění, které pokryjí zhruba 90 % celkových nákladů. Zbytek je dorovnán především z darů. Zde se ale oproti ČR jedná o pouhých 10 %, což pro přežití hospiců nepředstavuje velký problém. Poslední zemí uvedenou v této práci je Polsko, jehož situace je analogická s tou u nás. Úhrada lůžkové paliativní péče pokrývá přibližně 60 % celkových výdajů. V důsledku nedostatečného financování se hospice potýkají s finančními potížemi a musí najít alternativní způsoby, jak tyto potíže překonat.

7 Závěr

Hlavním cílem diplomové práce byla analýza nákladů na péči a zhodnocení výše úhrad z veřejného zdravotního pojištění nejméně u dvou zdravotnických zařízení poskytujících lůžkovou hospicovou péči. Na základě provedené analýzy poté stanovení výsledné ekonomické bilance lůžkové hospicové péče.

V teoretické části diplomové práci je popsán vývoj i současný stav hospicové a paliativní péče v České republice a vybraných evropských zemí., přičemž důraz je kladen na zmapování oblasti financování. V našem státě se hospicová péče vyvíjela od 90. let 20. století, což úzce souviselo se zřizováním prvních lůžkových hospiců. Ty vznikaly i přesto, že první zákon související s hospicemi vznikl až v roce 2006, na jeho tvorbě a prosazení se významně podílela Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče České republiky. Byl to první důležitý krok, neboť napomohl k tomu, aby si hospice vydobily své místo v legislativě a mohly být financovány z veřejného zdravotního pojištění. Avšak právě legislativa je dnes nejvíce problematickou oblastí. Hospic by měl být chápán jako zdravotně-sociální zařízení, jenže takovýto výraz české zákony neznají. Z toho pramení problémy v oblasti financování.

Praktická část je zaměřena na analýzu procesů a také na analýzu věcného a technického vybavení. Výsledkem je zmapování procesů a vytvoření procesních map, které zachycují průběh celého děje od příchodu pacienta až po jeho úmrtí.

Dále byla v práci provedena analýza nákladů a výnosů u dvou zdravotnických zařízení poskytujících lůžkovou hospicovou péči a na základě té sestavena ekonomická bilance za rok 2018. Výsledkem ekonomické bilance poskytování lůžkové hospicové péče v Hospici sv. Jana N. Neumanna za rok 2018 je zisk 2 891 386 Kč a v Hospici sv. Zdislavy zanedbatelná ztráta 835 Kč. V práci byla také provedena analýza nákladů, které přímo souvisí s poskytováním zdravotní péče, a přepočty těchto nákladů a výnosů na jeden ošetrovací den. Výsledkem bylo zjištění, že úhrady od zdravotních pojišťoven nepředstavují ani 50 % z celkových výnosů a nepokrývají ani náklady, které přímo souvisí s poskytováním zdravotní péče. Finance na poskytování ostatních služeb (duchovní, sociální, psychologické) musí hospice obstarávat ve formě darů, grantů nebo od MPSV jako příspěvek na péči.

Neustálé obstarávání financí je vyčerpávající a pramení z něho velká nejistota pro lůžkové hospice. Tato finanční závislost na ostatních subjektech zapříčiňuje mimo jiné i nekvalitní mzdové ohodnocení. V poslední době se proto setkáváme s odlivem zdravotnického personálu do jiných zařízení, kde byl zvýšen platový tarif, jak uvedl v rozhovoru pro ČT 24 prezident APHPP a ředitel prachatického Hospice sv. Jana N. Neumanna Robert Huneš [63]. Celé situaci nepomáhá ani nevhodná legislativa pro domácí hospicovou péči, která by mohla a měla lůžkové hospice doplňovat.

Seznam použité literatury

- [1] TOMEŠ, Igor, Eva DRAGOMIRECKÁ, Katarina SEDLÁROVÁ a Daniela VODÁČKOVÁ. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Vydání první. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2941-4.
- [2] *O organizaci paliativní péče: doporučení Rec (2003)24 Výboru ministrů Rady Evropy členskými státy : přijaté výborem ministrů 12. listopadu 2003 na 860. zasedání zástupců ministrů*. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4332-4.
- [3] PALÁN, Aleš. *Hospicová péče v ČR: přehled lůžkových a domácích hospiců : kontakty : rozsah služeb : vložená mapa*. Praha: Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2015.
- [4] LUTZ, Stephen. The History of Hospice and Palliative Care. *Current Problems in Cancer* [online]. 2011, 35(6), 304-309 [cit. 2019-05-10]. DOI: 10.1016/j.currprobcancer.2011.10.004. ISSN 01470272. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0147027211000924>
- [5] RADBRUCH, Lukas a Sheila PAYNE. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-1-2. Dostupné také z: https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/soubory/standardy_a_normy_hospicove_a_paliativni_pece_v_evrope.pdf
- [6] PEŘINA, Jakub. Historie a současnost paliativní péče v Česku. *Umirani.cz* [online]. 2016 [cit. 2019-04-25]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/clanky/historie-a-soucasnost-paliativni-pece-v-cesku>
- [7] PEŘINA, Jakub. Historie paliativní péče. *Umirani.cz* [online]. 2016 [cit. 2019-4-25]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/clanky/historie-paliativni-pece>.
- [8] APHPP. Poslání Asociace. *Asociacehospicu.cz* [online]. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://www.asociacehospicu.cz/poslani-asociace>
- [9] APHPP. Standardy hospicové paliativní péče. *Asociacehospicu.cz* [online]. 2016 [cit. 2019-04-16]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/wp-content/uploads/2017/01/STANDARDY%202016.pdf>
- [10] HUNEŠ, Robert. *Interní dokument - APHPP*. APHPP, 2019.

- [11] HUNEŠ, Robert. *Hospic jako sociální fenomén moderní společnosti*. Rožumberok, 2009.. Rigorózní práce. Katolická univerzita v Rožumberoku. Pedagogická fakulta. Katedra Sociální práce.
- [12] Zákon č. 48/1997 Sb., Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.
- [13] Zákon č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.
- [14] Vyhláška č. 134/1998 Sb., Vyhláška, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.
- [15] Vyhláška č. 353/2017 Sb., Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018.
- [16] Zákon č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách.
- [17] EUROSTAT. *Ageing Europe: looking at the lives of older people in the EU* [online]. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2019 [cit. 2020-05-12]. ISBN 978-92-76-09815-7. Dostupné z: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/10166544/KS-02-19%E2%80%91EN-N.pdf/c701972f-6b4e-b432-57d2-91898ca94893>
- [18] CLARK, David a Fiona GRAHAM. Evolution and change in palliative care around the world. *Medicine* [online]. 2011, 39(11), 636-638 [cit. 2019-10-26]. DOI: 10.1016/j.mpmed.2011.08.014. ISSN 13573039. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S135730391100226X>
- [19] CLARK, David, Fiona GRAHAM a Carlos CENTENO. Changes in the world of palliative care. *Medicine* [online]. 2015, 43(12), 696-698 [cit. 2019-10-26]. DOI: 10.1016/j.mpmed.2015.09.012. ISSN 13573039. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1357303915002479>
- [20] Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. *Rezoluce WHA67.19* [online]. WHO, 2014 [cit. 2019-05-10]. Dostupné z: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha67/a67_r19-en.pdf
- [21] CABRNOCH, Milan, Jana BLAHOVÁ DUŠÁNKOVÁ, Jiří KREJČÍ, Martin LOUČKA, Lukáš NOVÁK, Karolína POCHMANOVÁ a Zdenka SOBOTOVÁ. *Výzvy hospicové péče* [online]. Čerčany: Tri, 2016 [cit. 2019-05-10]. ISBN 978-80-270-0455-3. Dostupné z: <https://www.hospic-cercany.cz/wp-content/uploads/2018/12/V%C3%BDzvy-hospicov%C3%A9-p%C3%A9%C4%8De.pdf>

- [22] RADBRUCH, Lukas, Julie LING, Katalin HEGEDUS a Philip LARKIN. European Association for Palliative Care: Forging a Vision of Excellence in Palliative Care in Central and Eastern European and Former Soviet Union Countries. *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. 2018, **55**(2), 117-120 [cit. 2019-10-26]. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2017.03.022. ISSN 08853924. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392417303639>
- [23] The 2015 Quality of Death Index.: Ranking palliative care across the world. A report by The Economist Intelligence Unit. *Economist Intelligence Unit* [online]. [cit. 2019-05-15]. Dostupné z: <https://eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>
- [24] HASLAM, Colin, Nick TSITSIANIS, Grigorios THEODOSOPOULOS a Edward LEE. Accounting for voluntary hospices in England: A business model perspective. *Critical Perspectives on Accounting* [online]. 2018, 54, 27-40 [cit. 2019-10-26]. DOI: 10.1016/j.cpa.2017.10.001. ISSN 10452354. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1045235417301028>
- [25] THEODOSOPOULOS, Grigorios. Voluntary hospices in England: A viable business model?. *Accounting Forum* [online]. 2019, 35(2), 118-125 [cit. 2019-10-26]. DOI: 10.1016/j.accfor.2011.03.003. ISSN 0155-9982. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/j.accfor.2011.03.003>
- [26] CENTENO, Carlos, Thomas LYNCH, Oana DONEA, Javier ROCAFORT a David CLARK. *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2013. Full Edition* [online]. Milan: EAPC Press, 2013 [cit. 2019-05-12]. ISBN 978-88-98472-02-4. Dostupné z: <http://www.pavi.dk/Files/EAPC%20Atlas%20of%20Palliative%20Care%20in%20Europe%202013%20webudgave.pdf>
- [27] MÜLLER-BUSCH, Christof. Milestones: Fifty years of hospice and palliative care in Germany. *Eapcnet.wordpress.com* [online]. 2019 [cit. 2019-05-10]. Dostupné z: <https://eapcnet.wordpress.com/2019/02/11/milestones-fifty-years-of-hospice-and-palliative-care-in-germany/>
- [28] LOUČKA, Martin, Adam HOUSKA, Klára TREFNÁ a Tomáš SLÁMA. *Organizace mobilní specializované paliativní péče v Evropě*. Praha: Centrum paliativní péče, 2015. ISBN 978-80-906109-0-3.
- [29] KRAKOWIAK, Piotr, Katarzyna SKRZYPIŃSKA, Iwona DAMPS-KONSTAŃSKA a Ewa JASSEM. Walls and Barriers. Polish Achievements and the Challenges of Transformation: Building a Hospice Movement in Poland.

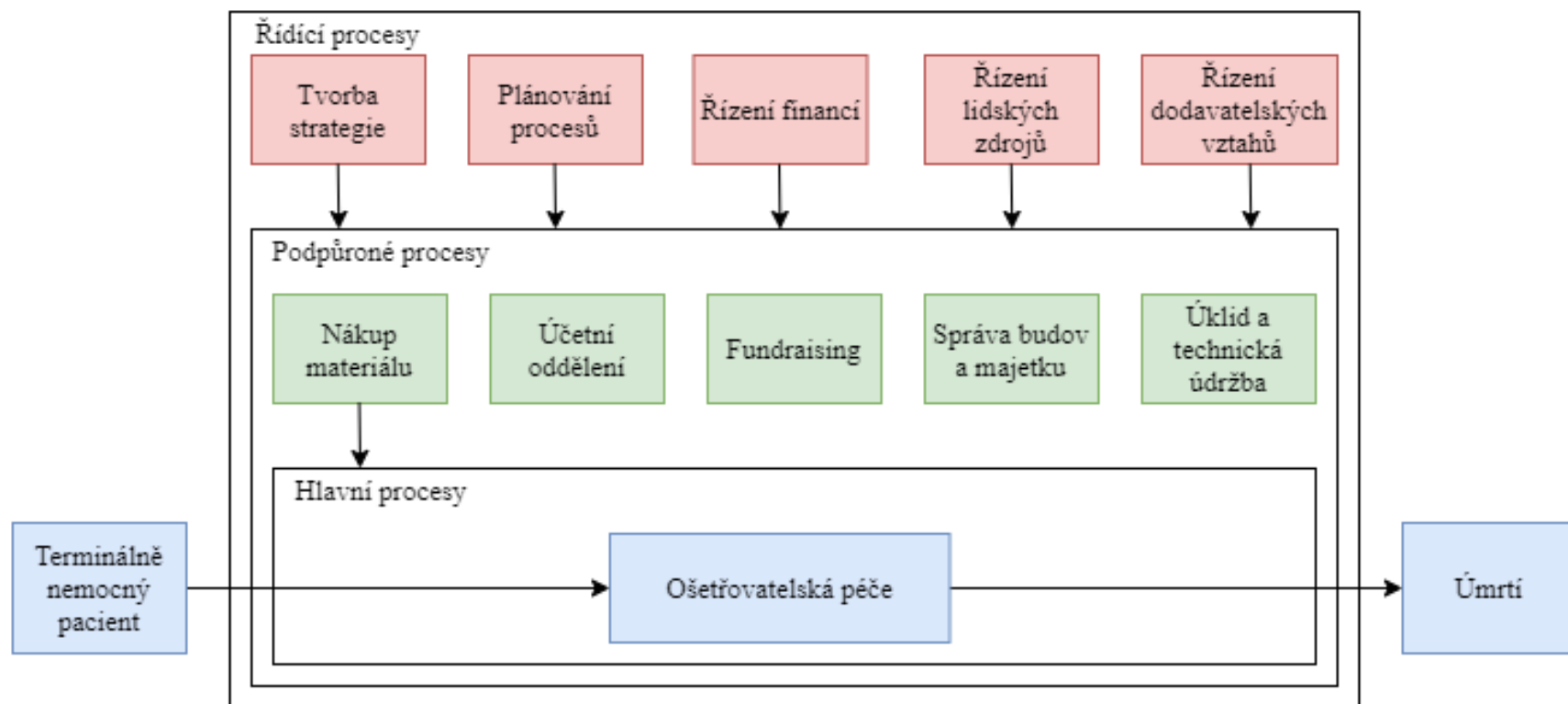
- Journal of Pain and Symptom Management* [online]. 2016, **52**(4), 600-604 [cit. 2019-05-10]. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2016.07.009. ISSN 08853924. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392416302275>
- [30] POPESKO, Boris. *Kalkulace nákladů ve zdravotnických organizacích*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer, 2014. ISBN 978-80-7478-509-2.
- [31] ZLÁMAL, Jaroslav a Jana BELLOVÁ. *Ekonomika zdravotnictví*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-429-1.
- [32] SYNEK, Miloslav a Eva KISLINGEROVÁ. *Podniková ekonomika*. 6., přeprac. a dopl. vyd. V Praze: C.H. Beck, 2015. Beckovy ekonomické učebnice. ISBN 978-80-7400-274-8.
- [33] *ManagementMania's Series of Management* [online]. Wilmington, 2016 [cit. 2019-11-04]. Dostupné z: <https://managementmania.com>
- [34] FIBÍROVÁ, Jana, Libuše ŠOLJAKOVÁ a Jaroslav WAGNER. *Nákladové a manažerské účetnictví*. Vyd. 1. Praha: ASPI, 2007. ISBN 978-80-7357-299-0.
- [35] POPESKO, Boris a Šárka PAPADAKI. *Moderní metody řízení nákladů: jak dosáhnout efektivního vynakládání nákladů a jejich snížení*. 2., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. Prosperita firmy. ISBN 978-80-247-5773-5.
- [36] *Ekonomické výsledky nemocnic 2017: zdravotnická statistika* [online]. ÚZIS ČR: Ústav zdravotnických informací a statistiky R, 2018 [cit. 2019-11-30]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/eknem2017.pdf>
- [37] HOSPIC SV. JANA N. NEUMANNA, o.p.s.,. *Roční zpráva 2018* [online]. Prachatice, 2018 [cit. 2019-11-04]. Dostupné z: https://www.hospicpt.cz/www_hos2/upload/File/rocní_zpráva_2018_web.pdf
- [38] HOSPIC SV. ZDISLAVY, o.p.s.,. *Výroční zpráva 2018* [online]. Liberec, 2018 [cit. 2019-11-04]. Dostupné z: http://www.hospiczdislavy.cz/wp-content/uploads/2019/06/v%C3%BDro%C4%8Dn%C3%AD-zpr%C3%A1va_2018_final.pdf
- [39] KOUBOVÁ, Michaela. Skrz prsty. Z outsourcingu jako prostředku na šetření sil a peněz se ve veřejných nemocnicích stává podezřelá aktivita. *Zdravotnickýdenik.cz* [online]. 2018 [cit. 2019-11-08]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickýdenik.cz/2018/12/prsty-outsourcingu-jako-prostredku-setreni-sil-penez-se-ve-verejnych-nemocnicich-stava-podezrela-aktivita/>

- [40] Zákon č. 586/1992 Sb., Zákon České národní rady o daních z příjmů.
- [41] HRADECKÝ, Mojmir, Jiří LANČA a Ladislav ŠIŠKA. *Manažerské účetnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. Účetnictví a daně (Grada). ISBN 978-80-247-2471-3.
- [42] Zákon č. 563/1991 Sb., Zákon o účetnictví.
- [43] DYNTAROVÁ, Věra a Lubomír POUŠEK. *Náklady, kalkulace a ceny*. Vyd. 1. V Praze: České vysoké učení technické, 2009. ISBN 978-80-01-04215-1.
- [44] SYNEK, Miloslav. *Manažerská ekonomika*. 5., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-3494-1.
- [45] BOROVSKEÝ, Juraj a Věra DYNTAROVÁ. *Ekonomika zdravotnických zařízení*. 2., přeprac. vyd. V Praze: České vysoké učení technické, 2012. ISBN 978-80-01-05055-2.
- [46] Vyhláška č. 201/2018 Sb., Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019.
- [47] BARTŮŇKOVÁ, Markéta a Petr MAŠEK. *PRINCIPY A NÁVRH METODIKY NÁKLADOVÉHO OCENĚNÍ HOSPITALIZAČNÍHO PŘÍPADU V PROJEKTU DRG RESTART* [online]. Verze 0.0. Praha: ÚZIS, 2015 [cit. 2019-11-11]. Dostupné z: <https://drg.uzis.cz/res/file/metodiky/zz-metodika-ocenovani-hospitalizace.pdf>
- [48] *Metodická optimalizace a zefektivnění systému úhrad nemocniční péče v ČR: DRG restart* [online]. 2015 [cit. 2019-11-30]. Dostupné z: <https://drg.uzis.cz/res/file/seminar-expertni-rada-20150325/expertni-rada-20150325-drg-restart-info.pdf>
- [49] GRASSEOVÁ, Monika, Radek DUBEC a Roman HORÁK. *Procesní řízení ve veřejném sektoru: teoretická východiska a praktické příklady*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2008. ISBN 978-80-251-1987-7.
- [50] TUČEK, David, Martin HRABAL a Lukáš TRČKA. *Procesní řízení v praxi podniků a vysokých škol*. Vydání první. Praha: Wolters Kluwer, 2014. ISBN 978-80-7478-674-7.
- [51] LEHMANN, Carl. *Strategy and business process management: techniques for improving execution, adaptability, and consistency*. Boca Raton, FL: CRC Press, 2012. ISBN 978-1439890233.
- [52] ŘEPA, Václav. *Procesně řízená organizace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. Management v informační společnosti. ISBN 978-80-247-4128-4.

- [53] SVOZILOVÁ, Alena. *Zlepšování podnikových procesů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-3938-0.
- [54] ŠATANOVÁ, Anna, Edita HEKELOVÁ, Ján ZÁVADSKÝ, Marta KUČEROVÁ a Jarmila KLEMENTOVÁ. *Trendy v manažerstve kvality*. Zvolen: Technická univerzita vo Zvolene, 2014. ISBN 978-80-228-2641-9.
- [55] KLIMEŠ, Cyril. *Modelování podnikových procesů* [online]. První. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2014 [cit. 2019-11-24]. Dostupné z: <http://www1.osu.cz/~zacek/mopop/mopop.pdf>
- [56] FIŠER, Roman. *Procesní řízení pro manažery: jak zařídit, aby lidé věděli, chtěli, uměli i mohli*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. Manažer. ISBN isbn9788024750385.
- [57] STŘELEČEK, Jiří. *Mapa procesů*. *Vlastnicesta.cz* [online]. 2012 [cit. 2019-11-24]. Dostupné z: <https://www.vlastnicesta.cz/metody/mapa-procesu/>
- [58] BHAVSAR, Nrupen, Kate BLOOM, Jonathan NICOLLA et al. Delivery of Community-Based Palliative Care: Findings from a Time and Motion Study. *Journal of Palliative Medicine* [online]. 2017, 20(10), 1120-1126 [cit. 2019-11-24]. DOI: 10.1089/jpm.2016.0433. ISSN 1096-6218. Dostupné z: <http://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2016.0433>
- [59] Vyhláška č. 92/2012 Sb., Vyhláška o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče.
- [60] Česká-republika:Obyvatelstvo: Demografická situace, jazyky a náboženství. *Eacea.ec.europa.eu* [online]. [cit. 2020-05-11]. Dostupné z: https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/population-demographic-situation-languages-and-religions-21_cs
- [61] Pohyb obyvatelstva - rok 2018. *Czso.cz* [online]. [cit. 2020-05-11]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/cris/pohyb-obyvatelstva-rok-2018#>
- [62] Czechia: Source: Globocan 2018. *The Global Cancer Observatory: International Agency for Research on Cancer* [online]. [cit. 2020-05-11]. Dostupné z: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/203-czechia-fact-sheets.pdf>
- [63] HUNEŠ, Robert. Interview. In: *Studio ČT24* [online]. TV, ČT24, 12.4.2019, 14:30. [cit. 10.5.2019]. Dostupné z: <https://www.ceskatelevize.cz/porady/10101491767-studio-ct24/219411058280412/>
- [64] VÍTEK, Václav. 5S. *Svetproduktivity.cz* [online]. [cit. 2019-11-25]. Dostupné z: <https://www.svetproduktivity.cz/slovník/slovník-5S.htm>

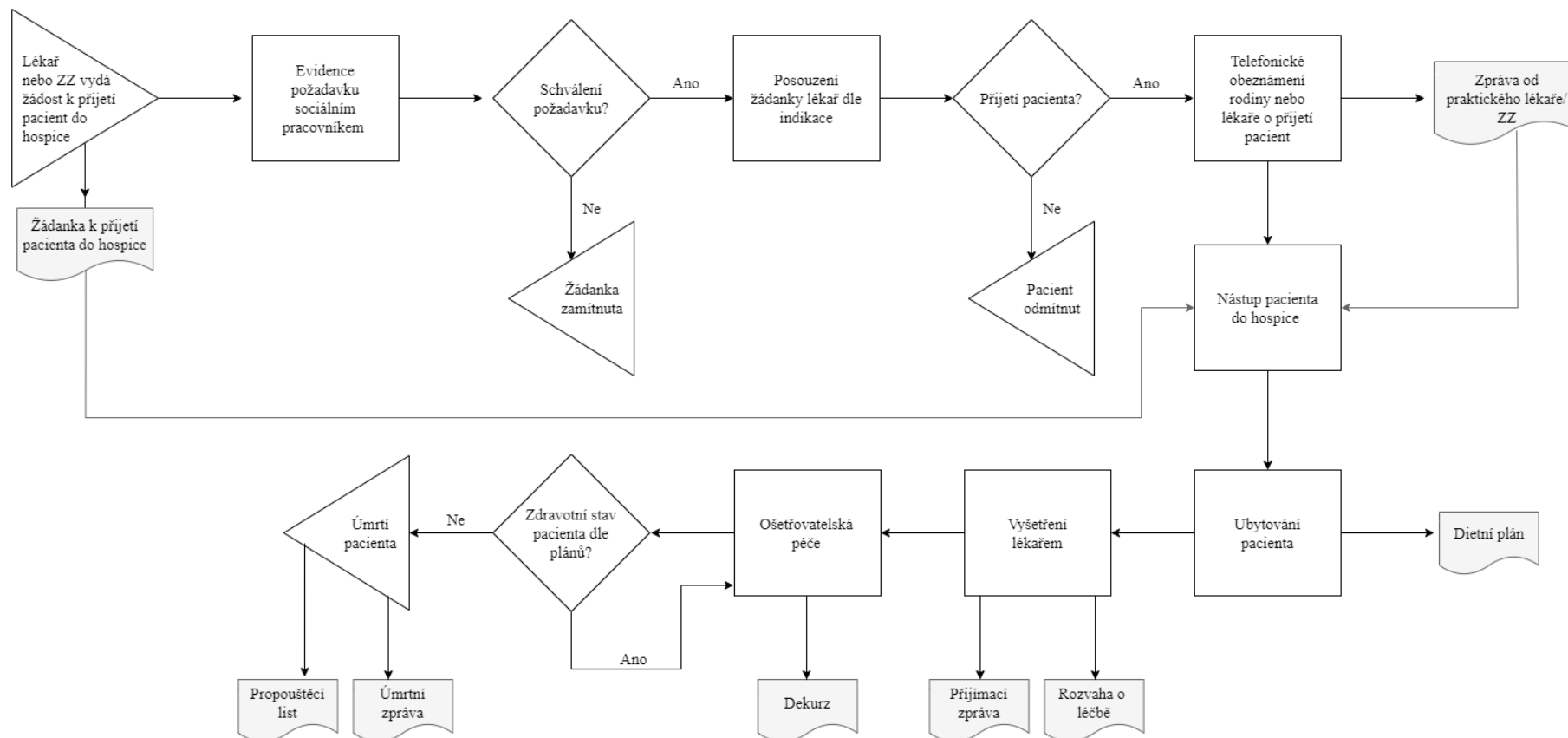
- [65] MAŠÍN, Ivan a Jaroslav MAŠÍN. *Analýza procesů*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2012. ISBN 978-80-7372-865-6.
- [66] NOVÁK, Josef. *Organizace a řízení* [online]. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2007 [cit. 2019-11-25]. Dostupné z: <http://projekty.fs.vsb.cz/414/organizace-a-rizeni.pdf>
- [67] PRINCLÍK, Jan. Snímek pracovního dne (personální audit). *Theexperts.cz* [online]. [cit. 2019-11-25]. Dostupné z: <http://theexperts.cz/firemni-vzdelavani/human-resources/56-snimek-pracovniho-dne-personalni-audit>
- [68] ROI MANAGEMENT CONSULTING AG, . 5S metoda. *Lean-fabrika.cz* [online]. [cit. 2019-11-25]. Dostupné z: <http://www.lean-fabrika.cz/terminologie/5s-metoda/enq-4#.XdwG9uhKjIU>

Příloha A: Procesní mapa lůžkové hospicové péče



Obrázek A: Procesní mapa lůžkové hospicové péče [vlastní tvorba].

Příloha B: Procesní mapa ošetřovatelského proces



Obrázek B: Procesní mapa ošetřovatelského procesu [vlastní tvorba].

Příloha C: Obsah přiloženého CD

- 1) Klíčová slova
- 2) Abstrakt česky
- 3) Abstrakt anglicky
- 4) Zadání diplomové práce
- 5) Diplomová práce