



**ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE**

---

**FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ**

**Katedra biomedicínské techniky**

**Ekonomická bilance mobilní hospicové péče**

**Economic Balance of Mobile Hospice**

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. Linda Roškotová**

---

**Kladno 2020**

# Zadání práce



## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

### I. OSOBNÍ A STUDIJNÍ ÚDAJE

Příjmení: **Roškotová** Jméno: **Linda** Osobní číslo: **456510**  
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 mobilní hospicové péče**

Název diplomové práce anglicky:

**Economic Balance of Mobile Hospice Care**

Pokyny pro vypracování:

Cílem diplomové práce je analýza nákladů na péči a posouzení současných úhradových mechanismů nejméně u dvou zdravotnických zařízení poskytujících mobilní hospicovou péči. Identifikujte základní procesy při poskytování mobilní hospicové péče a proveďte analýzu nákladů včetně analýzy souvisejícího personálního, věcného a technického vybavení u vybraných poskytovatelů mobilní hospicové péče. Na základě Vašich zjištění stanovte výslednou ekonomickou bilanci mobilní hospicové péče u vybraných poskytovatelů a navrhněte alternativy možného zefektivnění souvisejících činností. Diskutujte klíčové parametry, které mají dopad na výsledek této bilance z pohledu poskytovatele péče. Diskutujte vhodnost používaného úhradového mechanismu pro tento typ péče a navrhněte jeho případnou změnu.

Seznam doporučené literatury:

- [1] Tuček, D., Hrabal, M., Trčka, L., Procesní řízení v praxi podniků a vysokých škol, Praha : Wolters Kluwer, číslo ISBN 978-80-7478-674-7, 2014
- [2] Mašín Ivan, Mašín Jaroslav, Analýza procesů, Technická univerzita v Liberci, ročník 1. vydání, číslo 978-80-7372-865-6, 2012
- [3] Synek, M., Kislíngrová, E. a kol., Podniková ekonomika, V Praze : C.H. Beck, číslo ISBN 978-80-7400-274-8, 2015
- [4] Ministerstvo zdravotnictví ČR, Vyhláška č. 99/2012 Sb. Vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, v platném znění
- [5] Ministerstvo zdravotnictví ČR, Vyhláška č. 201/2018 Sb. Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019, v platném znění

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: **09.04.2020**

Platnost zadání diplomové práce: **19.09.2021**

Peter Kneppo

Digitálně podepsal Peter Kneppo  
Datum: 2020.04.09 12:55:22  
+02'00'

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

prof. MUDr.  
Ivan Dylevský,  
DrSc.

Digitálně podepsal prof.  
MUDr. Ivan Dylevský, DrSc.  
Datum: 2020.04.15 13:30:28  
+02'00'

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

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci s názvem „Ekonomická bilance mobilní 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 datum

.....

Jméno autora vč. titulů + podpis

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych poděkovala své vedoucí diplomové práce paní Ing. Martině Caithamlové za její čas, který mi věnovala při zpracování této práce, za její odborné vedení, cenné rady, a především za její trpělivost a užitečné poznámky. Dále bych ráda poděkovala konzultantovi panu Ing. MUDr. M. Přádkovi, PhD. za cenné konzultace ohledně dané tematiky a užitečné poznámky.

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce se zabývá problematikou mobilní specializované paliativní péče v České republice. Cílem diplomové práce je identifikace základních procesů, analýza nákladů a výnosů a personálního a technického zabezpečení a na základě zjištěných poznatků navrhnout alternativy možného zefektivnění. Teoretická část je zaměřena na paliativní a hospicovou péči, na její dostupnost a postavení v českém právním systému. Dále je popsána současná situace MSPP v zahraničí. Praktická část se zaměřuje na identifikaci jednotlivých procesů, které vznikají při poskytování domácí hospicové péče. Dále se zaměřuje na stanovení ekonomické bilance a popis personálního a technického zabezpečení jednotlivých hospiců. Na základě zjištěných poznatků byly navrženy doporučení pro možné zefektivnění činností domácí hospicové péče.

### **Klíčová slova**

Paliativní péče, mobilní hospic, náklady, výnosy, domácí péče

## **ABSTRACT**

The diploma thesis deals with the issue of mobile specialized palliative care in the Czech Republic. The aim of the diploma thesis is to identify the basic processes, cost - benefit analysis and personnel and technical support and, based on the findings, to propose alternatives for possible streamlining. The theoretical part is focused on palliative and hospice care, its availability and position in the Czech legal system. The current situation of MSPC abroad is also described. The practical part focuses on the identification of individual processes that arise in the provision of home hospice care. It also focuses on determining the economic balance and a description of personnel and technical support of individual hospices. Based on the findings, recommendations were proposed for possible streamlining of home hospice care activities.

## **Keywords**

Palliative Care, Mobile Hospice, Costs, Revenues, Home Care

# Obsah

<b>Seznam symbolů a zkratk</b> .....	<b>9</b>
<b>Seznam obrázků</b> .....	<b>10</b>
<b>Seznam tabulek</b> .....	<b>11</b>
<b>1 Úvod</b> .....	<b>13</b>
<b>2 Současný stav mobilní hospicové péče</b> .....	<b>15</b>
2.1 Vymezení pojmů paliativní a hospicová péče.....	15
2.2 Paliativní péče.....	15
2.2.1 Rozdělení paliativní péče.....	16
2.2.2 Potřeba paliativní péče.....	18
2.2.3 Dětská paliativní péče.....	21
2.3 Hospicová péče.....	23
2.3.1 Historie.....	25
2.4 Podpora hospicové péče.....	27
2.4.1 EAPC – European Association for Palliative Care.....	27
2.4.2 Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (APHPP).....	28
2.5 Mobilní specializovaná paliativní péče.....	28
2.5.1 Personální standardy.....	29
2.5.2 Technické vybavení.....	30
2.5.3 Základní struktura a průběh péče.....	31
2.5.4 Dostupnost v ČR.....	32
2.5.5 Legislativa a financování.....	34
2.5.6 Pilotní program.....	36
2.6 Analýza současného stavu problematiky v zahraničí.....	38
2.6.1 Francie.....	38
2.6.2 Německo.....	39
2.6.3 Rakousko.....	40
2.6.4 Švédsko.....	41
<b>3 Cíle práce</b> .....	<b>42</b>
<b>4 Metody</b> .....	<b>43</b>
4.1 Procesní řízení.....	43

4.1.1	Metody procesní analýzy.....	44
4.2	Metody alokace nákladů.....	46
4.3	Metody kalkulace nákladů .....	47
4.3.1	Kalkulace dělením .....	47
4.3.2	Stupňovitá kalkulace dělením.....	47
4.3.3	Kalkulace dělením s poměrovými čísly .....	47
4.3.4	Kalkulace přiřázková.....	48
4.3.5	Kalkulace nákladů podle elementárních procesů – metoda ABC .....	48
4.3.6	Micro-costing .....	48
<b>5</b>	<b>Výsledky.....</b>	<b>49</b>
5.1	Procesní mapa .....	49
5.2	Hospic Dobrého Pastýře.....	54
5.2.1	Personál a technické zabezpečení.....	55
5.2.2	Analýza nákladů .....	58
5.2.3	Analýza výnosů .....	60
5.2.4	Ekonomická bilance .....	62
5.3	Domácí hospic Srdcem.....	62
5.3.1	Personál a technické zabezpečení.....	63
5.3.2	Analýza nákladů .....	64
5.3.3	Analýza výnosů .....	66
5.3.4	Ekonomická bilance .....	68
<b>6</b>	<b>Diskuse.....</b>	<b>69</b>
<b>7</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>76</b>
	<b>Seznam použité literatury .....</b>	<b>77</b>
	<b>Příloha A: Poskytovatelé MSPP v ČR .....</b>	<b>84</b>
	<b>Příloha B: Procesní mapa průběhu mobilní hospicové péče.....</b>	<b>87</b>



## Seznam symbolů a zkratk

Zkratka	Význam
€	Euro
ABC	Kalkulace nákladů podle elementárních procesů (Activity Based Costing)
AIDS	Syndrom získaného selhání imunity (Acquired Immune Deficiency Syndrome)
APHP	Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
CT	Počítačová tomografie (Computed Tomography)
ČR	Česká republika
ČSPM	Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně
ČSÚ	Český statistický úřad
DH	Domácí hospic
DHDP	Domácí hospic Dobrého Pastýře
DHS	Domácí hospic Srdcem
DRG	Diagnosis-related Group
EAPC	European Association for Palliative Care
FMH	Fórum mobilních hospiců
HIV	Virus lidské imunitní nedostatečnosti (Human Immunodeficiency Virus)
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
MSPP	Mobilní specializovaná paliativní péče
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
OZP	Oborová Zdravotní Pojišťovna
PBI	Business Process Improvement
PBR	Business Process Reengineering
PPS	Palliative Performance Scale
SAPV	Specializovaná mobilní paliativní péče (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung)
T2A	Tarifcation a l'activité
USA	Spojené státy americké
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VoZP	Vojenská Zdravotní Pojišťovna
VSM	Mapování hodnoty toku (Value Stream Mapping)
VZP ČR	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
WHO	World Health Organization
ZP	Zdravotní pojišťovna
ZPMV	Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra
ZZ	Zdravotnická zařízení

## Seznam obrázků

Obrázek 2.1 Vývoj úmrtí u mužů podle příčiny 2013-2018 [12] .....	19
Obrázek 2.2: Vývoj úmrtí u žen podle příčiny 2013-2018 [12] .....	20
Obrázek 2.3: Počet pacientů diagnostických skupin s potřebou paliativní péče v ČR za rok 2018 [12].....	20
Obrázek 2.4: Počet opakovaných hospitalizací vyjádřené v % v posledním roce života [7].....	21
Obrázek 2.5: Typ zdravotnického zařízení dle příčiny úmrtí za rok 2017 .....	24
Obrázek 2.6: Početní zastoupení řádných členů APHPP v rámci krajů [23].....	33
Obrázek 2.7: Početní zastoupení řádných a přidružených členů FMH v rámci kraji [24].....	33
Obrázek 5.1: Počet pacientů DH Dobrého Pastýře 2010-2019 .....	55
Obrázek 5.2: Struktura péče MSPP .....	56
Obrázek 5.3: Struktura výnosů DH Dobrého pastýře za rok 2019 vyjádřená v %..	61
Obrázek 5.4: Struktura výnosů DH Srdcem za rok 2019 vyjádřená v % .....	67

## Seznam tabulek

Tabulka 2.1: Rozdělení paliativní péče [8].....	16
Tabulka 2.2: Poskytovatelé dětské paliativní péče v ČR [34].....	23
Tabulka 2.3: Home care vs. mobilní hospic .....	25
Tabulka 2.4: Minimální personální zabezpečení MSPP [17] .....	30
Tabulka 2.5: Počet poskytovatelů MSPP v ČR podle krajů [34] .....	32
Tabulka 2.6: Úhrada MSPP – pojišťovna BKK [39].....	39
Tabulka 2.7: Úhrada MSPP – pojišťovna Primärkassen [39].....	40
Tabulka 2.8: Paliativní péče v Rakousku [39].....	41
Tabulka 5.1: Podmínky pro přijetí do vybraných domácích hospiců [66] [67].....	50
Tabulka 5.2: Náplň práce multidisciplinárního týmu [17] .....	53
Tabulka 5.3: Vývoj počtu návštěv lékařů a zdravotních sester v domácím prostředí pacienta 2014–2017.....	57
Tabulka 5.4: Přehled počtu zaměstnanců v DH Dobrého Pastýře.....	57
Tabulka 5.5: Struktura nákladů DH Dobrého Pastýře za rok 2019 .....	58
Tabulka 5.6: Náklady na spotřebovaný materiál za rok 2019 .....	59
Tabulka 5.7: Náklady na ostatní služby za rok 2019.....	59
Tabulka 5.8: Náklady na 1 ošetrovací den v DH Dobrého Pastýře za rok 2019 .....	60
Tabulka 5.9: Struktura výnosů DH Dobrého Pastýře za rok 2019 .....	60
Tabulka 5.10: Výnosy na 1 ošetrovací den v DH Dobrého Pastýře za rok 2019 ....	61
Tabulka 5.11: Výsledná ekonomická bilance DH Dobrého pastýře za rok 2019....	62
Tabulka 5.12: Přehled počtu zaměstnanců v DH Srdcem .....	63
Tabulka 5.13: Struktura nákladů DH Srdcem za rok 2019.....	64
Tabulka 5.14: Náklady na spotřebovaný materiál za rok 2019 .....	65
Tabulka 5.15: Náklady na ostatní služby za rok 2019.....	65
Tabulka 5.16: Náklady na 1 ošetrovací den v DH Srdcem.....	66
Tabulka 5.17: Struktura výnosů DH Srdcem za rok 2019.....	66
Tabulka 5.18: Ceník služeb DH Srdcem [67].....	66
Tabulka 5.19: Výnosy na 1 ošetrovací den v DH Srdcem.....	68

Tabulka 5.20: Výsledná ekonomická bilance DH Srdce za rok 2019 ..... 68

# 1 Úvod

Střední délka života se v České republice neustále prodlužuje. Do konce stolení je predikováno prodloužení průměrné délky života u žen o 9,4 let a u mužů o 11,7 let. Bohužel vyšší věk sebou přináší i řadu nemocí, kterým se z velké části nelze vyhnout. Jde především o chronické nemoci, které v terminálním stádiu člověka upoutají na lůžko. V okamžiku, kdy si člověk uvědomí, že umírá, si nejvíce ze všeho přeje dožít poslední dny svého života důstojně, a především v prostředí, které má rád a které mu je příjemné. Podle současných průzkumů si zhruba 80 % obyvatel ČR přeje prožít poslední chvíle svého života v domácím prostředí, i přesto však většina z nich umírá v nemocnicích či léčebnách dlouhodobě nemocných často po sérii opakovaných hospitalizací. [1]

Mobilní specializovaná paliativní péče umožňuje pacientovi důstojně dožít v domácím prostředí, kde je obklopen svými nejbližšími. Tato služba disponuje multidisciplinárním týmem, který se stará o fyzické, psychické i spirituální potřeby pacienta a je dostupný 24/7/365. Bohužel MSPP nebyla až donedávna v českých zákonech ukotvená, což značně ztěžovalo její adekvátní fungování i financování. V dnešní době je sice MSPP hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění, ale i přesto je většina poskytovatelů této služby i nadále odkázána na různé dary, dotace či sbírky. Správné legislativní nastavení a standardizování této péče zajistí poskytování kvalitní paliativní péče pacientům v domácím prostředí a také značnou úsporu zdravotnických nákladů, které jsou spojeny s chronicky nemocným pacientem. [1]

První část diplomové práce se věnuje současnému stavu, týkajícímu se problematiky mobilní hospicové péče v ČR a zahraničí. Dále se diplomová práce zaměřuje na vymezení pojmů paliativní a hospicové péče. Záměna těchto dvou pojmů není neobvyklá, i když se jedná o zcela odlišné pojmy. V další části diplomové práce je řešena situace hospicové péče v České republice se zaměřením výhradně na mobilní specializovanou hospicovou péči, na její dostupnost a legislativní úpravu, která je úzce spojena s financováním. Dále se diplomová práce se věnuje zahraničnímu srovnání mobilní hospicové péče zejména z hlediska financování a legislativy.

V další části diplomové práce je popsána metodologie, která se úzce vztahuje k praktické části, a jsou zde objasněny jednotlivé metody procesní analýzy, kalkulace a alokace nákladů. V kapitole výsledky bude provedena analýza nákladů a výnosů u vybraných poskytovatelů mobilní specializované paliativní péče a na základě těchto dat bude vypracována výsledná ekonomická bilance. Další částí kapitoly výsledky bude i personální a technická analýza. Dále zde budou popsány jednotlivé procesy, které při poskytování této péče probíhají, a na základě těchto procesů bude vypracována procesní mapa, která mapuje všechny tyto procesy od přijetí pacienta do péče až po ukončení léčby. Pro účely diplomové práce byla navázána spolupráce s Domácím hospicem Dobrého Pastýře v Čerčanech a Domácím hospicem Srdcem v Kolíně. Vzhledem

k vyhlášení nouzového stavu v důsledku pandemie COVID-19, která sebou přinesla i řadu vládních opatření, které značně ovlivnily průběh sběru dat pro potřeby diplomové práce, byla kapitola výsledky přizpůsobena těmto podmínkám. Analýza technického a věcného vybavení vzhledem k omezeným podmínkám byla vytvořena na základě platné legislativy a standardů hospicové paliativní péče, kterou se domácí hospice musejí řídit, jinak by jim nebylo umožněno dané služby poskytovat. Procesní mapa vychází ze standardizovaných postupů domácí paliativní péče.

Cílem diskuze bude zhodnotit jednotlivé výsledky a zjistit, zdali je financování domácích hospiců vzhledem k současné legislativě optimálně vyřešeno.

## 2 Současný stav mobilní hospicové péče

### 2.1 Vymezení pojmů paliativní a hospicová péče

Zásadním problémem je přesné vymezení pojmu paliativní a hospicová péče. V Evropě jsou tyto pojmy často zaměňovány a existuje zde řada různých terminologií. Různá terminologie se vyskytuje nejen v odborných textech, ale i ve vládních dokumentech, zákonech a vyhláškách. Tato skutečnost značně ztěžuje rozlišení těchto dvou pojmů, jelikož dochází k překrývání oblastí zdravotní péče. [2]

Ve 42 evropských zemích bylo provedeno srovnání rozvoje služeb a poskytování paliativní péče. Toto srovnání vedla pracovní skupina pro rozvoj péče v Evropě a srovnání bylo publikováno v Atlas of Palliative Care. V atlasu byl kladen důraz na akutnost nalezení shodné terminologie, jelikož srovnávací grafy nemají význam, pokud užívaný pojem paliativní péče není přesně vymezen. Pokud bude v každé zemi pojem paliativní péče chápán odlišně, bude velice obtížné zajistit účinný přístup ke kvalitní paliativní péči. I když nalezení úplné shody v terminologii nebude nejspíše v Evropě vzhledem k rozdílným jazykům a kulturám úplně možné, je to první krok ke zlepšení účinnosti paliativní péče. [2]

### 2.2 Paliativní péče

Paliativní péče je lékařská a ošetrovatelská disciplína, jejíž kořeny sahají daleko do minulosti. Primárně se zaměřuje na pacienty, kteří svůj boj s nemocí prohráli, tudíž jejím hlavním cílem není pacienta vyléčit, ale usiluje o zlepšení kvality života a důstojné dožití. Zkvalitnění života se netýká pouze fyzické stránky, hraje zde velkou roli i psychická, sociální a spirituální stránka. [3]

Není tomu tak dávno, kdy lékaři svoji léčbu orientovali zejména na zmírnění obtíží, jelikož tehdejší doba nenabízela mnoho jiných možností. V dnešní době se při léčbě využívá nejmodernějších léčebných postupů a technologií, kdy je léčba zaměřena na jeden jediný cíl, a to vyléčení pacienta. Pokud nastane jiná možnost, je to automaticky považováno za „prohru“. Péče zaměřena na chronicky nemocné, nevléčitelné pacienty a pacienty v poslední fázi onemocnění nebývá v popředí širšího zájmu veřejnosti. Veřejnost není dostatečně seznámena s možnostmi paliativní péče i přesto, že právě tato skupina pacientů zaujímá většinový podíl a jejich potřeba lékařské, ošetrovatelské či psychologické péče je zřejmá. [3] [4]

Tak jako každý jiný pojem má i paliativní péče svojí definici, i když přesná definice je v tomto případě relativně problematická. Jak se paliativní péče vyvíjela, docházelo i ke změnám jejího vymezení a ani v dnešní době není pohled odborníků na vymezení paliativní péče jednotný. [4]

Světová zdravotnická organizace definuje paliativní péči jako „přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů a rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím prevence a zmírňování utrpení, včasným rozpoznáním a dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a dalších problémů fyzických, psychosociálních i duchovních“. [5]

A v České republice je paliativní péče dle zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách (§5) „druhem zdravotní péče jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyléčitelnou nemocí“. [6]

## 2.2.1 Rozdělení paliativní péče

Paliativní péči v souladu s mezinárodními doporučeními EAPC lze rozlišit na obecnou a specializovanou. Hlavní rozdíl mezi těmito dvěma úrovněmi je dán především komplexností péče, kterou pacient potřebuje a případný přechod mezi obecnou a specializovanou péčí by měl být bezproblémový a co nejvíce plynulý. Jednotlivé úrovně paliativní péče vycházejí z Národní strategie paliativní péče v Rakousku (tab. 2.1). Je nutné, aby oba tyto druhy péče byly rozvíjeny na základě reálných potřeb paliativních pacientů, jinak k úplnému pokrytí potřeb nikdy nemůže dojít. [7]

Tabulka 2.1: Rozdělení paliativní péče [8]

	Typ paliativní péče			
	Obecná PP	Specializovaná PP + spolupráce s obecnou PP		Specializovaná PP
<b>Akutní péče</b>	Nemocnice	Domácí hospicová péče (proškolení dobrovolníci poskytující poradenství a podporu)	Nemocniční paliativní konziliární týmy	Oddělení paliativní péče
<b>Dlouhodobá péče</b>	LDN, domy pro seniory		MSPP	Lůžkové hospice
<b>Domácí péče</b>	Praktičtí lékaři, agentury domácí péče			MSPP, paliativní stacionáře



**Obecná paliativní péče** je kvalitní klinická a sociální péče poskytovaná pacientům zdravotníky a pracovníky sociálních služeb v rámci jejich odborností. Základním předpokladem obecné paliativní péče je včasná identifikace nevy léčitelné nemoci, léčba symptomů, empatická komunikace s pacientem a jeho rodinou a pomoc při organizačním zajištění péče, které zohledňuje specifika pokročilosti onemocnění. Všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti by měli být schopni poskytnout obecnou paliativní péči. Jedná se především o onkology, internisty, geriatry a neurology. Obecná paliativní péče se netýká pouze lékařů, ale i služeb nezdravotnického charakteru (sociální poradenství a služby, psychologická péče, pastorační péče). Pacienti, kteří vzhledem k závažnosti či komplexnosti své situace přesahují možnosti řešení v rámci obecné paliativní péče, by měli mít možnost dosáhnout na specializovanou paliativní péči. [7] [9]

**Specializovaná paliativní péče** je poskytována pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří mají příslušné vzdělání v oboru paliativní medicíny a mají v oboru dostatečné zkušenosti a schopnosti. Odborným týmem se rozumí lékař, zdravotní sestry, sociální pracovník, psycholog, fyzioterapeut, pastorační pracovník a dle individuálního stavu pacienta další odborníci. Hlavní pracovní náplní tohoto týmu je poskytování paliativní péče a poradenské činnosti. [7] [9]

Existují různé organizační formy specializované paliativní péče a mezi ně patří [10]:

- **Mobilní specializovaná paliativní péče** představuje specializovanou paliativní péči, která je poskytována v domácím prostředí. Jedná se o komplexní specializovanou péči zprostředkovanou multidisciplinárním týmem, který je k neustále k dispozici (24/7/365). V některých zemích se jedná o zcela základní a nejrozvinutější druh specializované péče.
- **Samostatně stojící lůžkový hospic** je zařízení poskytující specializovanou péči pacientům, u kterých se nepředpokládá dlouhá doba dožití. Základem je plnění individuální potřeb pacientů a vytváření příjemného prostředí.
- **Ambulance paliativní medicíny** slouží pro pacienty, kteří žijí v domácím prostředí či v zařízeních sociální péče a těmto pacientům zajišťují potřebnou ambulantní péči. Pro tento druh specializované péče je typická užší spolupráce buď to s praktickým lékařem nebo dalšími zařízeními.
- **Oddělení paliativní péče v rámci nemocnice** nestojí samostatně, ale je součástí jiných zdravotnických zařízení. Tyto oddělení jsou pro pacienty, kteří vyžadují paliativní péči a zároveň s ní i služby, které poskytují nemocnice (diagnostika, léčba atd.).

- **Konziliární tým paliativní péče** poskytuje odbornou paliativní péči v lůžkových zařízeních. Výhodou konziliárního týmu je nenarušení kontinuity léčby, pacient je na stejném oddělení, což vede ke zkvalitnění péče. Dochází také k edukaci personálu na dalších odděleních. Součástí konziliárního týmu by mělo sestávat minimálně z lékaře, zdravotní sestry a sociálního pracovníka.
- **Denní hospicové centrum** neboli denní stacionář poskytuje lidem, kteří se vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nemohou být bez pomoci jiné osoby. Pacienti dochází do hospicového centra, kde je podle potřeb řešen jeho zdravotní stav. Nežij další služby patří například poskytování edukační činnosti či různé rekreační aktivity dle možností pacienta. Jedná se pouze o denní péči pro pacienty, kteří jsou ve většině případů ve stabilizovaném stavu. Tento druh péče je značně rozšířen ve Velké Británii.
- **Zvláštní zařízení specializované paliativní péče** jsou například tísňové linky, specializované poradny atd.

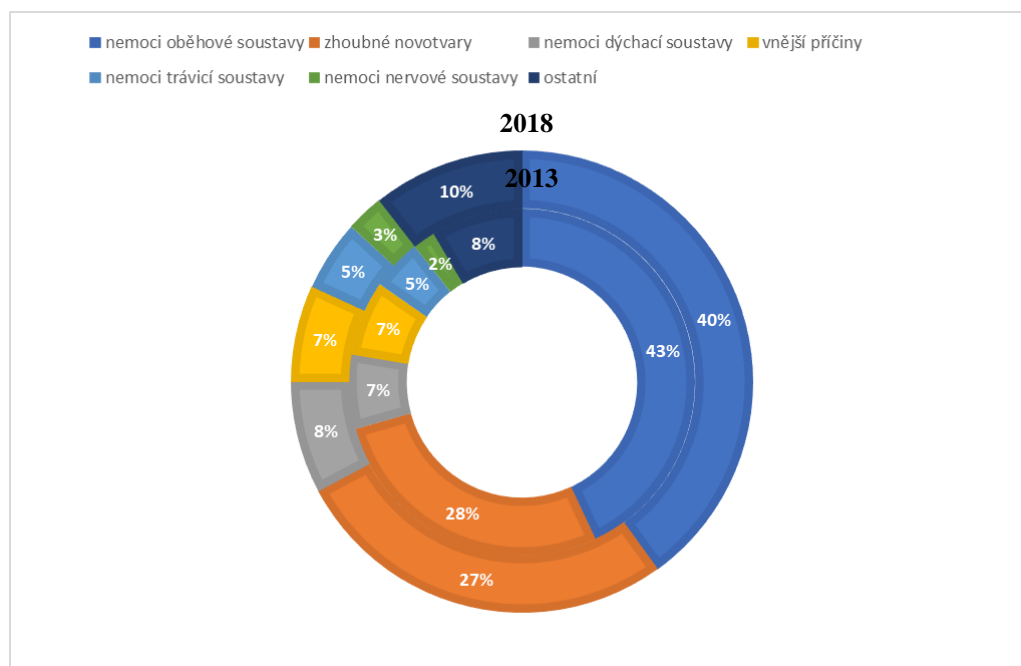
### 2.2.2 Potřeba paliativní péče

V roce 2017 byla autorským týmem ČSÚ zpracována projekce obyvatelstva, jejíž cílem bylo z dlouhodobého hlediska (do roku 2100) ukázat možný směr budoucího populačního vývoje a poukázat na změny v celkovém počtu obyvatel a jeho věkovém složení. V roce 2017 byla naděje dožití při narození u mužů 76 let a u žen 81,8 let. Prognóza míry úmrtnosti, která vychází z neustále rostoucí naděje dožití očekává růst naděje dožití do konce roku 2050 u žen o 4,9 let a u mužů až o 6,1 let a na konci století se očekává nárůst o 9,4 let u žen a u mužů o 11,7 let. Vzhledem k těmto dostupným datům, které vypovídají o neustále se zvyšující střední délce života je jasné, že i potřeba paliativní péče bude mít rostoucí tendenci. [11]

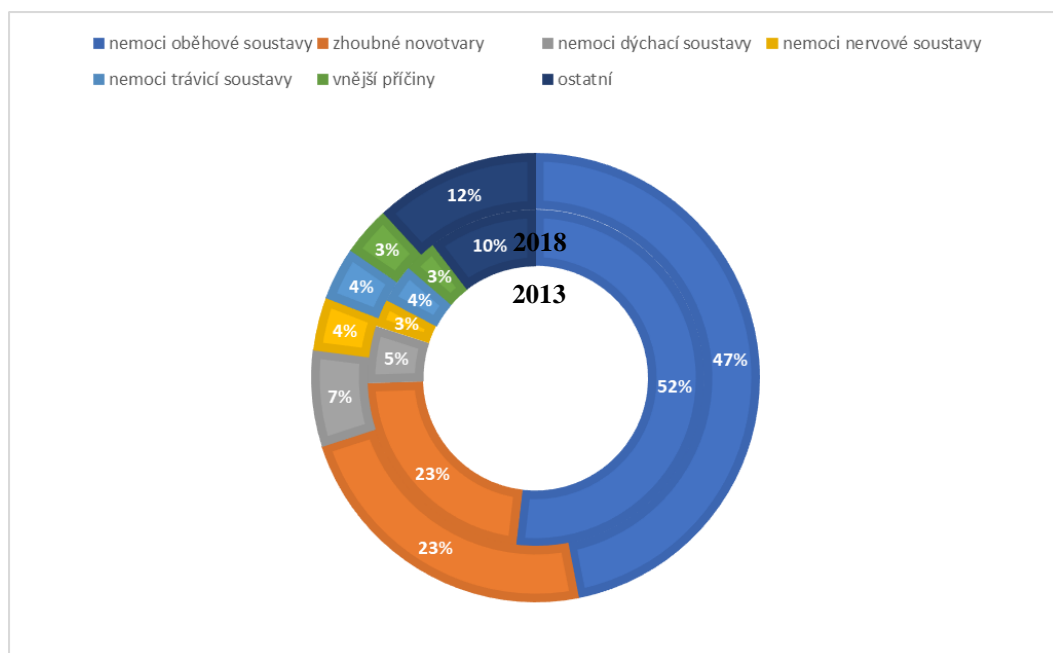
V začátcích se paliativní péče indikovala zejména pacientům s onkologickým onemocněním, v posledních letech je pozornost věnována právě pacientům s chronickým neonkologickým onemocněním. Těchto pacientů značně přibývá a potřeba kvalitní paliativní péče je zde velmi opodstatněná. Poslední dvě dekády posunuly význam chápání paliativní péče na vyšší úroveň. Ukázalo se, že multidisciplinární model paliativní péče nemusí být aplikován pouze na pacientech v posledních dnech jejich života, ale že je prospěšný i pro pacienty v časnějších fázích onemocnění. Proto by paliativní péče neměla být až tou poslední možností, ale měla by být součástí péče od okamžiku, kdy bylo diagnostikováno nevyлéčitelné onemocnění, které ohrožuje pacienta na životě. [7] [8]

Indikování paliativní péče je typické pro pacienty s nádorovým, neurodegenerativním či chronickým onemocněním v terminálním stádiu. Dále pro pacienty s HIV, AIDS a paliativní péče bohužel není výjimkou ani u dětských pacientů. Pro tato onemocnění jsou typické narůstající symptomy a přidružené komplikace, také se snižuje možnost kauzálního ovlivnění příčiny onemocnění. Specifickou skupinou jsou pacienti intenzivní medicíny, u kterých dochází k nevratnému selhávání orgánových systémů. [7] [8]

V České republice za rok 2018 podle ČSÚ zemřelo přes 110 tis. obyvatel a nejčastější příčinou smrti bez ohledu na pohlaví bylo onemocnění oběhového systému. Toto onemocnění způsobilo v roce 2018 více než 48. tis. úmrtí a v celkovém počtu úmrtí představuje 47 % úmrtí u žen a 40 % úmrtí u mužů. Druhou nejpočetnější skupinou jsou zhoubné novotvary, na které v roce 2018 zemřelo více než 28. tis. obyvatel. V následujícím grafu jsou porovnány příčiny úmrtí v roce 2013 a 2018 u obou pohlaví (obr. 2.1 a 2.2). Z grafu lze vidět, že i přes výrazný pokles osob, které zemřely na následky onemocnění oběhové soustavy, je tato skupina i nadále nejpočetnější. Oproti tomu u zhoubných novotvarů je vidět, že se již dlouhodobě drží jako druhá nejpočetnější příčina úmrtí. [12]

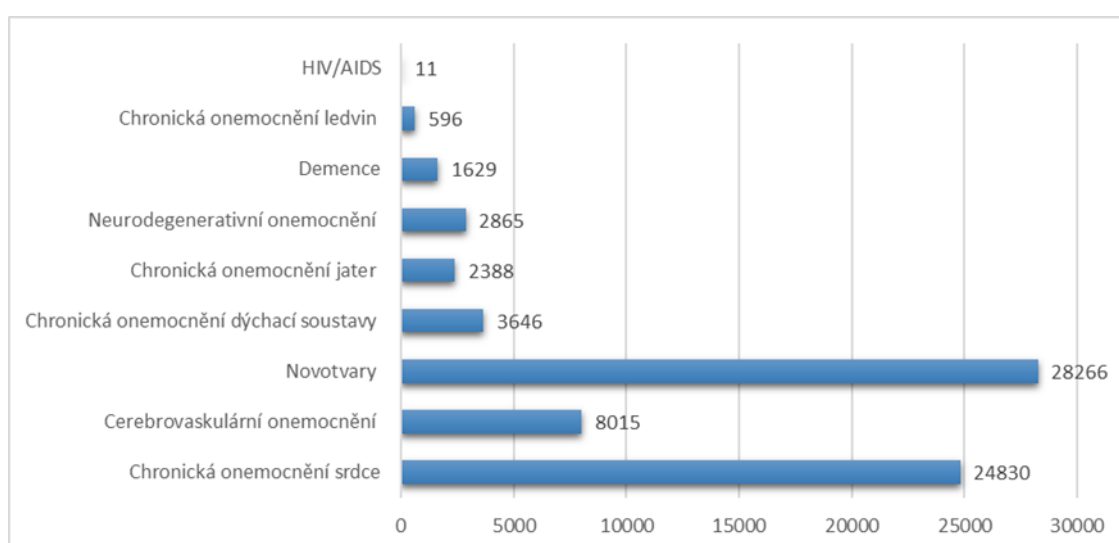


Obrázek 2.1 Vývoj úmrtí u mužů podle příčiny 2013-2018 [12]



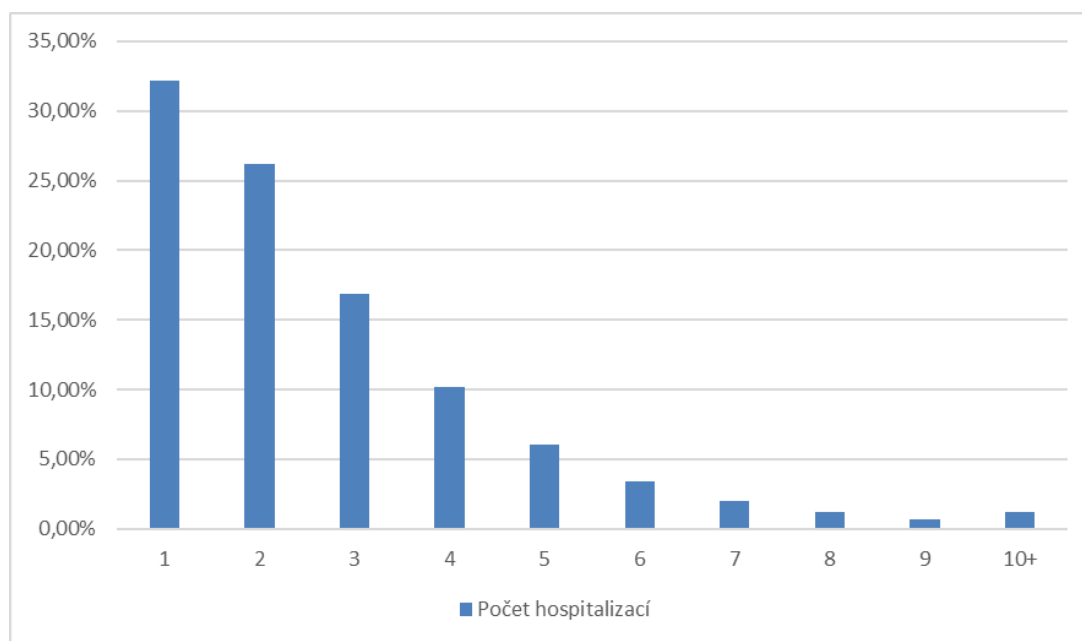
Obrázek 2.2: Vývoj úmrtí u žen podle příčiny 2013-2018 [12]

Pokud se zaměříme pouze na skupinu pacientů, kteří za rok 2018 zemřely na následky chronického nevléčitelného onemocnění, dostaneme se na číslo přesahující 72 tis. Zhruba pro 50 tis. chronicky nemocných pacientů je dostatečná obecná paliativní péče. Zbylí pacienti naopak potřebují speciální paliativní péči. V následujícím grafu 2.3 byly zahrnuty pouze diagnostické skupiny chronického onemocnění. Na základě těchto dat lze vyvodit, že z celkového počtu všech úmrtí potřebu paliativní péče lze předpokládat u více než 65 % pacientů. [12]



Obrázek 2.3: Počet pacientů diagnostických skupin s potřebou paliativní péče v ČR za rok 2018 [12]

Pacienti, kteří potřebují paliativní péči, se nacházejí ve všech částech sociálního a zdravotního systému a tvoří jeho značnou část. V posledních fázích života je velká část pacientů převážena mezi poskytovateli zdravotní péče a opakované hospitalizace nejsou v jejich případě výjimkou (obr. 2.4), což mimo jiné vede k značnému nárůstu celkových nákladů na zdravotní péči. [7] [13]



Obrázek 2.4: Počet opakovaných hospitalizací vyjádřená v % v posledním roce života [7]

### 2.2.3 Dětská paliativní péče

Paliativní péče, jak už bylo řečeno, se bohužel netýká pouze dospělých pacientů, ale jistou část zaujímají i dětské pacienty. Podle definice WHO z roku 1998 představuje dětská paliativní péče aktivní komplexní péči o tělo, mysl i ducha dítěte a zároveň podporuje i rodinu nemocného dítěte. Paliativní péče začíná od diagnostiky nemoci a pokračuje bez ohledu na to, zdali je dítěti poskytována léčba právě na diagnostikované onemocnění. Péče je zaměřena zejména na zmírnění fyzické, psychické i sociální úzkosti. Účinná paliativní péče vyžaduje široký multidisciplinární přístup, který počítá i s rodinou dítěte a využívá dostupných komunitních zdrojů. Péče může být poskytována ve všech typech zařízení paliativní péče, výjimkou není ani domácí prostředí. Základním rozdílem mezi paliativní péčí pro dospělé a děti je především v typu diagnózy. U dospělé populace se jedná především o nádorové onemocnění či nemoci oběhové soustavy. U dětských pacientů jsou stavy vyžadující paliativní péči více různorodé a finální diagnózy představují spíše nenádorové onemocnění. Z širšího pohledu se dětské pacienty dají rozdělit do dvou skupin. [14] [15]

- **Dětsíí pacienti s život limitujícím onemocněním**, u těchto pacientů je předčasné úmrtí obvyklé a jedná se zejména o svalové dystrofie, degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy, genetické choroby atd.
- **Dětsíí pacienti s život ohrožujícím onemocněním**, zde je vysoká pravděpodobnost předčasného úmrtí. Smrti nastává důsledkem těžké nemoci jako je onkologické onemocnění, vážné úrazy atd.

U dětských pacientů se vyskytuje řada onemocnění, jejichž prognóza dožití může být velmi variabilní a lze jí jen těžko predikovat. Proto je v průměru potřeba paliativní péče u dětských pacientů delší než u dospělých. Velmi podstatnou složku dětské paliativní péče tvoří podpůrná péče. Ztráta dítěte je pro rodinu velice těžkou záležitostí, a proto je péče multidisciplinárního týmu zaměřená i na dobu truchlení, které se nesmí podcenit. Podpora rodiny je z časového hlediska velice individuální a trvá dle potřeb rodiny. [14] [15]

Dětská paliativní péče je v ČR poměrně mladý obor. Tento obor byl ustanoven Českou společností paliativní medicíny koncem roku 2015, kdy vznikla pracovní skupina dětské paliativní péče, jejíž cílem bylo implementovat standardy evropské dětské paliativní péče do zdravotního systému v ČR a zajistit celkovou dostupnost této péče. K zajištění komplexní péče pro děti v terminální stavu bylo nutné zajistit efektivní komunikaci mezi nemocnicemi, praktickými pediatry a mobilními a lůžkovými hospici. Všechny tyto kroky měly ve výsledku dojít k detabuizaci tohoto tématu jak v profesní oblasti, tak následně i ve veřejné sféře. Dostupnost dětské paliativní péče je dána především místem bydliště a také typem onemocnění. V ČR je několik poskytovatelů speciální paliativní péče, ale i přesto je tato péče i nadále nedostatečně pokryta. V roce 2018 byla zahájena stavba prvního lůžkového hospice „Dům pro Julii“. I přesto, že stavba zatím není dokončena, Dům pro Julii nabízí aspoň možnost terénní odlehčovací služby. Seznam poskytovatelů dětské paliativní péče se nachází v tabulce 2.2. [16]

Důvodem nedostatečného zabezpečení dětské paliativní péče je nedostatečně vzdělání praktických pediatrů v oblasti paliativní medicíny. Dle Analýzy poskytování dětské paliativní péče (ČSPM) mají praktiční pediatři málo zkušeností s poskytováním paliativní péče a se zajištěním specializované péče pro terminálně nemocné děti. Dále je nedostatek terénních pracovníků a smrt dítěte je ve společnosti stále tabuizovaným tématem. [14]

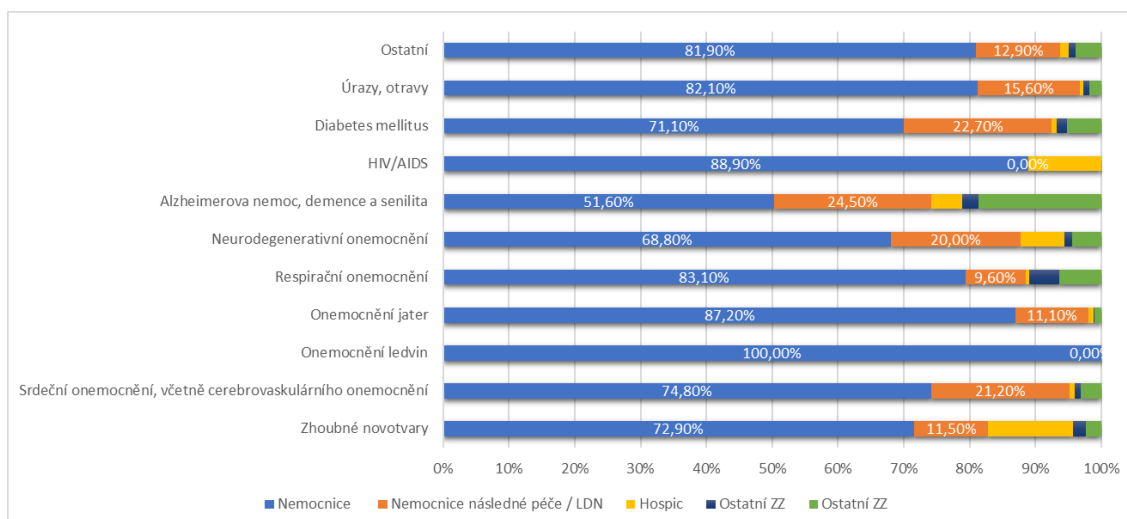
Tabulka 2.2: Poskytovatelé dětské paliativní péče v ČR [34]

Název	Město
Cesta domů	Praha
Mobilní hospic při Masarykově nemocnici	Ústí nad Labem
Hospicová péče Domov	Plzeň
Nadační fond Klíček	Uhlířské Janovice
Domácí Hospic Jordán	Tábor
Domácí hospicová péče Iris	Pelhřimov
Energiea – dětská domácí paliativní péče	Heřmanův Městec
Perinatální hospicová péče Dítě v srdci	Kostelec nad Ohří
Nejste sami – mobilní hospic	Olomouc
Nadační fond Krtek	Brno
Domácí hospic PAHOP	Uherské Hradiště
Mobilní hospic Andělé stromu života	Nový Jičín
Mobilní hospic Ondrášek	Ostrava

## 2.3 Hospicová péče

Hlavním posláním hospicové péče je brát člověka jako celek. Hospicová péče klade důraz na plnění všech fyzických, emocionálních, sociálních a spirituálních potřeb pacienta. Péče se netýká pouze nemocného, ale i osob blízkých. Hospicová péče je poskytována jak zaměstnanci, tak i dobrovolníky pracujícími v rámci multidisciplinárního týmu. Poskytována je péče dle individuálních potřeb a přání nemocného. Hlavním cílem hospicové péče je ulevit nemocnému od bolesti a nechat ho dožít důstojný život. [17]

Hospicová péče je poskytována pacientům v terminálních fázích onemocnění, u kterých byla ukončena kauzální léčba. Mezi hlavní skupiny těchto onemocnění patří zejména onemocnění oběhové soustavy, nádorová onemocnění, neregenerativní onemocnění, onemocnění dýchací a trávicí soustavy, HIV/AIDS a některá pediatrická onemocnění. Z následujícího grafu je vidět, že naprostá většina takto nemocných pacientů umírá v nemocnicích. I přes to, že hospice (ať už lůžkové či mobilní) jsou na takto nemocné pacienty nejlépe připraveny, tak je jejich zastoupení v tomto grafu minimální. Nejpočetnější skupinou, která dožívá své poslední chvíle v zařízení hospicového typu, jsou pacienti s nádorovým onemocněním (13,2 %). Druhé nejpočetnější je onemocnění HIV/AIDS s 11,1 % [18]



Obrázek 2.5: Typ zdravotnického zařízení dle příčiny úmrtí za rok 2017

Problematika definice hospicové péče je složitější, než jak je tomu u paliativní péče. Hospicová péče je v různých částech Evropy chápána rozdílně, což se odráží na způsobu jejího chápání a využívání. Některé země jasně rozlišují pojmy paliativní a hospicová péče a jinde se jedná o synonyma. Pojem hospic v některých zemích představuje spíše určitou filozofii péče nežli určitý typ zařízení, kde je tato péče poskytována. Definice paliativní i hospicové péče se do značné míry překrývají, a proto se často využívá pouze termín paliativní péče, i když se nejedná o synonymum. Hospicová péče se liší od nemocniční péče, ošetrovatelských ústavů či léčeben dlouhodobě nemocných časovým intervalem 6 měsíců. [2] [9]

Pojem hospic není synonymem pro LDN, sanatorium, home care, či pečovatelskou službu. Hospic využívá některé nástroje paliativní medicíny a jedná se o zdravotně sociální zařízení. Pacientovi zaručuje prožití posledních chvil bez utrpení, jeho lidská důstojnost za jakýkoliv okolností zůstane nedotčena a v momentu posledního vydechnutí nebude sám. V České republice i nadále zůstává problematika správného rozlišení hospice nedoručena. Některé subjekty se jako hospice sice reprezentují, ale skutečnou hospicovou péči zdaleka neposkytují. V následující tabulce jsou sepsané rozdíly mezi home care a mobilním hospicem. [13]



Tabulka 2.3: Home care vs. mobilní hospic

	Home care	Mobilní hospic
<b>Pracovní tým</b>	Kvalifikované zdravotnické sestry	Lékař se specializací v oboru paliativní medicína, zdravotní sestra, psycholog, sociální pracovník, duchovní
<b>Dostupnost péče</b>	Dle ordinace ošetřujícího lékaře, 7 dní v týdnu	24/7/365
<b>Indikace</b>	Pacienti všech věkových kategorií – krátkodobé ošetření (po úrazu, operaci), chronické onemocnění	Chronicky nemocní pacienti v terminálním stadiu
<b>Služby</b>	Kontrola zdravotního stavu, provádění potřebných zdravotních výkonů (převazy, odběry, podávání infuzí, injekcí, rehabilitace atd.)	Kontrola zdravotního stavu, provádění potřebných zdravotních výkonů, péče o pacientovy blízké a jejich edukace, neustálá telefonní podpora, poskytování kompenzačních pomůcek a zdravotnické techniky, dle potřeb sociální, duchovní či psychologickou péči
<b>Hrazení péče</b>	Plně hrazena z rozpočtu veřejného zdravotního pojištění	ZP – odbornost 926, spoluúčast, dary

Hospicová péče se v České republice řadí dle §22a zákona č. 48/1997 Sb. O veřejném zdravotním pojištění, v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách mezi tzv. „zvláštní lůžkovou péčí“. [19]

### 2.3.1 Historie

Kořeny slova hospice a slova nemocnice jsou stejně staré a datují se už od 4. století našeho letopočtu. V této době křesťanské řády přijímaly do svých domovů poutníky, hladové, žíznivé, nemocné a všechny ty, co vyžadovali pomoc. Žádný z těchto „hospiců“ se nestaral pouze o umírající, ale řády uvítaly všechny, kteří potřebovali pomoc. [20]

V polovině 19. století založila Jeanne Garnier první hospic Dames de Calvarie v Lyonu ve Francii a jako první použila slovo hospic ve spojení s umírajícími. Další hospic byl otevřen v Dublinu členkami řádu Sisters of Charity a hlavním posláním tohoto řádu bylo doprovázení umírajících v jejich posledních chvílích života. Tento řád založil několik dalších domů pro umírající v Irsku a v Anglii (hospic svatého Josefa v Hackney). Tyto hospice položily základy prvního moderního hospice na světě – Christopher's Hospice v Londýně. Hospic svatého Kryštofa byl roku 1967 založen Cicelou Saundersovou a byla zde poprvé poskytována kompletní paliativní péče terminálně nemocným pacientům prostřednictvím multidisciplinárního týmu. Tento počín odstartoval rozvoj moderního hospicového hnutí po celém světě. Hlavním cílem byla

snaha o zlidštění medicíny u pacientů v terminální fázi onemocnění. Moderní hospicové hnutí se netýkalo pouze klasických lůžkových hospiců, ale i domácích hospiců, které se nejvíce rozvíjely především v USA a ve Velké Británii. V roce 1975 bylo založeno první oddělení paliativní péče v Royal Victoria Hospital v Kanadském Montrealu a jeho zásady vycházely ze zásad moderního hospicového hnutí. [20] [21]

Postupem času jsou vytvářeny nové organizační formy paliativní a hospicové péče. Jedná se o specializované ambulance a konziliární týmy, které začínají fungovat v rámci nemocnic v západní Evropě a USA. I přes poměrně dlouhý vývoj se hospice stávají místem, kde jsou využívány nejmodernější léčebné postupy a poznatky získané v jejich prostředí jsou následně využívány v praxi v mnoha nemocnicích. [22]

V ČR se paliativní medicína začala vyvíjet až po roce 1989. Oproti zbytku Evropy byla Česká republika vzhledem k rozdílné politické situaci v oblasti paliativní péče značně pozadu. Po pádu totalitního režimu mělo mnoho zdravotníků možnost nahlédnout do západního zdravotnictví, což mělo za následek vybudování prvních hospiců. V ČR vznikl první hospic Anežky České v Červeném Kostelci u Náchodu. Jeho kapacita činila 30 lůžek a jeho provoz byl zahájen roku 1995. První paliativní oddělení vzniklo v roce 1992 v Babicích nad Svitavou, které bylo později transformováno na léčebnu dlouhodobě nemocných. Od roku 2001 funguje ve Fakultní nemocnici v Brně specializovaná ambulance paliativní péče, jejím cílem je formou ambulantních a konziliárních vyšetření zlepšit úroveň péče o pacienty s pokročilým onemocněním. Postupem času vznikají různé agentury domácí péče, nové ambulance paliativní péče, lůžkové hospice a mobilní hospice. I přesto byl vývoj paliativní péče v ČR pomalejší, vzhledem k nedostatečné legislativní úpravě a špatně nastavenému systému úhrad ze strany zdravotních pojišťoven. [22]

Roku 1998 vzniklo Sdružení poskytovatelů hospicové péče, které později zaniklo. V roce 2005 vznikla Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, která funguje dodnes a sdružuje hospice v ČR a přispívá k pozitivní proměně vztahu české společnosti ke smrti a umírání. Později roku 2017 vzniklo Fórum mobilních hospiců, které sdružuje poskytovatele mobilní specializované péče, které jsou řádně legislativně ukotvené až od roku 2018. Dalším důležitým milníkem pro paliativní medicínu je vznik České společnosti paliativní medicíny v roce 2009, která je v dnešní době klíčovým nositelem odbornosti paliativní medicíny a na podobě dnešní paliativní péče má značný podíl. [23] [24]

## 2.4 Podpora hospicové péče

### 2.4.1 EAPC – European Association for Palliative Care

EAPC vznikla v roce 1988 v italském Miláně. Základy položil profesor Vittorio Ventafridda a Florianiho nadace a celkem na začátku EAPC stálo 42 zakládajících členů. Cílem asociace bylo zvyšovat povědomí o paliativní péči napříč celou Evropou, zvyšovat informovanost a podporovat rozvoj a šíření paliativní péče do vědecké klinické i sociální sféry, řešit etické problémy spojené s péčí o terminálně nemocných a jiné. Profesor Ventafridda položil základy dnes celoevropsky uznávané organizace, která úspěšně obhajovala a pozitivně ovlivňovala rozvoj paliativní péče v celé Evropě i mimo ni. [25]

EAPC poskytuje fórum pro všechny, kteří pracují v oboru paliativní medicíny nebo mají jenom o paliativní péči zájem. V současné době EACP zastupuje 60 členských sdružení z 33 evropských zemí a 3 z Austrálie, dále má 52 individuálních členů z 52 zemí po celém světě. Členská sdružení se zabývají paliativní péčí v celém rozsahu od odborné klinické praxe, přes vzdělávání až po politiku a výzkum. V České republice patří mezi aktivní členy EAPC Česká společnost paliativní medicíny a Fórum mobilních hospiců. [25]

**Česká společnost paliativní medicíny** České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČSPM) představuje odborné medicínské sdružení fungující jako občanské sdružení. ČSPM funguje pod Českou lékařskou společností JEP a v ČR představuje hlavního držitele odbornosti v oblasti paliativní medicíny. Jakožto odborná společnost poskytuje nejnovější informace o současném stavu a vývoji paliativní medicíny, definuje standardizované postupy a všechny tyto informace dále poskytuje odborníkům a státním i nestátním organizacím. Dále provádí vzdělávání odborníků v oblasti paliativní medicíny a podílí se na různých národních i mezinárodních výzkumných projektech. ČSPM je dále rozdělena na sekci dětské paliativní péče, sekci geriatrické paliativní péče, sekci pro etiku v paliativní. V dnešní době je součástí ČSPM více než 150 lékařů, nepatří sem pouze lékaři se specializací na obor paliativní medicína, ČSPM sdružuje i lékaře přidružených oborů jako je například onkologie, geriatric, pediatrie a atd. [26]

**Fórum mobilních hospiců** (FMH) je organizace, která sdružuje 40 poskytovatelů mobilní specializované paliativní péče, členem se může stát jakákoliv právnická osoba, zdravotnické zařízení, které poskytuje paliativní péči dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. V současné době disponuje FMH 21 řádnými a 19 přidruženými členy. Patří sem hospice, agentury domácí péče, charitní organizace a ostatní zdravotnická zařízení poskytující specializovanou paliativní péči v domácím prostředí. Fórum mobilní hospiců se primárně zaměřuje na zlepšení péče o nemocné v terminální fázi života. Hlavním cílem FMH je zasazovat se o systémové změny, šířit osvětu paliativní péče, aktivně podporovat členy v poskytování kvalitní paliativní péče, spolupracovat na přípravě zákonů a vyhlášek, mezinárodní a národní spolupráce a samozřejmě vzdělávání, publikování a informování nejen o paliativní péči, ale i o zdravotních a sociálních službách. [24]

#### **2.4.2 Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (APHPP)**

APHPP vznikla roku 2005 a v čele s PhDr. Robertem Hunešem se snaží o neustálé zlepšování kvality paliativní péče v ČR. Jedná se o dobrovolnou samosprávnou nezávislou nepolitickou organizaci, která sdružuje členy se stejnými zájmy a cíli. Asociace podporuje hospicovou péči a přispívá k pozitivní změně vztahu české společnosti k umírání a smrti. Podílí se na vzdělávání odborníků a podporuje informovanost i laické veřejnosti o možnostech hospicové péče. Díky asociaci došlo roku 2007 k uzákonění lůžkové i mobilní hospicové péče. Dále se asociace podílela na vytvoření vůbec prvních Standardů kvality hospicové paliativní péče. V dnešní době je podle webu APPHP součástí asociace celkem 14 lůžkových a 18 mobilních hospiců. [23]

### **2.5 Mobilní specializovaná paliativní péče**

Dle výzkumu agentury Stem/Mark a neziskové organizace Cesty domů si většina pacientů v terminální fázi onemocnění přeje prožít poslední chvíle svého života právě v domácím prostředí. I přes toto přání většina takto nemocných pacientů umírá ve nemocničních zařízeních po často se opakujících hospitalizacích v posledních týdnech jejich života (obr. 2.5). Možnost dožití v domácím prostředí byla donedávna prakticky nemožná kvůli špatnému legislativnímu ukotvení. V roce 2015-2016 byl odstartován pilotní program VZP „Mobilní specializovaná paliativní péče“, díky kterému se aspoň trochu otevřel prostor pro mobilní hospicovou péči, která umožňuje dožití v domácím zázemí. Pilotní program VZP bude popsán níže. [27] [28] [29]

Mobilní specializovaná paliativní péče neboli mobilní hospic představuje komplexní specializovanou ambulantní paliativní péči v domácím prostředí. Tato péče je poskytována pacientům v posledních fázích života. Hlavní charakteristikou MSPP je neustálá dostupnost (24/7/365) multidisciplinárního paliativního týmu, který zajišťuje

lékařskou péčí, ošetrovatelství a sociální, psychologickou a spirituální podporu. Tato podpora není poskytována pouze nemocnému, ale i jeho nejbližším. Cílem MSPP je zajistit nemocnému dožití posledních chvil života bez zbytečného utrpení na místě, které pro něj představuje domov. Základem práce MSPP je krom náležité odborné péče na vysoké úrovni také telefonická konzultace a případná akutní zdravotnická intervence. Součástí práce MSPP není pouze péče o nemocného, ale i péče o pozůstalé v období truchlení. Dále také provádí edukaci laických pečujících, snaží se je naučit v co nejkratší době, jak se postarat o ležícího nemocného, rozeznávat závažně symptomy od méně závažných, kdy a jak podávat léky a v jakém případě je nutné zavolat pohotovost. [7] [27]

Předpokladem k indikaci MSPP je pokročilé a konečné stádium nevyлéčitelné nemoci, které je značně limitováno prognózou délky dožití. Dále je to za předpokladu, že pacient vzhledem ke svému zdravotnímu stavu není schopen docházet na pravidelné kontroly ke svému praktickému lékaři či specialistovi. Pacient je tedy významně pohybově omezen a jeho celková zdatnost je značně omezená. [7] [27]

### **2.5.1 Personální standardy**

Domácí hospicová péče může být poskytována pouze za předpokladu, že jsou splněny dané požadavky stanovené zákonem. Poskytovatel musí mít oprávnění k poskytování zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí v oblasti paliativní medicíny dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a musí dodržovat požadavky na minimální personální, technické a věcné zabezpečení. [6]

Personální obsazení mobilních hospiců zajišťuje komplexnost péče, která v tomto případě znamená multioborovou a multidisciplinární péči o pacienta v posledních chvílích jeho života a péči o jeho nejbližší. Personální obsazení se skládá z týmu ošetrujících lékařů se specializovanou odborností, zdravotních sester, které mohou pracovat bez odborného dohledu a praktických sester, které pracují pod odborným dohledem. Dalšími nepostradatelnými členy týmu jsou sociální pracovník, ošetrovatel, psychologové, psychoterapeutové, pastorační pracovníci případně další specialisté. Tento tým spolu úzce a vzájemně spolupracuje, kontinuálně si předává informace, což ve výsledku vede k optimálnímu ošetření pacienta ve všech rozměrech, od fyzického až po spirituální. [13]

Dle vyhlášky č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb společně se standardy hospicové paliativní péče definované APHPP a standardy mobilní specializované paliativní péče sepsané ČSPM a FMH je minimální personální zabezpečení zdravotnického zařízení s více než 15 lůžky poskytující specializovanou domácí paliativní péči s dojezdovou vzdáleností 35 km popsáno v tabulce 2.4. [17] [30] [31]

Tabulka 2.4: Minimální personální zabezpečení MSPP [17]

Pracovník	Úvazek	Potřeba
Lékař se specializací v oboru paliativní medicína (odbornost 720)	0,2 – ideálně vyšší	Garant pro odbornost 720
Lékař	1,0	Nepřetržitá dostupnost – 24/7 (mimo pracovní dobu po telefonu)
Všeobecná zdravotní sestra způsobilá výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu	5,0	Zajištění základních potřeb pacienta – ošetření, hygiena atd.
Sociální pracovník	1,0	Seznámení s potřebami pacienta a následná podpora pacienta a jeho blízkých
Duchovní, kaplan, pastorační pracovník	Individuální	Podle potřeb pacienta – modlitby, čtení božího slova, duchovní podpora
Psycholog/ psychoterapeut	Požadovaná dostupnost	Psychická podpora pacienta
Dobrovolníci	Smlouva o dobrovolnické činnosti	Dle potřeb pacienta

## 2.5.2 Technické vybavení

Technické vybavení hospiců je dáno vyhláškou č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. Kontaktní pracoviště musí mít vlastní sanitární zařízení a plochu minimálně 10 m<sup>2</sup> a dle standardů hospicové péče a této vyhlášky je nutné mít na každých 5 pacientů následující vybavení [17] [32]:

- elektrické polohovací lůžko (1 ks);
- antidekubitní a polohovací pomůcky;
- aktivní a pasivní antidekubitní matrace (3ks);
- pumpa pro podávání parenterální i enterální výživy;
- lineární dávkovač léků (1 ks);
- odsávačky (1 ks);
- oxygenátor (1 ks);
- prostředky pro celkovou koupel;
- WC židle, chodítka, mechanické pojízdné vozíky;
- další pomůcky pro manipulaci s imobilním pacientem;
- dopravní prostředek pro přepravu k pacientovi;
- brašnu se zdravotnickými potřebami a ampuláři (1 sestra/1 brašna);
- telekomunikační technika pro spojení s pacientem a jeho rodinou.

### 2.5.3 Základní struktura a průběh péče

První, s kým se setká pacient v procesu paliativní léčby, je ošetřující lékař. Právě u něj tento proces začíná. Lékař bez ohledu na odbornost by měl být schopný u pacienta včas odhalit pokročilé chronické onemocnění, u kterého je prognóza dožití kratší než 6 měsíců. Ošetřující lékař šetrně seznámí pacienta s dalším předpokládaným vývojem nemoci a společně s pacientem stanoví cíle další léčby. [17] [33]

Plán paliativní péče je vytvářen na základě celkového zhodnocení zdravotního stavu, preferencí, potřeb a přání pacienta a jeho blízkých. Zhodnocení zahrnuje dokumentaci, ve které je obsažen stav nemoci včetně diagnózy a prognózy dožití. Dále je součástí dokumentace zhodnocení psychického a funkčního stavu, duchovních a kulturních aspektů, preferencí pacienta a jeho rodiny a podmínky pro přijetí do péče. Pacient má možnost se na vytváření plánu péče podílet a jeho přání, potřeby a preference jsou respektovány. Preference se týkají místa, kde bude péče poskytována, poskytovatele služeb a cíle léčby (eutanasie ani asistovaná sebevražda není součástí paliativní péče). Paliativní léčba by měla být poskytována v prostředí, které je pro pacienta nejpříjemnější a odpovídá pacientově přání a potřebám, což je ve většině případů domácí péče. [10] [33]

Plán paliativní péče je realizován prostřednictvím multidisciplinárního týmu a v případě potřeby i dobrovolníků. Dobrovolníci musí být náležitě edukováni a činnosti, které budou vykonávat, jsou jasně definované. Jedná se především o přímou práci s pacienty a jejich blízkými (nákupy, transport kompenzačních pomůcek, úklid atd.). Členům multidisciplinárního týmu je umožněno se kontinuálně vzdělávat v oblasti paliativní medicíny, což vede k zajištění adekvátní kvality poskytované paliativní péče. Paliativní péče se skládá ze všech léčebných postupů, které vedou k udržení života. Jedná se o kauzální a symptomatické postupy, které jsou indikovány na základě současného stavu pacienta, přání pacienta a prognózy dožití. Mezi další složky paliativní péče patří např. nutriční péče, hematologická péče, komplexní léčba symptomů, antimikrobiální léčba, fyzioterapie, rehabilitace. O všech činnostech hospicového týmu je vedena řádná dokumentace. Léčba se netýká pouze fyzické schránky, ale řeší i psychické, sociální a duchovní potřeby nemocného. [33] [17]

Nedílnou součástí paliativní péče je péče o rodinu v období truchlení, jedná se především o podpůrnou komunikaci, poradenství, duchovní služby, práci s podpůrnými skupinami a další. Všichni poskytovatelé paliativní péče respektují etická pravidla a legislativní normy, které stanovují péči o pacienta v terminální stavu života. [31] [33]

## 2.5.4 Dostupnost v ČR

Podle APHPP je potřeba disponovat optimálně 1 domácím hospicem na 100 tis. obyvatel, což by zhruba odpovídalo 1 mobilnímu hospici na okres. Dojezdová vzdálenost těchto mobilních týmů by měla být 30 km. ČSPM bere v potaz i hustotu zalidnění jednotlivých okresů a podle nich by měl být optimálně 1 mobilní hospic na 50-100 tis. obyvatel s dojezdovou vzdáleností cca 25 km. [17] [31]

Na základě údajů vycházející z adresáře služeb na internetových stránkách umírání.cz, bylo v roce 2019 v ČR 78 poskytovatelů mobilní specializované paliativní péče. Údaje z tohoto adresáře jsou průběžně aktualizovány a kontrolovány. Jako poskytovatele mobilní specializované paliativní péče jsou zde uvedeni členi APHPP, FMH a organizace domácí hospicové péče provozované Charitou ČR. Počet poskytovatelů mobilní specializované paliativní péče podle krajů je popsán v tabulce 2.5. [34]

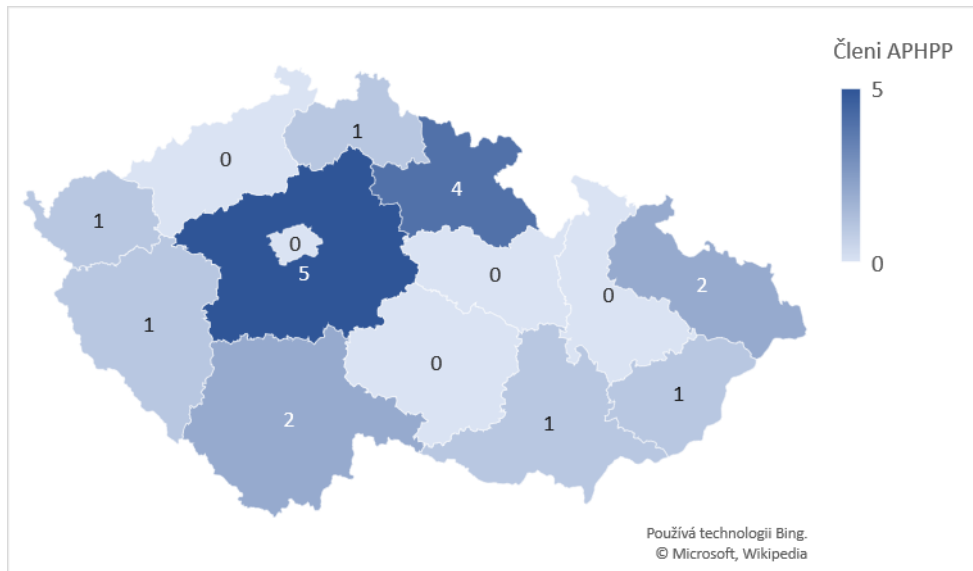
Tabulka 2.5: Počet poskytovatelů MSPP v ČR podle krajů [34]

Kraj	Krajské město	Počet mobilních hospiců
Hlavní město Praha	Praha	3
Středočeský	Praha	14
Jihočeský	České Budějovice	7
Plzeňský	Plzeň	2
Karlovarský	Karlovy Vary	3
Ústecký	Ústí nad Labem	3
Liberecký	Liberec	1
Královehradecký	Hradec Králové	5
Pardubický	Pardubice	5
Olomoucký	Olomouc	5
Moravskoslezský	Ostrava	6
Jihomoravský	Brno	10
Zlínský	Zlín	8
Kraj Vysočina	Jihlava	6
<b>Celkem</b>		<b>78</b>

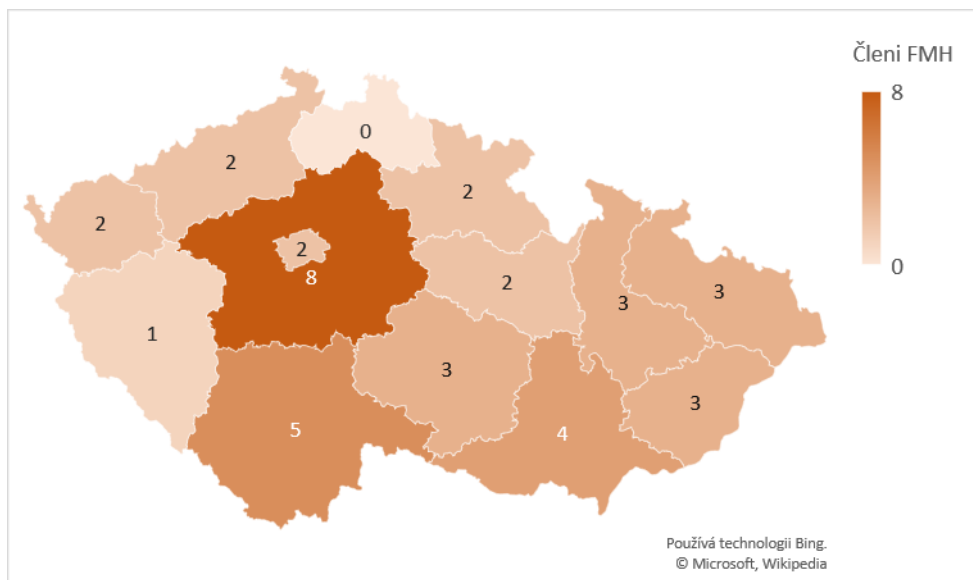
I přes relativně vysoký počet poskytovatelů MSPP, který by k optimálnímu pokrytí poptávky a rovnoměrnému rozložení neměl daleko, je důležité si uvědomit, že řádnými členy APHPP je pouze 18 domácích hospiců (obr. 2.6). APHPP vychází ze standardů hospicové péče a ručí za to, že bude poskytovaná péče jednotlivými zařízeními těmto standardům odpovídat. Nejvyšší počet členů má APHPP ve středočeském kraji. Ústecký, Pardubický kraj a Vysočinu naopak nemá z pohledu mobilních hospiců asociace pokrytou vůbec. [23]



FMH má 21 řádných a 19 přidružených členů (obr. 2.7). Nejvyšší počet členů má FMH ve střeđočeském kraji. Jediný kraj, který nemá FMH pokrytý, je Liberecký. 6 členů mají APHPP a FMH společných a z celkového počtu poskytovatelů tvoří nadpoloviční počet, který by však k ideálnímu rovnoměrnému pokrytí nestačil. Celkový přehled všech poskytovatelů MSPP je uveden v příloze A. [24]



Obrázek 2.6: Početní zastoupení řádných členů APHPP v rámci krajů [23]



Obrázek 2.7: Početní zastoupení řádných a přidružených členů FMH v rámci krajů [24]

## 2.5.5 Legislativa a financování

Legislativa a financování mobilní hospicové péče v minulosti nebylo zrovna optimální. Až od roku 2018 nebyla mobilní specializovaná paliativní péče ukotvena v legislativě, což značně ztěžovalo provoz těchto zařízení. VZP byla přesvědčená, že provoz těchto zařízení je nákladný, takže snaha o zařazení těchto institucí do legislativy byla minimální až žádná. Systém mobilních hospiců funguje sice od roku 2016, ale řádného proplácení z veřejného zdravotního pojištění se dočkal až začátkem roku 2018. [35] [36]

Z legislativního hlediska se mobilních hospiců týkají zejména 2 zákony, zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. a zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

Nejdůležitějším krokem v legislativním zakotvení hospicové péče byla novela tohoto zákona platná od začátku roku 2018. Podle § 44a se hospicem rozumí „*poskytovatel, který poskytuje zdravotní služby nevyléčitelně nemocným pacientům v terminálním stavu ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta*“ a „*Hospic pacientům a jejich osobám blízkým zpravidla poskytuje i další navazující služby podle jiných právních předpisů.*“ [6]

I přes to, že si většina obyvatel České republiky přeje prožít poslední chvíle svého života v domácím prostředí, až donedávna se jednalo o problematickou záležitost a většina lidí s terminálním onemocněním umírala v nemocničních zařízeních. Legislativním zakotvením domácích hospiců se mnohým pacientům může splnit jejich přání ohledně místa dožití, ale také se jedná o úsporu nákladů, která je ve zdravotnictví vítaná. Proto nastává otázka, proč legislativní zakotvení těchto institucí trvalo tak dlouho. Ministerstvo zdravotnictví se shodlo na tom, že tento typ péče je pro Českou republiku i pro pacienty v terminální fázi života prospěšný. A tímto krokem se otevřely brány do moderního světa hospicové péče. [13]

Druhým zákonem důležitým zákonem z hlediska legislativního ukotvení je zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, který vymezuje hospicovou mobilní péči jako jeden z typů péče, který je hrazený zdravotním pojištěním. V zákoně není uveden přímo pojem „mobilní hospicová péče“, však tato péče spadá podle § 22 do kategorie „zvláštní ambulantní péče“. Zvláštní ambulantní péče se poskytuje „*pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně, smyslově nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci a paliativní péče, poskytovaná pojištěncům v terminálním stavu, v jejich vlastním sociálním prostředí*“. [19]

Díky tomuto zákonu je umožněno poskytovateli zdravotních služeb, v našem případě mobilním hospicům, uzavírat smlouvy s VZP a dalšími zdravotními pojišťovnami. Na základě těchto smluv je mobilní hospicová péče hrazena, a to konkrétně podle odbornosti 926. [37]

Tzv. úhradová vyhláška, která stanovuje hodnoty bodů, výši úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro daný kalendářní rok umožňuje proplácet tuto odbornost. Služby jsou hrazené formou ošetrovacího dne (24 hodin). Jedná se o dva typy agregovaných výkonů a to 80090 – ošetrovací den klinicky nestabilního pacienta v bodové hodnotě 1198 bodů. Druhým agregovaným výkonem je výkon 80091 – ošetrovací den klinicky nestabilního pacienta se závažnými symptomy v bodové hodnotě 1522 bodů. Na každého pojištěnce může být vykázán pouze jeden agregovaný výkon za den a hodnota jednoho bodu činí 1,05 Kč. Úhradová vyhláška též stanovuje maximální celkovou výši úhrady, která nesmí překročit stanovenou částku [37] [38]:

$$\text{Min}\{(POP_{i\check{c}z,dosp} \cdot 30 \cdot 1522 \cdot HB) + (POP_{i\check{c}z,d\check{e}t} \cdot 180 \cdot 1522 \cdot HB); Body_h \cdot HB\}$$

- $POP_{i\check{c}z,dosp}$  je počet unikátních bodů dospělých pojištěnců počet unikátních dospělých pojištěnců ošetřených poskytovatelem v odbornosti 926 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.
- $POP_{i\check{c}z,d\check{e}t}$  je počet unikátních dětských pojištěnců ošetřených poskytovatelem v odbornosti 926 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.
- $Body_h$  je počet bodů vykázaných poskytovatelem v odbornosti 926 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.
- $HB$  je hodnota bodu odbornosti 926 – 1,05 Kč.

I přes to, že se zdá problém s financováním mobilní hospicové péče vzhledem k legislativnímu ukotvení vyřešen, opak je pravdou. Zdravotnická část paliativní péče sice hrazena je, ale sociální část této péče zůstává stále nedořešena. Roku 2017 byla snaha o zakotvení sociální péče o terminálně nemocné v zákoně č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách. Novela tohoto zákona měla umožnit poskytování sociálních služeb terminálně nemocným pacientům, aniž by se jednalo o služby, které jsou poskytovány nad rámec. Tato novela zákona nebyla přijata a zákon tedy stále upravuje pouze poskytování sociálních služeb ve speciálních hospicových lůžkových zařízeních. [37]

Prostředky poskytované od zdravotních pojišťoven pokrývají pouze část nákladů, a proto jsou mobilní hospice i nadále odkázané na finanční dary, dotace, sbírky či spoluúčasť nemocných. Problematika financování je řešena v jednotlivých zařízeních samostatně. [29]

## 2.5.6 Pilotní program

Jak už bylo řečeno, v České republice každý rok umírá kolem 110 tis. lidí a většina z nich stráví své poslední hodiny či dny v nemocničním prostředí. Podle současných průzkumů si ale až 78 % lidí žijících v České republice přeje dožít v domácím prostředí. Obecně v Evropě převládá názor, že lidé s nevyléčitelným onemocněním by měly mít možnost v posledních chvílích jejich života rozhodnou se, kde chtějí tyto poslední chvíle strávit. Pokud je to v domácím prostředí, nikdo by jim neměl bránit. Podle odborníků z oblasti paliativní medicíny je domácí péče levnější, úspory této péče odhadují až na 300 tisíc korun denně. [28]

Během roku 2014 se České společnosti paliativní medicíny podařilo udělat průlomový krok. Zdravotní pojišťovny s Ministerstvem zdravotnictví České republiky začaly diskutovat o možném zařazení MSPP do systému zdravotních úhrad v rámci zdravotního pojištění. Model pro zařazení MSPP do systému zdravotního pojištění vycházel ze vzoru sousedních západoevropských států. Hlavním úkolem pilotního programu bylo ověření parametrů práce mobilních hospiců, jaký byl jejich přínos pro pacienty a jejich rodiny, zabezpečení a bezpečnost odborné péče a náklady na mobilní hospicovou péči. Dále se také provádělo srovnání těchto nákladů s náklady, které byly vynaloženy na pacienty na akutních lůžkách nemocnic, v krajských onkologických centrech, či lůžkách LDN. [28]

Začátkem roku 2015 byla podepsána trojstranná dohoda o spuštění pilotního programu paliativní péče v České republice. Dohoda byla podepsána VZP, Ministerstvem zdravotnictví České republiky a ČSPM. Cílem této dohody bylo ověření začlenění paliativní péče do systému ambulantní paliativní péče a nalezení optimální způsob úhrady při zachování základních principů MSPP. Základní podmínkou pilotního programu MSPP byla neustálá dostupnost péče (7/24) nad rámec doposud hrazené služby v odbornosti 925. MSPP je poskytována výhradně pacientům s terminálním stádiem onemocnění, kteří chtějí a mohou trávit poslední chvíle svého života v domácím prostředí. Tito pacienti jsou z hlediska zdravotní péče nákladnou skupinou v rámci hospitalizace a tímto programem je snaha o zvýšení úspor v rámci veřejného zdravotního pojištění. [28]

Pilotní program obsahoval 7 mobilních hospiců, jejichž personální a technické vybavení splňovaly podmínky pro zařazení. [28]

1. Diecézní charita Brno – Rajhrad, Brno – Třebíč
2. Hospic sv. Alžběty – domácí hospic Tabita – Brno
3. Mobilní hospic Most k domovu – Zlín
4. Domácí hospic Cesta domů – Praha
5. Mobilní hospic Most k domovu – Praha
6. Oblastní charita Červený Kostelec – mobilní hospic
7. Mobilní hospic Ondrášek – Ostrava

Podmínky poskytování MSPP v rámci pilotního programu byly určeny podle předem dohodnutých kritérií. Mezi jednu z těchto podmínek patřilo hrazení VZP paušální platbou na den u jednoho pojištěnce po dobu maximálně 30 dní, zbytek dalších dní až do úmrtí pacienta si hradí organizace sama ze svých prostředků. Pokud by došlo ke zlepšení zdravotního stavu pacienta, má možnost organizace přerušit léčbu a léčba pacienta přechází zpět do rukou praktického lékaře. Od převzetí pacienta do péče prováděné v rámci programu až do jejího ukončení, jsou veškeré provedené zdravotní služby, které jsou realizovány v rámci agregovaných výkonů (výkony prováděné jinými subjekty, např. převoz sanitkou, CT, transfuze atd.) odečteny z úhrady pilotní organizace. Při vyhodnocení pilotního programu bylo zjišťováno, zdali je finanční nákladovost MSPP výhodnější oproti dosavadní poskytované péči v rámci hrazených služeb z veřejného zdravotního pojištění. [28]

Výsledky potvrzují že 92 % až 97 % pacientů zůstává v domácím prostředí až do své smrti, což odpovídá jejich preferencím. Také docházelo k účinnému tlumení bolesti způsobené zhoršujícími se symptomy, čímž byla zachována kvalita života. I když se jedná o velice nákladnou skupinu pacientů. Průměrné náklady na pacienta na 1 den vycházely v posledních 4 týdnech života v průměru na 1316 Kč, tato hodnota je však na spodní hranici a náklady na pacienty v terminálním stádiu onemocnění jsou značně individuální. Dle průzkumu ÚZIS, který sbíral data přibližně od 70000 pojištěnců VZP, byly vypočítány náklady na 1 den v průměru na 1632 Kč. [28]

Vynaložená částka na péči o umírající pacienty činí ročně kolem 1 miliardy korun a každým rokem toto číslo stoupá. Samozřejmě VZP není jediná z pojišťoven, která umožňuje hradit mobilní hospicovou péči. Zdravotní výkony spojené s péčí o umírající pacienty si vykazují i zbylé zdravotní pojišťovny. [28] [35]

## 2.6 Analýza současného stavu problematiky v zahraničí

Srovnávání zdravotnické péče oproti zahraničí je obecně složitější záležitostí vzhledem k rozdílné struktuře zdravotnictví. I přes to, že některé státy sdílejí stejný typ zdravotního systému, existují odlišnosti, díky kterým se rozsah speciální paliativní péče může v jednotlivých zemích značně lišit. Mobilní hospicová péče má nepopíratelný přínos pro společnost jako celek a v dnešní době se jedná o běžně dostupnou formu paliativní péče v mnoha zemích Evropy a USA. [39] [40] [41]

Pro analýzu současného stavu problematiky mobilní hospicové péče v zahraničí byly zvoleny země, které mají poměrně dobře vyřešené financování této péče. Jedná se o Francii, Německo, Rakousko a Švédsko.

### 2.6.1 Francie

V roce 1999 byl ve Francii schválen zákon zaručující všem právo na paliativní péči. Ve Francii je základní balíček paliativní péče hrazen z veřejného zdravotního pojištění, je široce dostupný a možnosti paliativní péče jsou značně rozsáhlé. Pacienti mají možnost využít „základní balíček“ nebo si mohou zaplatit nadstandardní služby. Základem pro poskytování paliativní péče je nemocniční prostředí. Na území Francie se vyskytuje 122 specializovaných oddělení paliativní péče. Mobilní specializovaná péče poskytována 24 hodin denně není zavedena. Domácí paliativní péče je zde prováděna třemi formami. [39] [42]

- 1) **Sítě paliativní péče** se nezapojují do vlastní zdravotnické péče, mají pouze na starost koordinaci péče o nemocného a informují zúčastněné instituce podílející se na péči o pacienta. Dále také podporují pobyt pacienta v domácím prostředí a hlavní náplní je poskytování psychologické a sociální podpory.
- 2) **Domácí hospitalizace** spolupracuje s nemocnicemi a nejvíce s praktickými lékaři. Tento typ instituce zaručuje sesterskou, ošetrovatelskou a rehabilitační péči v domácím prostředí 24 hodin denně. Paliativní péče není primární náplní této instituce, jelikož ne všichni zdravotní pracovníci jsou školeni v oboru paliativní péče. Tento typ služby je do jisté míry podobný českým home care agenturám, ale výhodou oproti České republice je neustálá dostupnost.
- 3) **Konziliární týmy paliativní péče** jsou multidisciplinární týmy tvořené lékařem, sestrou, psychologem, sociálním pracovníkem a kinezioterapeutem. Ostatní specialisté mají možnost s těmito týmy konzultovat zdravotní stav pacienta. Tyto týmy původně pracovaly v nemocnicích, nyní svou činnost rozšířily i mimo nemocnice. Cílem těchto týmů je zvyšovat povědomí o paliativní péči mezi odbornou a laickou veřejností.

Financování paliativní péče je ve Francii velmi dobře zajištěno zdravotními pojišťovnami vzhledem k legislativní podpoře. Paliativní péče je plně hrazena, pouze doplatky na pečovatelské a nadstandardní služby si pacienti hradí sami. Státním

rozpočtem jsou plně hrazeni jednotliví poskytovatelé. Ročně pojišťovny poskytují příspěvek Sítím paliativní péče a Týmům mobilní paliativní péče, výše příspěvku však závisí na jejich velikosti. Domácí paliativní péče je financována jako nemocniční péče DRG systémem (ve Francii T2A – tarification à l'activité) a má svůj specifický kód (MPP4). Průměrná částka za 1 den domácí hospitalizace u 1 pacienta v roce 2008 činila 169 €. Průměrná částka za 1 den strávený na následné péči činila 263 €. Z toho jasně vyplývá značná finanční úspora domácí péče. [39] [43] [44]

## 2.6.2 Německo

Paliativní péče se do německé legislativy dostala roku 1997 a v této době bylo sestaveno financování lůžkových hospiců z veřejného zdravotního prostředí. 90 % nákladů pro dospělé pacienty hospiců pokrývá zdravotní pojišťovna a zbylých 10 % je hrazeno z darů. U dětí je úhrada vyšší a to 95 %. V roce 2002 došlo k rozšíření úhrad i na domácí hospicové péče, ale tyto úhrady nebyly dostačující, jelikož domácí paliativní péče je komplexní záležitostí. Zásadní zlom nastal v roce 2007, kdy byla uzákoněna specializovaná mobilní paliativní péče (spezialisierte ambulante Palliativversorgung – SAPV). [39] [45]

SAPV je určena pro pacienty ve vlastních domovech či pro pacienty v domech s pečovatelskou službou. Svaz zdravotních pojišťoven vydal doporučení pro uzavírání smluv, však konečná podoba smlouvy závisí na jednotlivých pojišťovnách. Mohou se lišit ve výši úhrad a také v jejich mechanismu, kdy je možné využít paušální platbu či platbu za výkon. Výhoda jak pro poskytovatele, tak i pro pacienty tkví v tom, že každá strana si může zvolit typ kontraktu, který je pro něj za dané situace nejlepší. Případně má pacient možnost přejít k jiné zdravotní pojišťovně. [39] [46] [47]

V současné době se v Německu nachází 277 týmů specializované mobilní paliativní péče, která je plně hrazena ze zdravotního pojištění. Asociace zdravotních pojišťoven doporučila limit 1 mobilní tým na 250 tis. obyvatel, vzhledem k úmrtnosti 10 % v oblasti mobilní paliativní péče. Mobilní tým je tvořen 8 lékaři a sestrami na plný úvazek. [39]

Tabulka 2.6: Úhrada MSPP – pojišťovna BKK [39]

Trvání péče (dny)	Paušál 1 <sup>a</sup> (v €)		Paušál 2 <sup>b</sup> (v €)	
	Dospělí	Děti	Dospělí	Děti
<b>1-10</b>	1500	4000	750	2000
<b>11-56</b>	120/den	220/den	60/den	110/den
<b>57 a více</b>	80/den	150/den	60/den	75/den
<i>1<sup>a</sup> – pacient je v péči pouze specializované paliativní mobilní péče</i>				
<i>2<sup>b</sup> – specializovaná mobilní péče + péče lůžkového hospice</i>				

Tabulka 2.7: Úhrada MSPP – pojišťovna Primärkassen [39]

Doba péče (dny)	Paušál 1 <sup>a</sup> (v €)	Paušál 2 <sup>b</sup> (v €)
<b>1-10</b>	1500	750
<b>11-20</b>	2350	1175
<b>21-30</b>	3350	1675
<b>31-40</b>	4550	2275
<b>41-50</b>	5850	2925
<b>51-60</b>	7000	5250
<b>61-75</b>	8000	6000
<b>76-90</b>	9150	6862
<b>91-105</b>	10450	7838

### 2.6.3 Rakousko

Rakousko jako jedna z mála zemí, která má svoji paliativní péči od počátku postavenou na mobilních týmech a specializovaných nemocničních odděleních. První mobilní tým paliativní péče začal fungovat už v roce 1989. Až v roce 2001 byla vytvořena koncepce paliativní péče, která byla roku 2004 představena ministerstvu zdravotnictví a rok poté byla schválena. Koncepce navrhuje vytvoření komplexního modelu služeb paliativní péče. Tento komplexní model paliativní péče je tvořen šesti typy služeb, a aby byla péče adekvátně zajištěna v rámci regionálních podmínek, je nezbytné tyto služby kombinovat. Po celou dobu docházelo k rozvoji paliativní péče a důležitým milníkem bylo schválení institutu tzv. Familienhospizkarenz ministerstvem práce a sociálních věcí. Koncept tohoto institutu je založen na právu snížení úvazku či možnosti neplaceného volna až po dobu 6 měsíců pro osobu pečující o umírajícího člena rodiny. [39] [48] [49]

Od roku 2008 byla prováděna aktualizace standardů služeb paliativní péče. V roce 2014 byla mobilní specializovaná paliativní péče definována jako neustále dostupná péče pro paliativní pacienty, kteří se nachází v domácím prostředí, sociálním zařízení, lůžkovém hospici či nemocničním zařízení. Úhradové mechanismy jsou ponechány na rozhodnutí jednotlivých spolkových zemích Rakouska, kromě úhrady spojené s péčí v nemocnici na oddělení paliativní péče. Ta je hrazena ve všech spolkových zemích stejně. Nicméně pacienti mají všechny služby mobilní specializované paliativní péče plně hrazeny ze zdravotního pojištění, dalších rozpočtů či vícezdrojového financování dané organizace. [39] [50]



V roce 2013 na území Rakouska fungovalo 44 týmů mobilní specializované paliativní péče. V některých oblastech je tato péče plně hrazena z rozpočtu spolkových zemí, ale často dochází ke kombinaci úhrad zdravotního pojištění a dalších rozpočtů. [39]

Tabulka 2.8: Paliativní péče v Rakousku [39]

	Základní péče	Podpůrná péče mobilních týmů		Specializovaná paliativní zařízení
Akutní péče	Nemocnice	Mobilní hospice	Paliativní konziliární týmy	Oddělení paliativní péče
Dlouhodobá péče	Domovy s pečovatelskou službou		Mobilní specializovaná paliativní péče	Lůžkové hospice
Domácí péče	Praktický lékař			Denní hospicové stacionáře

## 2.6.4 Švédsko

Ve Švédsku byl první multidisciplinární mobilní paliativní tým vytvořen už v roce 1977, služby byly poskytovány 24 hodin denně. Veškerá mobilní specializovaná paliativní péče je hrazena z veřejných prostředků a celkový počet lůžek specializované paliativní péče v rámci nemocničních zařízení a hospiců je 680. Specializovaná paliativní péče není centralizovaná, ale spravuje jí 21 švédských krajů a každý z nich má pro tento typ péče odlišné označení. Každý kraj rozvíjel mobilní paliativní péči podle svých potřeb, nicméně je pro většinu populace dostupná a hrazená z veřejných prostředků, i když v některých případech (krajích) musí pacienti počítat se spoluúčastí. Ne všechny mobilní týmy specializované paliativní péče jsou dostupné 24 hodin denně, v některých oblastech jsou omezeny na standardní pracovní dobu a v takových případech je spolupráce s praktickým lékařem intenzivnější. [21] [51] [52] [53]

### 3 Cíle práce

Cílem diplomové práce je analýza nákladů na péči a posouzení současných úhradových mechanismů u dvou zdravotnických zařízení poskytujících mobilní hospicovou péči. Následná identifikace základních procesů, které se vyskytují při poskytování mobilní hospicové péče, a analýza nákladů včetně analýzy souvisejícího personálního, věcného a technického vybavení u vybraných poskytovatelů mobilní hospicové péče.

Na základě zjištěných poznatků bude stanovena výsledná ekonomická bilance mobilní hospicové péče u vybraných poskytovatelů. Dále budou navrženy alternativy možného zefektivnění souvisejících činností domácí hospicové péče. Budou diskutovány klíčové parametry, které mají dopad na výsledek této bilance z pohledu poskytovatele péče a vhodnost používaného úhradového mechanismu pro tento typ péče.

## 4 Metody

### 4.1 Procesní řízení

Procesní řízení vychází z anglického slova Process-Based Management a jedná se o řízení jednotlivých procesů v organizaci, které klade důraz na opakované procesy a na jejich průběh v dané organizaci. Hlavním úkolem procesního řízení je snaha o neustálé zlepšování podnikových i mezipodnikových procesů a dosažení maximální výkonnosti těchto procesů. Tyto úkoly jsou plněny pomocí různých metod, nástrojů a systémů. Pomocí procesního řízení se snažíme najít takové procesy, které umožní bezproblémové vykonávání a následné vylepšování stávajících procesů a oprostít je od činností, které nepřidávají žádnou hodnotu. Jedná se o základ organizace práce v podniku a podnikových činností. [54]

Základem procesního řízení je proces. Procesem se rozumí řada logicky úkolů nebo činností jejichž postupným vykonáváním dochází k vytvoření předem definovaného souboru výsledků. Při popisování procesu sbíráme a následně zaznamenáváme informace o všech probíhajících pracovních činnostech, nástrojích, časových, kvantitativních a kvalitativních parametrech, které má proces plnit. U procesů aktivně působí obsluhující personál, a to ze hlediska intelektuální i manuální stránky, a postupně vytváří předmět či službu, která by měla finálnímu zákazníkovi přinášet určitou hodnotu. Jednoduše řečeno pomocí procesů vytváříme ze vstupů výstupy na požadované úrovni pro finálního zákazníka, což vede k následnému naplnění strategických cílů podniku [55]

Procesní řízení sebou nese řadu výhod. Pokud je odpovědnost za daný proces jako celek vztahena na všechny personál, který se na procesu aktivně podílí, výsledkem je úspěšný a hladký průběh. Další výhodou je odstranění zbytečných činností, které by zbytečně zaměstnávaly organizaci a docházelo by k prostojům, či k vytváření procesů bez připadané hodnoty, což vede k neopodstatněnému zvyšování nákladů. Pomocí procesní analýzy lze identifikovat procesy na kterých stojí celá organizace, ty souvisí s hlavní podnikatelskou činností a pro organizaci jsou nezbytné. [56]

Jednotlivé procesy se dají roztřídit do několika skupin, jejich členění je různorodé a u různých autorů se rozdělení terminologicky liší.

**Procesní trojúhelník Edwardse a Pepparda** je model, který byl vytvořen v 90. letech ve Velké Británii. Typy jednotlivých procesů jsou odvozeny od tržní a produktové složky podnikové strategie. V tomto modelu jsou rozeznávány 4 druhy kritických podnikových procesů. Jedná se o konkurenční procesy, procesy infrastruktury, klíčové procesy a opěrné procesy. Konkurenční procesy se zajímají o konkurenci podniku a z ekonomického hlediska zajišťují zisk podniku. Procesy infrastruktury zkoumají, zdali bude podnik v daném oboru i nadále konkurenceschopným hráčem. Předpoklad pro tento budoucí úspěch je dán zejména lidskými zdroji, postupy a technologiemi. Klíčové

procesy jsou podstatné z hlediska zainteresovaných osob, tedy zákazníků. Předpokladem je hladký a uspokojivý průběh. Díky těmto procesům se podnik neocitá na trhu v nevýhodě, nežli o konkurenci se spíše jedná o minimální podmínky pro vstup na trh či legislativní opatření. Opěrné procesy jsou oproti klíčovým procesům zákazníky spíše neoceňovány. Tyto procesy se nacházejí v každém podniku a jsou spolu úzce propojeny za účelem vyšší efektivity. Nejedná se o procesy, které přímo podporují zákazníka, ale jako procesy jsou uznávány z důvodu funkcionálních přínosů (efektivita a specializace). Jako příklad se dá uvést administrativa, bez které by zbylé procesy nemohly hladce probíhat. [56]

**Porterův model hodnotového řetězce** se využívá zejména při studiu konkurence a při vytváření SWOT analýzy. Podle Portera se rozdělují procesy na primární a podpůrné. Primární procesy jsou pro podnik stěžejní. Jedná se zejména o provozní procesy, které jsou nutné k výsledné produkci výstupů pro zákazníka. Podpůrné procesy naopak zajišťují funkčnost primárních procesů. Mezi podpůrné procesy patří marketing, výzkum, vývoj atd. Co se týče funkčnosti modelu, Porterův model se potýká s nedostatkem v oblasti inovačních procesů, které zcela chybí a veškerá činnost manažera je soustředěna zejména na primární procesy, což vede ke snížené schopnosti reagovat na zákaznickovy potřeby. [56]

**Scheerův Y model** slouží k identifikaci procesů ve výrobních firmách a spojuje vlastní logistiku, která bere v potaz výrobu a následný prodej výrobků a poukazuje na propojenost operativního a dlouhodobého řízení. [56]

**Procesní model** začíná inovačním procesem, který je podstatný z pohledu zákazníka. Snaží se odhalit současné potřeby zákazníka, predikovat jeho budoucí potřeby a najít způsob, jak tyto problémy co nejefektivněji vyřešit. Následuje provozní proces, který se zabývá dodávkou současných výrobků a služeb současným zákazníkům a je ukončen prodejním servisem (nabídka služeb po prodeji – přidává nakoupeným výrobkům a službám další hodnotu) [56]

#### 4.1.1 Metody procesní analýzy

Jak už bylo řečeno, metody procesní analýzy jsou důležité k identifikaci hlavních procesů, na kterých daná organizace stojí, a naopak i k identifikaci procesů, které organizaci žádnou hodnotu nepřidávají. Na základě této identifikace je možné navrhnout individuální zlepšení anebo nová opatření. Pomocí těchto opatření dochází ke zlepšování dílčích procesů v dané organizaci zejména s ohledem na zvýšení produktivity a kvality, zkrácení průběžné doby a eliminaci zbytečných kroků v daném procesu. Metod procesních analýz existuje mnoho, a proto dále v textu budou popsány pouze vybrané metody. [56]

## 1. Value Stream Mapping (VSM) – mapování toku hodnoty

Základem VSM je schopnost produktu či služby poskytovat funkce požadované zákazníkem. Pokud pro zákazníka daný produkt či služba nevytváří užitek, hodnota automaticky klesá. Jedná se o veškeré aktivity a procesy, které jsou spojeny s výrobou produktu či služby. Nejedná se pouze o aktivity a procesy, které hodnotu přidávají, ale i spadají sem i ty, které naopak žádnou hodnotu nepřidávají. Cílem VSM je identifikace a následná eliminace procesů bez přidané hodnoty a zavádění syntézy nejlepších pracovních praktik a strategií, která by spojovala potřeby top-managementu s potřebami pracovních týmů. Primární myšlenkou je, že bez pozorování, studování a snahy porozumět podnikovým procesům nemůže zákonitě dojít k jejich zlepšení. [57]

VSM je formou grafického zpracování souvislostí a vazeb v materiálových i informačních tocích v daném hodnotovém toku konkrétního výrobku. Využívá standardizovaných ikon a začal se používat jako první v japonské Toyotě. Výsledkem jsou mapy hodnotových toků pomocí symbolů a ikon, které umožňují daleko jednodušší orientaci. Cílem není samostatná analýza daného procesu, ale i podpora komunikace napříč organizací. Vzhled k neustále se zvyšujícímu počtu podílejících pracovníků se životní cyklus výrobků, případně výrobních procesů, bude neustále zkracovat. [57]

## 2. Procesní mapa

Procesní mapa představuje grafické znázornění přehledu jednotlivých procesů v organizaci, které jsou potřeba k zajištění chodu dané organizace. Jedná se o nástroj, který usnadňuje řízení a rozhodování managementu. Důležité při tvoření procesní mapy je vytvořit typ činností, který se bude v procesní mapě používat. Jedná se o tzv. spouštěcí a ukončovací, transformační, rozhodovací a schvalovací činnosti. [58]

**Spouštěcí a ukončovací činnosti** podniku přesně definují začátek a konec procesu. Obecně se tyto procesy značně podílejí na lepší orientaci. Spouštěcí činnosti představují vstupy, ukončovací poté výstupy.

**Transformační činnosti** představují činnosti, které transformují vstupy na výstupy. Tyto činnosti nám přidávají hodnotu, proto je snaha mít těchto činností v procesní mapě co nejvíce.

**Rozhodovací činnosti** při existenci více variant rozhodují o způsobu vykonávání procesu. Vykonávání těchto činností může být prováděno automaticky pomocí algoritmu.

**Schvalovací činnosti** ověřují, zdali byly splněny podmínky, za kterých může daný proces pokračovat. Podmínkou může být například kvalita výstupu, připravenost zdrojů bezprostředně navazujících procesů atd. Vyjadřují pravomoci lidí v jednotlivých procesech.

Poslední skupinou jsou **ostatní činnosti**, které je třeba patřičně odlišit od zbylých skupin. Jedná se o různorodé typy činností, které si můžeme sami definovat. [58]

### 3. Business Process Reengineering (BPR)

Jedná se o úplné překování dosavadně používaných procesů. BPR se nesnaží o zlepšení procesů, ve své podstatě říká, že doposud používané podnikové procesy jsou nefungující, nevyhovující a je změnit od samého počátku. Prvním krokem při vytváření BPR je definice rozsahu a hlavních cílů, poté následuje analýza, která hodnotí zkušenosti a potřeby zákazníků, zaměstnanců a dalších podniků a případné možnosti nových technologií. Po analýze těchto aspektů je možné vytvořit budoucí vizi procesů a stanovit plán kroků, které povedou k zavedení nové soustavy procesů. Posledním krokem je implementace. U této metody je prakticky nemožné stanovit univerzální přístup vzhledem k různým potřebám a situačním postavením podniků. [59]

S BPR i úzce souvisí metoda BPI neboli **Business Process Improvement**. Jedná se o metodu, která se nesnaží celý proces změnit, ale naopak hledat různé způsoby, jak daný proces vyřešit/vylepšit. Pomocí metody BPI se snažíme porozumět momentální situaci v organizaci. Jsou prováděny analýzy postupů k identifikaci procesů, které by se daly zefektivnit či zpřesnit. Výsledkem jsou plynulejší postupy, efektivnější pracovní toky a celkový obchodní růst. [59]

## 4.2 Metody alokace nákladů

Každému nákladovému objektu (výrobek či služba) lze přiřadit přímé náklady, tedy náklady, které přímo souvisejí s daným objektem a nepřímé náklady, které už nelze přiřadit přímo a jsou většinou společné pro více nákladových objektů. V případě nepřímých nákladů se musí použít určitý přepočít., který vyjádří podíl nákladového objektu na spotřebě daného nákladu. Pro toto rozřazení se využívá metoda alokace nákladů. [60]

Tato metoda se využívá, pokud není přímý vztah mezi nákladem a výkonem. Při této metodě využíváme veličinu, která se označuje jako rozvahová základna nebo vztahová veličina (metoda ABC). Tato veličina bývá velmi lehkou zjistitelnou a pomocí této veličiny jsme schopni následně přiřadit nepřímé náklady objektu alokace. Metoda alokace nákladů je schopna zjistit a popsat vazby mezi náklady a výkony, proto patří k jedné z nejdůležitějších metod používaných při řízení nákladů. [60]

Alokace nákladů se skládá ze 3 částí. První fází dochází k přiřazení přímých nákladů nákladovému objektu, který vznik těchto nákladů vyvolal. První fáze spočívá v přerozdělení prvotních nákladů. Druhá fáze spočívá v co nejpřesnějším vyjádření vztahu mezi dílčími náklady a nákladovým objektem, který vyvolal jejich vznik, a třetí fáze se vztahuje k přesnému přerozdělení jednotlivých nákladů na daný objekt. [60]

Metodou kalkulace nákladů se rozumí způsob stanovení dílčích částí nákladů na kalkulační jednici (výkon vymezený měrnou jednotkou). Jsou závislé na předmětu kalkulace, způsobu přičítání nákladů výkonům, dále je důležité brát v potaz požadavky, které jsou kladeny na strukturu a podrobnost členění nákladů. Mezi metody kalkulace nákladů patří mnoho metod například kalkulace dělením, přírážková kalkulace, kalkulace rozdílové, kalkulace ve sdružené výrobě, metoda ABC, kalkulace target costing, micro-costing atd. [60]

## **4.3 Metody kalkulace nákladů**

### **4.3.1 Kalkulace dělením**

Prostá kalkulace dělením je jednou z nejjednodušších kalkulačních metod. Náklady na kalkulační jednici jsou dány poměrem úhrnných nákladů za dané období a počtem kalkulačních jednic vyrobených v daném období. Tato metoda je často využívána v oblasti hromadné výroby. [61]

### **4.3.2 Stupňovitá kalkulace dělením**

Využívá se u oddělení výrobních, správních či odbytových nákladů, pokud se liší počtem vyrobených a prodaných výrobků. Pokud nejsou výrobky prodány, nejsou v daném období zatěžovány odbytovými náklady.

Tato metoda má uplatnění, pokud výrobek prochází několika výrobními fázemi. Následně je sestavená kalkulace pro každou fázi, kde je možné kalkulovat buď to veškeré náklady nebo zpracovací náklady. [61]

### **4.3.3 Kalkulace dělením s poměrovými čísly**

Tento typ kalkulace je využíván u výroby výrobků s různými velikostmi, tvary, hmotnostmi, pracností nebo kvalitou. Zde by bylo zjišťování výrobních nákladů složitější. Zvolíme si poměrová čísla např. podle spotřeby času, hmotnosti či přímých mezd. Vypočítáme objem výroby v poměrových jednotkách pronásobením poměrových čísel a daného objemu výroby a jejich sečtením. Náklady na jednu jednotku základního výrobku jsou dány poměrem celkových nákladů a součtem poměrových jednotek. Náklady na zbylé výrobky vypočítáme jako součin nákladů na základní výrobek a poměrového čísla. [61]

#### **4.3.4 Kalkulace přírážková**

Využívá se pro kalkulaci režijních nákladů při výrobě různých výrobků v sériové a hromadné výrobě. Základem je rozdělení nákladů do dvou skupin – přímé a režijní. Přímé náklady přiřadíme přímo, režijní jsou dopočítány pomocí zvolené rozvrhové základny a zúčtovací přírážky. Přírážka může být buďto procento nebo sazba. Pomocí této metody se snažíme vykazovat co nejvíce nákladů v přímé formě. [61]

#### **4.3.5 Kalkulace nákladů podle elementárních procesů – metoda ABC**

Pomocí metody ABC jsme schopni zjistit náklady na jednotlivé výrobky, služby, zákazníky, oblasti atd. Měří náklady a výkonnost nákladových objektů, aktivit a zdrojů. Aktivita je spotřebována nákladovým objektem a zdroj je spotřebován aktivitou. Snahou ABC je, aby všechny činnosti aktivně přispívaly k naplnění hlavních procesů a pokud tomu tak není, měly by tyto činnosti být eliminovány.

Důležité je definovat vztahové veličiny (cost drivers), které vyjadřují vztah mezi spotřebovanými zdroji a nákladovými objekty. Cílem metody je co nejpřesněji přiřadit režijní náklady podle skutečného původu jejich vzniku. Náklad vzniká na základě existence aktivity, zdroje a nákladové objektu.

Výhodou metody ABC je rovnoměrnější rozdělení režijních nákladů na jednotlivé výrobky, dá se využít u složitějších výrobků, umožňuje lépe kontrolovat a řídit náklady, vhodná při tvorbě cen a rozhodování o portfoliu produktů. Nevýhodou může být např. časová náročnost, nákladnost či složitost. [61] [62]

#### **4.3.6 Micro-costing**

Micro-costing patří mezi kalkulační metody nákladů, které nám umožňují přesné posouzení ekonomických nákladů. Tato metoda se využívá zejména ve zdravotnickém sektoru. Jedná se o velice účinnou metodu pro odhad nákladů na nové intervence, které nemají stanovené průměrné náklady a pro odhad skutečných nákladů na zdravotní systém. Pomocí metody micro-costing jsou shromážděny podrobné informace o veškerých zdrojích (lidských, finančních), které souvisejí s péčí o pacienta. Micro-costing bere v potaz všechny přímé i nepřímé náklady (náklady na zdravotnický personál, osvětlení, strava atd.). Výhodou této metody je vysoká přesnost s ohledem na místní zdravotnické služby nebo individuální potřeby pacienta. Jedná se o přístup bottom-up, který přiřazuje náklady každé ze složek zdroje. Opakem bottom-up je metoda top-down také známá jako gross-costing. Při využívání metody gross-costing získáváme průměrné náklady na využívané zdroje. Obecně je bottom-up považována za přesnější i když komplikovanější metodu než gross-costing. [63] [64] [65]



## 5 Výsledky

Data potřebná ke zpracování praktické části byla získána od dvou zařízení poskytující služby mobilní hospicové péče. Jedná se o Hospic Dobrého Pastýře v Čerčanech, jejíž zakladatelem je TŘI, z.ú. a Domácí hospic Srdcem v Kolíně. Oba tyto hospice jsou členy APHPP i FMH. Hlavním cílem diplomové bylo vytvoření ekonomické bilance na základě analýzy nákladů a výnosů. Zdrojem dat byly především výroční zprávy a výkazy zisků a ztrát za rok 2019, které byly v případě potřeby doplněny písemným komentářem povolaných osob. Vzhledem k současné situaci kolem pandemie COVID-19 byla analýza technického a věcného vybavení vytvořena na základě platné legislativy a standardů hospicové paliativní péče. Dále byly v praktické části identifikovány jednotlivé procesy mobilní hospicové péče, které jsou potřebné k zajištění dennodenního chodu organizace. Tyto procesy byly graficky znázorněny pomocí procesní mapy.

### 5.1 Procesní mapa

Procesní mapa byla vytvářena na základě procesů, které jsou součástí přijímání pacienta do služeb mobilní specializované paliativní péče a jeho následné péče. Tyto procesy lze do jisté míry standardizovat (Standardy mobilní specializované paliativní péče). Vypracovaná procesní mapa je v příloze B.

Proces začíná podáním žádosti o přijetí a končí úmrtím pacienta či předčasným ukončením péče na základě dohody pacienta jeho rodiny a týmu paliativní péče. Specializovaná paliativní péče může být pacientovi indikována ošetřujícím lékařem i praktickým lékařem, ale často se na domácí hospic obrací rodina sama.

#### 1. Úvodní rozhovor – telefonický, osobní, elektronický

Tento rozhovor se zaměřuje na objasnění pacientovo situace, přání pacienta a jeho rodiny a na jejich představu o péči. Rodině je srozumitelně objasněna povaha péče, podmínky přijetí, platby, jsou poskytnuty informace o dalších službách, které jsou poskytovány v rámci domácí hospicové péče. [66]

#### 2. Podání žádosti o přijetí pacienta do služeb MSPP

Žádost vyplňuje ošetřující lékař, společně s pacientem a jeho rodinou. Součástí žádosti je i informovaný souhlas, kterým pacient po podepsání potvrzuje, že se pro paliativní péči rozhodl svobodně, že je seznámen s povahou domácí hospicové péče a že si je vědom možných alternativ a důsledků této léčby. Dále se k žádosti v případě potřeby přikládá zdravotní dokumentace pacienta, obvykle se však zdravotní dokumentace předává až při osobním setkání. Žádost lze posílat v elektronické formě, poštou anebo donést osobně. [66] [67]

### 3. Posouzení pacienta

O přijetí pacienta do služeb daného mobilního hospice je rozhodováno na základě podané žádosti a o přijetí pacienta rozhoduje zpravidla hospicový tým v čele s hlavním lékařem, který posuzuje, zdali pacient splňuje všechny podmínky. Pacienti jsou do služeb MSPP přijímáni na základě splnění podmínek, které jsou pro většinu domácích hospiců obdobné. Výjimku mohou tvořit některé domácí hospice, které například nepřijímají pacienty určitých diagnostických skupin. Podmínky přijetí pro Domácí hospic Dobrého Pastýře a Domácí hospic srdce jsou obsaženy v tabulce 5.1. [66] [67]

Tabulka 5.1: Podmínky pro přijetí do vybraných domácích hospiců [66] [67]

<b>TŘI, Hospic Dobrého Pastýře</b>	<b>Domácí hospic Srdcem</b>
Nevyléčitelná nemoc v pokročilém stádiu	Pokročilé nebo konečné stadium nevléčitelného onemocnění (doba dožití v rámci týdnů, měsíců)
Pacient pobývá v domácím prostředí	Ukončení kauzální léčby
Vzdálenost místa pobytu od DH $\leq 30$ km (výjimečné případy $> 30$ km)	seznámení pacienta a jeho rodiny se zdravotním stavem, jeho závažností, prognózou a možnostech léčby
Souhlas s PP a s podmínkami přijetí (potvrzeno podpisem)	Pacient souhlasí s domácí hospicovou péčí
Převzetí odpovědnosti za péči pacienta 24/7/365 (min. 1 osoba)	Je zajištěna celodenní péče jiné rodiny
Zajištění podání medikace a vykonání doporučených úkonů dle doporučení domácího hospice	Poskytnutím lékařské zprávy
Poskytnutí osobních údajů a souhlas se vstupem multidisciplinárního týmu do domácího prostředí pro vykonání potřebné PP	Doporučení praktického lékaře či ošetřujícího lékaře k poskytování domácí hospicové péče
V případě že se pacient, pečující nebo ostatní členové domácnosti nachází ve zvláštním ochranném režimu je posouzeno přijetí do péče individuálně (nutné nahlásit)	Pacient si je vědom ceníku služeb a souhlasí s nimi
Přijímání dětských pacientů probíhá na základě souhlasu zákonných zástupců	Vzdálenost místa pobytu od DH $\leq 30$ km

#### **4. Obdržení žádosti**

Po obdržení žádosti se pověřená osoba z domácího hospice v co nejkratším intervalu telefonicky spojí s žadatelem a domluví se na termínu příjmové návštěvy. [66] [67]

#### **5. Příjmová návštěva**

První návštěva pacienta probíhá v jeho domácím prostředí a je zpravidla vykonávána lékařem společně se zdravotní sestrou. V některých případech je na první návštěvu vyslána pouze zkušená zdravotní sestra, která provede zhodnocení stavu pacienta a až poté je k pacientovi vyslán lékař. Při příjmové prohlídce je proveden rozhovor s pacientem a kompletní vstupní prohlídka. Výstupem této příjmové prohlídky je plán paliativní péče. Vstupní prohlídka se obvykle skládá z [33]:

- anamnestického rozhovoru – zjištění postoje pacienta k onemocnění, jeho subjektivních obtíží, přání, obavy atd.;
- základního klinického vyšetření – podrobnější popis projevů základního onemocnění a hodnocení psychického a nutričního stavu;
- posuzování funkčního stavu – úroveň pohyblivosti, stability, soběstačnosti, zajištění kompenzačních pomůcek.
- studium zdravotnické dokumentace;
- zhodnocení domácího prostředí, sociální sítě, rodinných vztahů, míry zátěže rodiny.

Přijetí pacienta do péče je uskutečněno na základě této návštěvy po podepsání smlouvy o poskytování paliativní péče, případně dalších potřebných dokumentů. Dále je stanoveno na základě indikačních kritérií v souladu s platnými zákony, zdali pacient splňuje podmínky pro poskytování této služby zdarma. Jinak jsou ve většině případů služby MSPP zpoplatněny. Důvody nepřijetí pacienta do péče MSPP [33]:

- Odmítnutí poskytnutí paliativní péče ze strany poskytovatele z důvodu nesplnění podmínek.
- Odmítnutí poskytnutí paliativní péče ze strany žadatele, kdy charakter a rozsah nabízené péče je v rozporu s představami a možnostmi pacientovi rodiny atd.

## 6. Zpracování plánu paliativní péče

Plán paliativní péče je vytvářen na základě potřeb, preferencí pacienta a jeho rodiny. Cílem je určit dosažitelné cíle léčby a pravděpodobný časový interval poskytování péče. Plán vychází z aktuální potřeb pacienta a obsahuje informace o [33]:

- farmakoterapii; nutriční léčbě;
- pohybovém režimu a režimových opatřeních;
- ošetrovatelských úkonech;
- rehabilitaci;
- pečovatelské službě;
- psychoterapii;
- spirituální podpoře;
- sociální potřebě;
- podpoře pro rodinné příslušníky.

Lékař na základě těchto informací stanoví frekvenci návštěv, případně se četnost návštěv odvíjí od aktuálního stavu, potřeb a přání pacienta a jeho rodiny. Plán paliativní péče se zpracovává současně s plánem, který řeší nečekané krizové situace jako je akutní krvácení, zhoršení stavu atd. a stanovuje úkoly a zodpovědnost jednotlivých osob. Rodina je seznámena s možnými scénáři, které mohou během péče o pacienta nastat. Toto opatření snižuje např. počet výjezdů mobilního týmu či opakované hospitalizace pacienta. Doporučení nesmí být v rozporu se zákony a nesmí pacienta nijak ohrožovat na životě. [10]

## 7. Realizace plánu paliativní péče

Paliativní plán je realizován prostřednictvím multidisciplinárního týmu a dobrovolníků. O všech činnostech hospicového týmu je vedena řádná dokumentace. Náplň práce jednotlivých profesí je popsán v tabulce 5.2. Rodině jsou zapůjčeny kompenzační pomůcky a je jí předáno pohotovostní telefonní číslo, na které se mohou v případě akutních situací obracet 24/7. Rodina je předem edukována o možných rizicích a má k dispozici veškeré potřebné léky a pomůcky k zvládnutí těchto situací. V případě, že situace nebude zvládnutelná, rodina zavolá na pohotovostní číslo, kde se daná situace vyřeší telefonickou konzultací nebo pohotovostní domácí návštěvou zdravotní sestry v případě potřeby spolu s lékařem. [66] [67]

Tabulka 5.2: Náplň práce multidisciplinárního týmu [17]

Profese	Náplň práce
Lékař	Příjem pacienta, stanovení léčby, koordinace poskytování péče, telefonická konzultace
Sestra	Kontrola zdravotního stavu, symptomatická léčba, podávání léků, injekcí, infuzí, ošetrovatelské služby, edukace pacienta a jeho rodiny, psychická podpora, v případě akutních obtíží konzultuje s lékařem
Sociální pracovník	Koordinátor, poskytuje základní informace a služby sociálního poradenství
Psycholog nebo psychoterapeut	Edukace, podpora a regulace emocí
Duchovní	V případě potřeby, poslední pomazání, čtení Bible
Dobrovolníci	Nákupy, pomoc rodině, transport kompenzačních pomůcek
Fyzioterapeut	Cvičení, správné polohování, nácvik stabilního sedu a stoje a chůze
Odlehčovací pracovník	Odlehčovací služby – hygiena, stravování, vzdělávání atd.
Nutriční specialista	Správné nastavení stravovacích návyků

## 8. Ukončení péče

Ukončení paliativní péče může nastat z důvodu předčasného ukončení péče na základě dohody mezi pacientem a jeho rodinou a hospicovým týmem nebo z důvodu úmrtí pacienta, což je ta častější varianta. [17]

## 9. Závěrečná zpráva či propouštěcí zpráva o ošetřování v domácí hospicové péči

Závěrečná zpráva je sepsána při úmrtí pacienta. V případě ukončení léčby pacienta z jiného důvodu, než je úmrtí se vydává propouštěcí zpráva. [10]

## 10. Péče o pozůstalé

Po úmrtí pacienta je rodině poskytnuta psychická podpora a nabídnuta pomoc při plánování pohřbu. Domácí hospic respektuje kulturní a náboženské zvyky zemřelého a péče o tě je prováděno s úctou a v souladu s platnou legislativou. [31]

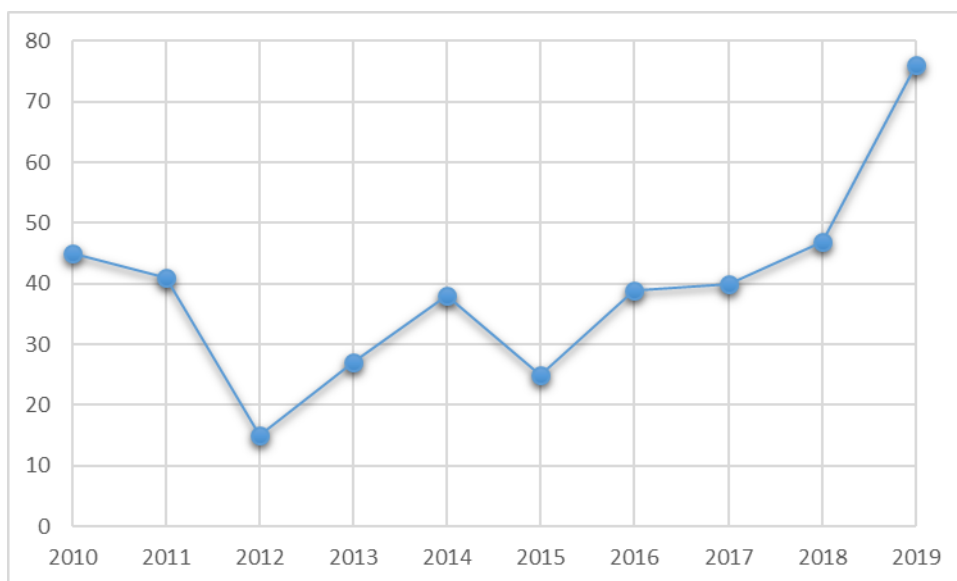
## 5.2 Hospic Dobrého Pastýře

Zakladatelem a provozovatelem Hospice Dobrého pastýře v Čerčanech je TŘI, z.ú. v čele s paní ředitelkou PharmDr. Monikou Horníkovou, MHA. Společnost TŘI, z.ú. vznikla roku 2000 jako občanské sdružení (o.s.), v roce 2013 se transformovala na obecně prospěšnou společnost (o.p.s.) a v letošním roce byla společnost transformována na z.ú. Hlavní činností je poskytování hospicové a paliativní péče v rámci lůžkového i domácího hospice. Služby domácí hospice jsou provozovány od roku 2003 a provoz lůžkového hospice byl zahájen roku 2008. Hospic Dobrého Pastýře poskytuje také celou škálu sociálních a komunitních služeb, věnuje se také vzdělávací činnosti a aktivně šíří osvětu o hospicové péči. Mezi další poskytované služby patří [66]:

- pečovatelská služba;
- terénní odlehčovací služba;
- centrum denních služeb;
- půjčovna kompenzačních pomůcek;
- asistenční auto;
- pobytové odlehčovací služby;
- odborné sociální poradenství;
- pomoc pro pozůstalé.

Většina těchto poskytovaných služeb je hrazena klientem. Výjimku tvoří odborné sociální poradenství a pomoc pro pozůstalé, jelikož tyto služby jsou v poskytovány v rámci komplexní paliativní péče.

Domácí hospic Dobrého pastýře se nachází v obci Čerčany, která leží ve středočeském kraji a svoji službu poskytují pacientům s bydlištěm do vzdálenosti 30 km od budovy Hospice Dobrého Pastýře. V okruhu 30 km zasahuje do okresů Praha – východ a Benešov. Od roku 2010 služby domácího hospice využilo skoro 400 pacientů s onemocněním v terminální fázi (obr. 5.1). Za rok 2019 poskytl hospic domácí služby 76 pacientům během 1837 ošetrovacích dní. [66]



Obrázek 5.1: Počet pacientů DH Dobrého Pastýře 2010-2019

### 5.2.1 Personál a technické zabezpečení

Personální obsazení mobilních hospiců je dáno vyhláškou č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, standardy hospicové paliativní péče definované APHPP a standardy mobilní specializované paliativní péče dle ČSPM a FMH (viz. Tabulka 2.4). Dodržení personálních norem je jedním z hlavních předpokladů k poskytování kvalitní domácí hospicové péče.

Domácí Hospicová péče je zabezpečena multidisciplinárním týmem, který je dostupný 24/7/365 a je schopný zajistit komplexní péči o pacienta a jeho nejbližší, která odpovídá jejich potřebám (obr. 5.2)



Obrázek 5.2: Struktura péče MSPP

Péče o tělesný stav je zabezpečena kvalifikovanými zdravotními sestrami a lékaři. Snahou zdravotnického personálu je co nejúčinněji tlumit bolest nemocného pacienta a zajistit mu tak důstojný odchod z tohoto života. Zdravotní sestra v hospici odpovídá i za vstupní návštěvu pacienta, kdy provede komplexní vyšetření pacienta, s pacientem a jeho rodinou se dohodne na plánu PP a zhodnotí potřebu kompenzačních pomůcek. Dále dle potřeby zajistí hygienu pacienta, aplikaci léků, a především edukuje pacienta i jeho rodinu ohledně léčby. V neposlední řadě poskytuje psychickou podporu a v případě úmrtí pacienta pomáhá pozůstalým.

Veškeré ošetřovatelské úkony jsou zajištěny zdravotní sestrou či edukovanými pečovateli. Lékař dochází na pravidelné kontroly v intervalu 2 týdnů a zdravotní sestře je neustále k dispozici a v případě akutní potřeby navštěvuje pacienta společně se zdravotní sestrou. Od roku 2014 do roku 2017 realizovali lékaři 165 a zdravotní sestry přes 1700 návštěv u pacientů (tab. 5.3). [66]



Tabulka 5.3: Vývoj počtu návštěv lékařů a zdravotních sester v domácím prostředí pacienta 2014-2017

	2014	2015	2016	2017
<b>Počet návštěv lékařů</b>	40	31	36	58
<b>Počet návštěv zdravotních sester</b>	505	377	340	506
<b>Celkový počet návštěv</b>	545	408	376	564
<b>Průměrný počet návštěv na 1 pacienta</b>	14	16	10	14

Za sociální složku péče zodpovídá v hospici sociální pracovník, za spirituální péči duchovní a za psychologickou péči hospicový psycholog. Přehled zaměstnanců Domácího Hospice Dobrého Pastýře za rok 2019 je uveden v tabulce 5.4.

Tabulka 5.4: Přehled počtu zaměstnanců v DH Dobrého Pastýře

	Počet zaměstnanců	Celkový úvazek
<b>Lékař</b>	3	1,2
<b>Zdravotní sestra</b>	5	5,0
<b>Psycholog</b>	1	0,4
<b>Režijní pracovník</b>	10	0,65

Technické zabezpečení je dáno vyhláškou č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče a standardy hospicové paliativní péče dle APHPP. V příloze č. 1 vyhlášky č. 92/2012 Sb., jsou stanoveny obecné požadavky na technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení, kterými se musí řídit všechna zdravotnická zařízení bez výjimky. V příloze č. 10 této vyhlášky jsou stanovené specifické požadavky pro kontaktní pracoviště domácí péče. Domácí Hospic Dobrého Pastýře je řádným členem APHPP, který se řídí standardy paliativní hospicové péče a musí dodržovat řádné personální i technické požadavky.

## 5.2.2 Analýza nákladů

Data pro analýzu nákladů byla získána z výkazu zisku a ztrát za rok 2019.

Při analýze nákladů u domácích hospiců je nejdůležitějším faktorem velikost multidisciplinárního týmu. Multidisciplinární tým je v případě hospicové péče velmi rozmanitý a větší počet pracovníků, který je potřeba k zajištění kvalitní hospicové péče je opodstatněný.

Z níže uvedené tabulky 5.5 je vidět, že osobní náklady představovaly nejvýznamnější nákladovou položku (91,5 %). Do osobních nákladů spadají mzdové náklady, zákonné odvody ZP a SP a ostatní mzdové náklady. Druhou nejvýraznější položku tvořil spotřebovaný materiál. I přesto že spotřebovaný materiál je nákladová položka, do které spadá např. zdravotnický materiál, léky nebo pohonné hmoty, tak z celkových nákladů zaujímal pouze 3,5 % (tab. 5.6). Další významnější nákladovou položku tvořily ostatní služby, do které spadají zejména náklady spojené s vzděláváním a telefonní poplatky a z celkových nákladů tvořily 2,6 % (tab. 5.7). Zbytek potom tvořily zejména náklady jako je spotřeba energie, oprava a udržování, ostatní daně a poplatky atd. Celkové náklady za rok 2019 v Domácí hospici Dobrého Pastýře činily 5 606 336 Kč.

Tabulka 5.5: Struktura nákladů DH Dobrého Pastýře za rok 2019

Náklady 2019	
Položka	Cena [Kč]
Spotřebovaný materiál	193 668
Spotřeba energie	42 125
Oprava a udržování	39 367
Cestovné	697
Ostatní služby	144 397
Mzdové náklady	3 826 880
ZP a SP	1 285 122
Ostatní osobní náklady	19 725
Daň silniční	6 156
Ostatní daně a poplatky	4 500
Ostatní provozní náklady	27 528
Ostatní finanční náklady	1 171
Ostatní mimořádné náklady	15 000
<b>CELKEM</b>	<b>5 606 336</b>

V případě nákladů na spotřebovaný materiál byly nejvýraznější položkou pohonné hmoty. Základem mobilní hospicové služby je 24/7 dostupný multidisciplinární tým, který dojíždí do domácího prostředí.

Tabulka 5.6: Náklady na spotřebovaný materiál za rok 2019

Náklady na spotřebovaný materiál	
Položka	Cena [Kč]
Kancelářské potřeby	783
Technický materiál	2 840
Zdravotnický materiál	23 380
Léky a medikamenty	2 667
Ložní prádlo a oděvy	6 000
Drobný majetek evidovaný	14 160
Ostatní spotřební materiál	15 260
Pohonné hmoty	128 577
<b>CELKEM</b>	<b>193 668</b>

Největší část z nákladů na ostatní služby zaujímaly náklady vynaložené na školení a semináře. Vzdělávací činnost je pro Domácí hospic Dobrého Pastýře velmi podstatná a je na ni kladen značný důraz. Svě zaměstnance neustále vzdělává v oboru paliativní medicíny a nabízí i odborné stáže pro pracovníky z jiných zařízení. Další významnou část tvoří telefonní poplatky, což je způsobeno neustálou dostupností multidisciplinárního týmu.

Tabulka 5.7: Náklady na ostatní služby za rok 2019

Náklady na ostatní služby	
Položka	Cena [Kč]
Telefony, net, web	18 450
Účetní služby	11 984
Služby supervize	17 400
Školení a semináře	59 960
Propagace, inzerce, grafické služby	16 204
Ostatní služby	20 399
<b>CELKEM</b>	<b>144 397</b>

Z výše uvedených údajů, lze vypočítat náklady DHDP na jeden ošetrovací den. Při celkovém počtu 76 pacientů, kteří byli léčeni v průběhu 1837 ošetrovacích dní při celkových nákladech 5 606 335 Kč, vychází náklady na jeden ošetrovací den zhruba na 3 000 Kč. Náklady 1 ošetrovací den jsou ovlivněny zejména délkou léčby u konkrétního pacienta. Léčba v posledních dnech pacientova života se neobejde bez častějších zásahů mobilního týmu a obecně se dá pokládat za nákladnější. Náklady na 1 ošetrovací den jsou individuální a částka 3052 Kč představuje průměrnou hodnotu.

Tabulka 5.8: Náklady na 1 ošetrovací den v DH Dobrého Pastýře za rok 2019

<b>Domáci hospic Dobrého Pastýře</b>	
Počet pacientů	76
Počet ošetrovacích dnů	1 837
Průměrný počet ošetrovacích dnů na 1 pacienta	24
Celkové náklady	5 606 336 Kč
<b>Náklady na 1 ošetrovací den</b>	<b>3 052 Kč</b>

### 5.2.3 Analýza výnosů

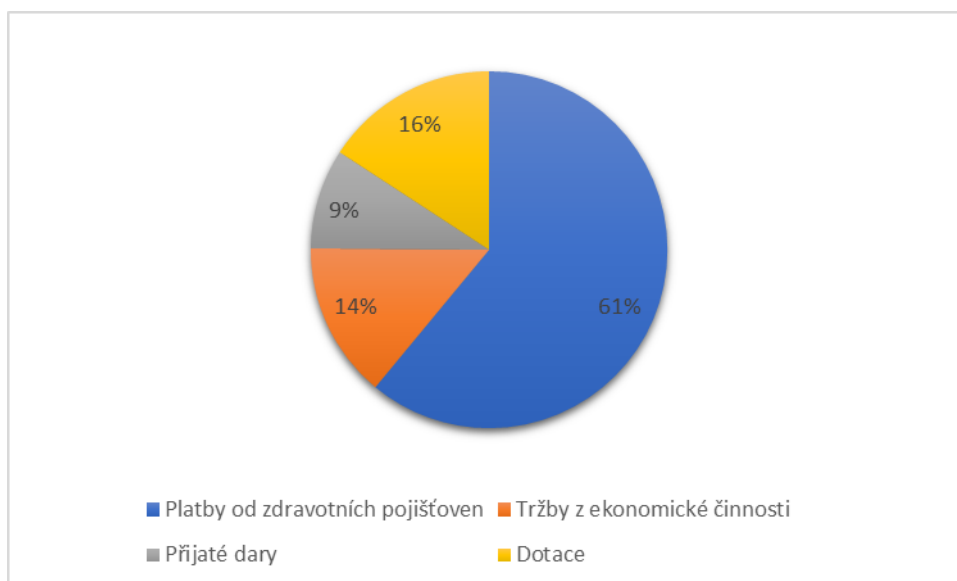
Data pro analýzu výnosů byla získána z výkazu zisku a ztrát za rok 2019.

Pro domácí hospicovou péči i přes legislativní ukotvení a možnost hrazení této služby z prostředků zdravotního pojištění je standardem vícezdrojové financování.

Tabulka 5.9: Struktura výnosů DH Dobrého Pastýře za rok 2019

<b>Výnosy 2019</b>	
<b>Položka</b>	<b>Cena [Kč]</b>
Platby od zdravotních pojišťoven	1 266 575
Tržby z ekonomické činnosti	293 078
Přijaté dary	188 240
Dotace	328 000
<b>CELKEM</b>	<b>2 075 893</b>

Nejvýznamnější část výnosů tvořily platby od pojišťoven (61 %). O tom, zdali bude pacientovi léčba placena z prostředků zdravotního pojištění rozhoduje hospicový lékař. Pokud pacient splňuje daná kritéria zdravotních pojišťoven, je mu služba poskytována zdarma po dobu 30 dní. DH Dobrého pastýře má uzavřené smlouvy od roku 2018 s VZP, VoZP, OZP, ZP Škoda, ZPMV. V případě nesplnění podmínek je služba zpoplatněna jednorázovým vstupním poplatkem 700 Kč a za každý den péče je stanoven paušální poplatek ve výši 200 Kč. Tržby o klientů představují zhruba 14 % z celkových výnosů a jsou zde zahrnuty veškeré služby, které DH v rámci smluvené péče poskytuje. Dary v roce 2019 tvořily 9 % z celkových výnosů a jednalo se o dary od nadací a církví. Dotace tvořily druhou největší část výnosů (16 %). Za rok 2019 činily celkové výnosy 2 075 893 Kč. Procentuální vyjádření jednotlivých výnosových položek je zobrazeno v následujícím grafu (obr. 5.3)



Obrázek 5.3: Struktura výnosů DH Dobrého pastýře za rok 2019 vyjádřená v %

Z výše uvedených údajů, lze vypočítat výnosy DH Dobrého Pastýře na jeden ošetrovací den (tab. 5.10). Při celkovém počtu 76 pacientů léčených v průběhu 1837 ošetrovacích dní a při celkových výnosech 2 075 893 Kč vychází výnosy na jeden ošetrovací den na 1130 Kč.

Tabulka 5.10: Výnosy na 1 ošetrovací den v DH Dobrého Pastýře za rok 2019

<b>Domáci hospic Dobrého Pastýře</b>	
<b>Počet pacientů</b>	76
<b>Počet ošetrovacích dnů</b>	1 837
<b>Průměrný počet ošetrovacích dnů na 1 pacienta</b>	24
<b>Celkové výnosy</b>	2 075 893 Kč
<b>Výnosy na 1 ošetrovací den</b>	1 130 Kč

## 5.2.4 Ekonomická bilance

Celkové náklady DH Dobrého Pastýře za rok 2019 činily 5 606 336 Kč a celkové výnosy 2 075 893 Kč. Výslednou ekonomickou bilancí za poskytování služeb mobilní specializované péče v DH Dobrého pastýře za rok 2019 byla ztráta v celkové výši 3 530 443 Kč. Celkové výnosy domácího hospice nepokrývají ani mzdové náklady.

Tabulka 5.11: Výsledná ekonomická bilance DH Dobrého pastýře za rok 2019

Celkové náklady	5 606 336
Celkové výnosy	2 075 893
<b>CELKEM</b>	<b>-3 530 443</b>

## 5.3 Domácí hospic Srdcem

Domácí hospic Srdcem, z.ú. založila roku 2018 Ing. Dagmar Ruferová, která je v současné době i ředitelkou DH. Hlavní činností DH Srdcem je poskytování kvalifikované domácí hospicové péče pacientům s nevléčitelným onemocněním v terminální stadiu. Domácí hospic funguje od listopadu 2018 a od té doby bylo v jejich péči 30 pacientů. Za rok 2018 DH Srdcem uzavřel 2 smlouvy o poskytování domácí hospicové péče a o pacienty se staral po dobu 18 ošetrovacích dnů. Za rok 2019 bylo v péči DH Srdcem 28 pacientů po dobu 480 dní. DH Srdcem poskytuje služby v rámci mobilní specializované péče, aktivně se věnuje vzdělávání v oblasti paliativní medicíny a neustále se snaží zlepšovat informovanost laickou veřejnost o aspektech kvalitní paliativní péče. Mezi základní služby poskytované v rámci MSPP patří [67]:

- domácí péči 24/7/365;
- kompletní ošetrovatelskou službu;
- léčba bolesti, dušnosti, ošetřování ran;
- zapůjčení kompenzačních pomůcek;
- podpora rodiny v období těžké nemoci i v čase zármutku;
- péče o zemřelého.

DH Srdcem se leží v městě Kolín, které se nachází na východě Středočeského kraje. Svoji službu poskytuje pacientům s bydlištěm do vzdálenosti 30 km od Kolína.

### 5.3.1 Personál a technické zabezpečení

Personální obsazení mobilních hospiců je dáno vyhláškou č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, standardy hospicové paliativní péče definované APHPP a standardy mobilní specializované paliativní péče dle ČSPM a FMH (viz. Tabulka 2.4). Dodržení personálních norem je jedním z hlavní předpokladů k poskytování kvalitní domácí hospicové péče.

Péče o tělesný stav je zabezpečena kvalifikovanými zdravotními sestrami a lékaři. Zdravotní sestry zajišťují kontrolu zdravotního stavu pacienta, medikaci, ošetření ran a všechny potřebné ošetrovatelské úkony k zajištění optimálního zdravotního stavu pacienta. Nedílnou součástí práce zdravotní sestry v DH srdcem je také poskytování psychické podpory rodině pacienta především v posledních dnech pacientova života. Zdravotní sestry vykonávají pohotovostní služby samy, v případě že by nastala akutní situace, kterou by zdravotní sestra nebyla schopna sama zvládnout, zkontaktuje lékaře, který situaci vyhodnotí a v případě potřeby dojedne na místo. Lékař provádí přijímací návštěvu pacienta, vytváří plán paliativní péče, upravuje léčbu dle aktuálního zdravotního stavu pacienta a jeho přání a v případě potřeby doprovází zdravotní sestru. [67]

Za sociální složku péče zodpovídá v hospici sociální pracovník, za spirituální péči duchovní a za psychologickou péči hospicový psycholog. Fundraiser zajišťuje finanční či jiné prostředky na obecně prospěšnou činnost. Přehled zaměstnanců DH Srdcem za rok 2019 je uveden v tabulce 5.12.

Tabulka 5.12: Přehled počtu zaměstnanců v DH Srdcem

	Počet zaměstnanců	Celkový úvazek
<b>Lékař</b>	1	1,0
<b>Zdravotní sestra</b>	3	3,0
<b>Psychoterapeut</b>	1	0,4
<b>Sociální pracovník</b>	1	0,3
<b>Poradce pro pozůstalé</b>	1	0,2
<b>Fundraiser</b>	1	0,5
<b>Duchovní</b>	1	0,4
<b>Účetní</b>	1	0,2

Technické zabezpečení je dáno vyhláškou č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče a standardy hospicové paliativní péče dle APHPP. DH Srdcem je řádným členem APHPP, který se řídí standardy paliativní hospicové péče a musí dodržovat řádné personální i technické požadavky.

### 5.3.2 Analýza nákladů

Data pro analýzu nákladů byla získána z výkazu zisku a ztrát za rok 2019.

Tabulka 5.13: Struktura nákladů DH Srdcem za rok 2019

Náklady 2019	
Položka	Cena [Kč]
Spotřebovaný materiál	235 732
Spotřeba energie	15 180
Cestovné	21 661
Reprezentace	528
Ostatní služby	120 475
Mzdové náklady	449 785
Odvody	102 495
Ostatní osobní náklady	1 697
Jiné ostatní náklady	500
Odpisy	26 205
<b>CELKEM</b>	<b>974 258</b>

Nejvíce nákladnou položkou za rok 2019 byly osobní náklady, které z celkových nákladů představovaly 57 %. Do osobních nákladů spadají mzdové náklady, zákonné odvody ZP a SP a ostatní osobní náklady. Druhou nejnákladnější položkou byly náklady na spotřebovaný materiál, které představovaly 24 % z celkových nákladů. Do spotřebovaného materiálu se řadí zdravotnický materiál, potraviny, drobný majetek. Třetí nejnákladnější položkou byly náklady na ostatní služby, které představovaly 11 % z celkových nákladů. Do ostatních služeb se řadí především telefonní poplatky, školení nájemné atd. Další významné nákladové položky byly odpisy majetku a cestové. Zbytek nákladů tvořily především náklady jako je spotřeba energie, náklady na reprezentaci a ostatní náklady. Celkové náklady za rok 2019 v DH Srdcem činily 974 258 Kč.

V případě nákladů na spotřebovaný materiál byl nejvýraznější položkou drobný editovatelný majetek, který představoval více než 80 % z celkových nákladů na spotřebovaný materiál. Další významnou položkou byl materiál, který tvořil 15 %.



Tabulka 5.14: Náklady na spotřebovaný materiál za rok 2019

Náklady na spotřebovaný materiál	
Položka	Cena [Kč]
Kancelářské potřeby	2 438
Potraviny	1 225
Materiál	34 273
Drobný majetek	193 833
Pohonné hmoty	3 963
<b>CELKEM</b>	<b>235 732</b>

Největší část z nákladů na ostatní služby zaujímaly náklady vynaložené na ostatní služby, které tvořily přes 80 %, sem spadají zejména náklady vynaložené na propagaci, reklamu atd. Druhá nejnákladnější položka s podílem 11 % bylo školení. Vzdělávací činnost je pro DH obecně velmi důležitá z hlediska poskytování kvalitní paliativní péče. Třetí nejnákladnější položkou byly telefonní poplatky, což je mimo jiné způsobeno neustálou dostupností multidisciplinárního týmu (5 %).

Tabulka 5.15: Náklady na ostatní služby za rok 2019

Náklady na ostatní služby	
Položka	Cena [Kč]
Telefonní poplatky	5 838
Nájemné	1
Školení	13 560
Poštovné	1 257
Ostatní služby	99 819
<b>CELKEM</b>	<b>120 475</b>

Z výše uvedených údajů, lze vypočítat náklady na jeden ošetrovací den. Při celkovém počtu 28 pacientů, kteří byli léčeni v průběhu 480 ošetrovacích dní při celkových nákladech 974 258 Kč, vychází náklady na jeden ošetrovací den zhruba na 2000 Kč. Náklady na 1 ošetrovací den jsou individuální a částka 2030 Kč představuje průměrnou hodnotu. Za rok 2018 vychází náklady na 1 ošetrovací den na 10 459 Kč. Tato vysoká částka je dána tím, že DH Srdcem začal fungovat až koncem roku 2018, jsou zde zahrnuty počáteční náklady spojené s provozem domácího hospice a během tohoto období se staral pouze o 2 pacienty.

Tabulka 5.16: Náklady na 1 ošetrovací den v DH Srdcem

DH Srdcem	2018	2019
Počet pacientů	2	28
Počet ošetrovacích dnů	18	480
Průměrný počet ošetrovacích dnů na 1 pacienta	9	17
Celkové náklady	188 254	974 258 Kč
<b>Náklady na 1 ošetrovací den</b>	<b>10 459 Kč</b>	<b>2030 Kč</b>

### 5.3.3 Analýza výnosů

Data pro analýzu výnosů byla získána z výkazu zisku a ztrát za rok 2019.

Tabulka 5.17: Struktura výnosů DH Srdcem za rok 2019

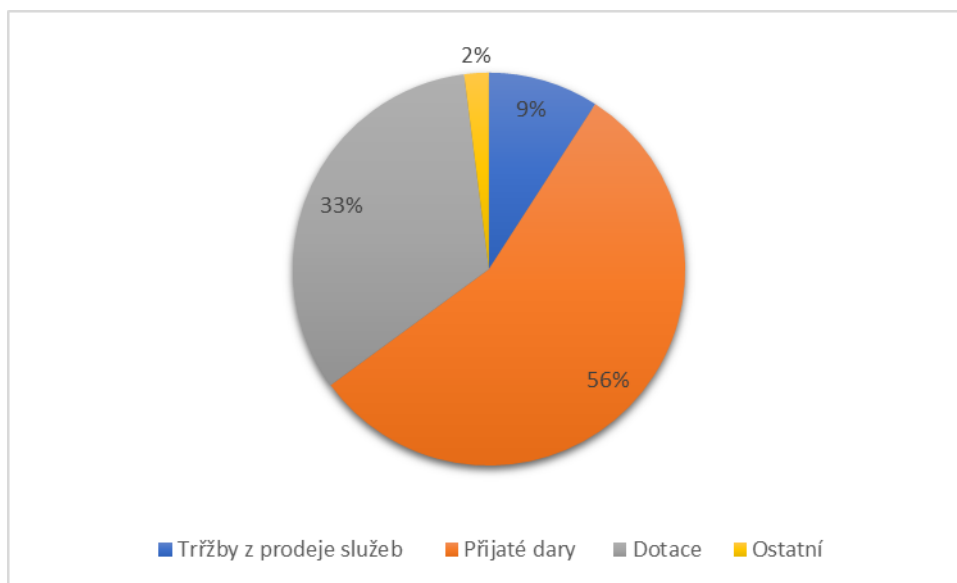
Výnosy 2019	
Položka	Cena [Kč]
Platby od zdravotních pojišťoven	0
Tržby z ekonomické činnosti	123 538
Přijaté dary	756 440
Dotace	447 596
Ostatní	27 462
<b>CELKEM</b>	<b>1 355 036</b>

DH Srdcem neměl v roce 2019 podepsané smlouvy s žádnou pojišťovnou, tudíž není služba hrazená z veřejného zdravotního pojištění, ale ve většině případů z darů, sbírek, dotací a plateb od klientů. Služba domácího hospice je zpoplatněná. (tab. 5.18)

Tabulka 5.18: Ceník služeb DH Srdcem [67]

Položka	Cena [Kč]
Návštěva lékaře a zdravotní sestry	600
Návštěva zdravotní sestry	300
Vstupní poplatek	600
Denní poplatek	200
Příspěvek na dopravu dle vzdálenosti od Kolína	0-150

Nejvýznamnější část výnosů tvořily přijaté dary, které představovaly z celkových výnosů 56 %. Z rok 2019 obdržel DH Srdcem dary od 4 nadací, 2 církví, 12 obcí a 11 společností v hodnotě více než třičtvrtě milionu korun. Dotace tvořili 33 % z celkových výnosů a tržby od klientů představují pouze 9 % z celkových výnosů. Celkové výnosy za rok 2019 v DH Srdcem činily 1 355 036 Kč. Procentuální vyjádření jednotlivých výnosových položek je zobrazeno v následujícím grafu 5.4.



Obrázek 5.4: Struktura výnosů DH Srdcem za rok 2019 vyjádřená v %

Z výše uvedených údajů, lze vypočítat výnosy DH Srdcem na jeden ošetřovací den v roce 2019 (tab. 5.19). Při celkovém počtu 28 pacientů, kteří byli léčeni v průběhu 480 ošetřovacích dní při celkových výnosech 1 355 036 Kč, vychází výnosy na jeden ošetřovací den na 2823 Kč. Výnosy na 1 ošetřovací den v roce 2018 vycházely na 6003 Kč.

Tabulka 5.19: Výnosy na 1 ošetrovací den v DH Srdcem

<b>DH Srdcem</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Počet pacientů	2	28
Počet ošetrovacích dnů	18	480
Průměrný počet ošetrovacích dnů na 1 pacienta	9	17
Celkové výnosy	108 059	1 355 036 Kč
<b>Výnosy na 1 ošetrovací den</b>	<b>6 003 Kč</b>	<b>2823 Kč</b>

### 5.3.4 Ekonomická bilance

Celkové náklady DHS za rok 2019 činily za rok 974 258 Kč a celkové výnosy 1 355 036 Kč. Výslednou ekonomickou bilancí za poskytování služeb mobilní specializované péče v DH Srdce za rok 2019 byl zisk v celkové výši 380 778 Kč.

Tabulka 5.20: Výsledná ekonomická bilance DH Srdce za rok 2019

Celkové náklady	974 258 Kč
Celkové výnosy	1 355 036 Kč
<b>CELKEM</b>	<b>380 778 Kč</b>

## 6 Diskuse

V České republice za rok 2018 zemřelo přes 110 tis. osob a z toho více než 65 % tvořili pacienti s chronickým onemocněním. Právě u takto nemocných pacientů se předpokládá největší potřeba paliativní péče. I přesto, že si většina obyvatel České republiky přeje prožít poslední chvíle svého života v domácím prostředí, většina pacientů umírá v nemocničních zařízeních. Léčba chronicky nemocného pacienta je poměrně nákladná a v posledních dnech jeho života se stává ještě nákladnější. Zvýšení nákladů v posledních dnech je dáno především náklady na ústavní péči, opakovanými hospitalizacemi či výjezdy záchranné služby. Pacient tedy ve většině případů umírá sám v prostředí, které neodpovídá jeho preferencím s výrazným nárůstem vykázaných nákladů na zdravotní péči. Péče o pacienta s nevyléčitelným chronickým onemocněním je velice specifická. Pacient potřebuje značnou zdravotní péči, která vychází z léčebného paliativního plánu a je zaměřená na jeho individuální potřeby a přání, a pokud chce pacient strávit poslední chvíle svého života v domácím prostředí, mělo by mu to být umožněno. Možnost dožití ve vlastním sociální prostředí umožňuje mobilní specializovaná paliativní péče. [12]

Pilotní program mobilní specializované péče se zabýval otázkou nákladovosti chronicky nemocných pacientů, kteří jsou léčeni v domácím prostředí. Výsledky pilotního programu ukázaly, že 92-97 % pacientů umírá v místě poskytované péče, což odpovídá jejich preferencím a i přesto, že se jedná o velice nákladnou skupinu pacientů, tak při léčbě v domácím prostředí nedocházelo k významnému nárůstu nákladů. Průměrné náklady na 1 ošetrovací den vycházely v průměru na 1316 Kč. Výsledky pilotního programu prokázaly nákladovou úsporu a od roku 2018 je MSPP hrazeno z veřejného zdravotního pojištění podle odbornosti 926. [28]

Cílem diplomové práce bylo stanovení ekonomické bilance jednotlivých poskytovatelů mobilní specializované paliativní péče, analýza technického a personálního zabezpečení a zmapování dílčích procesů, které probíhají v rámci poskytování MSPP. Pro potřeby diplomové práce byla navázána spolupráce s Hospicem Dobrého Pastýře a Domácím hospicem Srdcem.

### **Financování**

Pro zhodnocení financování domácí hospicové péče u jednotlivých poskytovatelů domácí hospicové péče lze vycházet z výsledků pilotního programu MSPP nebo z analýzy výročních zpráv a výkazů zisku a ztrát. Systém financování domácí hospicové péče je v mnoha ohledech stále založen na vícezdrojovém financování. Od roku 2018 je domácí hospicová péče hrazená ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění, přesto někteří poskytovatelé domácí hospicové péče nemají podepsané smlouvy se zdravotními pojišťovnami, a proto je jejich existence odkázána na různé dary, sbírky či dotace. [29]

Hlavní nákladový faktor u domácích hospiců představuje velikost multidisciplinárního týmu. U obou domácích hospiců byly náklady vynaložené na mzdy a odvody zdravotního a sociálního pojištění multidisciplinárního týmu nejvýznamnější nákladovou položkou.

V případě Hospice Dobrého Pastýře osobní náklady tvořily 91,5 % z celkových nákladů. Domácí hospic nefunguje samostatně, ale je součástí lůžkového hospice. V mzdových nákladech jsou zahrnuty náklady vynaložené na vedoucí, provozní i administrativní pracovníky, který fungují v rámci celé organizace. Pokud by se osobní náklady vztáhly pouze na přímé pracovníky domácího hospice, osobní náklady by představovaly zhruba 65 % z celkových nákladů. U Domácího hospice Srdcem osobní náklady představovaly 57 % z celkových nákladů. Zde můžeme pozorovat, že je velice důležité rozlišit, zdali domácí hospic funguje samostatně či nikoliv. Pokud domácí hospic funguje samostatně nikoliv v rámci větší organizace, je velmi důležité zhodnotit velikost multidisciplinárního týmu. Multidisciplinární tým je základem hospicové péče obecně a jeho velikost by měla odpovídat počtu léčených pacientů a legislativním požadavkům.

Další důležitou nákladovou položkou je spotřebovaný materiál, do kterého se řadí např. léky, zdravotnický i technický materiál, pohonné hmoty atd. U DHDP byly nejvýraznější položkou pohonné hmoty, které představovaly 66 %. Vzhledem k neustálé dostupnosti mobilního týmu, který dle potřeby navštěvuje pacienta v jeho vlastním sociálním zázemí, je tato položka více než opodstatněná. Přesto spotřebovaný materiál tvořil pouze nepatrný zlomek z celkových nákladů (3,5 %). U DHS pohonné hmoty představovaly pouhé 2 % z nákladů na spotřebovaný materiál. Tento markantní rozdíl může být dán především tím, že DHS má na rozdíl od DHDP zpoplatněnou dopravu. Pacienti, kteří jsou ve vzdálenosti 20-30 km od Kolína, platí za jednu návštěvu 150 Kč, naopak pacienti, kteří jsou do vzdálenosti 5 km od Kolína, nemají dopravu zpoplatněnou vůbec. Zbytek nákladů u obou domácích hospiců tvořily zejména náklady na ostatní služby, opravu a údržbu a náklady spojené se spotřebou energie.

Při výpočtu nákladů na 1 ošetrovací den se vycházelo z celkových nákladů a počtu ošetrovacích dnů za daný rok. Náklady na 1 ošetrovací den jsou individuální a u jednotlivých domácích hospiců se značně liší. U DHDP vychází náklady na 1 ošetrovací den na 3 052 Kč a u DHS na 2030 Kč. Náklady na 1 ošetrovací den jsou individuální a tyto výsledné částky představují pouze průměrnou hodnotu.

Důvodem odlišných částek mohou být například větší náklady spojené s cestou k pacientovi. Domácí hospicová péče poskytuje svoje služby do 30 km. Pokud se pacient nachází až na horní hranici dojezdové vzdálenosti, značně tím zvyšuje náklady na pohonné hmoty a cestovné, což následně vede i k zvýšení nákladů na 1 ošetrovací den.

Další důležitý faktor, který ovlivňuje náklady na 1 ošetrovací den, je délka léčby pacienta. Průměrný počet ošetrovacích dní byl za rok 2019 u DHDP 24 a u DHS 17. Léčba v posledních dnech pacientova života se neobejde bez častějších zásahů mobilního

týmu a obecně se dá pokládat za nákladnější. Pilotní program však ukázal, že při léčbě v domácím prostředí nedochází k významnému nárůstu nákladů ani v posledních dnech života. Tedy z hlediska nákladů na 1 ošetrovací den se zdá být spíše relevantní průběh léčby konkrétního pacienta nežli průměrný počet ošetrovacích dnů.

Před zahájením pilotního projektu, byly mobilní hospice odkázány především na různé dary, dotace či sbírky. Díky pilotnímu projektu je služba mobilního hospice alespoň částečně hrazena z veřejného zdravotního pojištění a v současné jsou služby MSPP hrazené formou ošetrovacího dne a jedná se o 2 typy agregovaných výkonů. Výkon 80090 – ošetrovací den klinicky nestabilního pacienta v bodové hodnotě 1198 bodů a výkon 80091 – ošetrovací den klinicky nestabilního pacienta se závažnými symptomy v bodové hodnotě 1522 bodů, hodnota jednoho bodu činí 1,05 Kč. Tudíž poskytovatelé, kteří mají uzavřené smlouvy se zdravotními pojišťovkami dostávají za 1 ošetrovací den dle povahy pacienta 1257,9 Kč nebo 1598,1 Kč. [38]

Péče o pacienta s chronickým nevy léčitelným onemocněním představuje komplexní péči. Zdravotní pojištění sice část zdravotní složky péče pokryje, ale už nepokrývá zbylé složky péče. Platby od zdravotních pojišťoven sice v mnoha hospicích představují značnou část z celkových výnosů, přesto i nadále je rozdíl částek často hrazen z darů dotací, či plateb od pacientů. Aby mohl pacient čerpat z prostředků veřejného zdravotního pojištění musí nejdřív splnit kritéria zdravotních pojišťoven. Tato kritéria jsou hodnocena hospicovým lékařem. Jedná se především o zhodnocení celkového zdravotního stavu. Pacienti v termální fázi onemocnění se rozdělují na základě Palliative Performance Scale (PPS) na dvě kategorie. PPS stupnice hodnotí u pacienta mobilitu, přítomnost nemoci, samostatnost, úroveň vědomí a příjem potravy. PPS stupnice je vyhodnocena v % (100 % - plně zdraví; 0 % - smrt). Do péče domácích hospiců mohou být zařazeni pouze pacienti, jejichž PPS je rovno nebo menší 40 %. [68]

U DHDP platby od pojišťoven představovaly nejvýznamnější část celkových výnosů (61 %). Dary a dotace potom tvořily čtvrtinu všech výnosů a platby od klientů pouze 14 %. U DHDP je výslednou ekonomickou bilancí vysoká ztráta přesahující 3 miliony Kč. Přesto, při zkoumání výročních zpráv minulých let, HDP vykazovat zisk z řádu desetitisících až statisících. Důvodem může být větší výnosnost lůžkového hospice či dalších zpoplatněných služeb, které vyrovnají tuto vysokou ztrátu domácího hospice. HDP poskytuje řadu služeb mimo hospicovou péči, kterou ročně využívá stovka klientů.

Velkou finanční zátěž pro DHDP představuje především personální zabezpečení. Domácí hospicová péče je zaslavněná se zdravotními pojišťovkami, které stanovují povinné personální zabezpečení ve výši 1,2 úvazku lékaře a 5 úvazků zdravotních sester. Dále úhrady od zdravotních pojišťoven za péči o pacienty v domácí hospicové péči nepokrývají ani výše uvedené osobní náklady. Pokud domácí hospic čerpá úhrady na pacienta od ZP, nemůže od něj vybírat poplatek za péči. Podmínky úhrady péče od ZP jsou pevně stanoveny. DHDP působí v méně osídlené oblasti, tzn. že personál pracuje

v okruhu 30 km od Čerčan a teoreticky mezi dvěma pacienty může urazit vzdálenost až 60 km. Z toho důvodu není schopný obsloužit tolik pacientů, jako stejné zařízení ve velkém městě, kde je na malé ploše větší koncentrace pacientů. Všechny tyto příčiny způsobují vysokou ztrátovost DHDP.

DHS funguje pouze necelé dva roky a zatím nemá podepsané žádné smlouvy s pojišťovnami. Zdravotní pojišťovny mají často přísné personální požadavky, přitom většina domácích hospiců je poměrně malých a splnění personálních požadavků by pro ně znamenalo značnou finanční zátěž. DHS funguje hlavně z darů a dotací, tato položka představovala z celkových výnosů skoro 90 %. Platby u klientů tvořily pouze 9 % z celkových výnosů. Výslednou ekonomickou bilancí za poskytování služeb mobilní specializované péče v DH Srdcem za rok 2019 byl zisk v celkové výši 380 778 Kč.

Problematika domácí hospicové péče se silně dotýká i personální oblasti. Hlavním problémem je nedostatek kvalifikovaných sester. Nedostatek zdravotních sester je v současnosti asi největším problémem českého zdravotnictví obecně. Jedním z důvodů může být odliv zdravotních pracovníků z české republiky do zahraničí. Platby od zdravotních pojišťoven jsou pro fungování domácích hospiců zásadní, bohužel zdravotní pojišťovny jsou velice náročné z hlediska personálních požadavků, přitom většina domácích hospiců je poměrně malých a splnění personálních požadavků by pro ně znamenalo značnou finanční zátěž.

Hospicová péče poskytuje své služby i přesto, že zdravotní pojištění zcela nepokrývá jejich náklady vynaložené na služby a od pacientů vyžadují ve většině případech jen minimální spoluúčast, bez které by bylo provozování hospicové péče ještě obtížnější.

### **Srovnání se zahraničím**

Vzhledem k rozdílné struktuře zdravotnictví je srovnávání zdravotnické péče problematičtější. Je velmi důležité si uvědomit, že v řadě okolních států existují odlišnosti v rámci paliativní péče. Koncepce paliativní péče měla v České republice pomalejší nástup. Paliativní medicína se začala vyvíjet vzhledem k politické situaci až po roce 1989. Do roku 2006 se v české legislativě nenacházel termín „hospic“ ani „paliativní péče“. Domácí hospicová péče sice v české republice funguje od roku 2007, ale proplácení z veřejného zdravotnictví se dočkalo až v roce 2018. Při srovnání ČR s je nutné zohlednit hospicovou péči z historického hlediska. Koncepce paliativní péče byla v komparovaných státech přijata dříve nežli v České republice. Paliativní péče měla v těchto zemích daleko větší prostor na rozvoj. Edukace pracovníků v oblasti paliativní medicíny je na daleko lepší úrovni a vzhledem k řádné legislativní úpravě je i dobře zajištěno hrazení této služby z prostředků veřejného zdravotního pojištění. [22]



Ve Francii je paliativní péče uzákoněná od roku 1999 a základní paliativní péče je plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění, přičemž pacienti mají možnost si dopláct různé nadstandardní služby. Zdravotní pojišťovny kromě hrazení paliativní péče ročně přispívají sítím paliativní péče a konziliárním týmům. Jenom za rok 2012 tento příspěvek činil přes 150 milionu EUR. Klasický model multidisciplinárního týmu dostupného 24/7/365 však ve Francii není zaveden. [39]

V Německu je paliativní péče uzákoněna od roku 1997. V roce 2007 byla uzákoněna specializovaná mobilní paliativní péče. Tato služba je hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění v případě dospělých hospiců z 90 % a v případě dětských hospiců z 95 %. Poskytovatelé MSPP mají možnost si zvolit konečnou podobu smlouvy, které se mohou lišit výši úhrad či mechanismem (paušální platba, platbu za výkon). To je výhodné jak pro poskytovatele, tak pro pacienty, jelikož každá strana si může zvolit typ kontraktu, který je pro něj za dané situace nejlepší. V Německu funguje 277 týmů MSPP, což odpovídá 1 mobilnímu hospici na 300 tis. obyvatel. Asociace zdravotních pojišťoven doporučila limit 1 mobilní tým na 250 tis. obyvatel, vzhledem k úmrtnosti 10 % v oblasti mobilní paliativní péče. [39]

Rakousko je jedna z mála zemí, která má paliativní péči od začátku postavenou na mobilních týmech a specializovaných nemocničních odděleních. První mobilní tým zde fungoval už v roce 1989, však až v roce 2014 byla MSPP legislativně stanovená jako 24/7/365 dostupná služba pro paliativní pacienty v domácím prostředí. Úhradové mechanismy této péče jsou ponechány na jednotlivých spolkových zemích, jedná se především o kombinaci úhrad ze zdravotního pojištění a dalších rozpočtů. [39]

Ve Švédsku první 24 hodin dostupné mobilní týmy vznikaly už v roce 1977. Hlavní rozdíl mezi švédskou a českou MSPP je v centralizovanosti péče. Ve Švédsku je péče spravovaná různě dle jednotlivých krajů. MSPP byla rozvíjena jednotlivými kraji dle aktuálních potřeb. Přesto je ve většině krajů hrazená z prostředků veřejného zdravotního pojištění. [39]

Česká republika se v oblasti paliativní péče začala vyvíjet podstatně později, než je tomu u ostatních států. Prvotním impulzem pro tvorbu hospiců v české republice bylo nahlédnutí do západního zdravotnictví. Porovnávané země dbají na řádnou edukaci a vzdělávání v oblasti paliativní medicíny. Komparované země mají také značně lépe vyřešeno financování této služby z prostředků veřejného zdravotního pojištění a ve službách domácí péče umírá daleko více pacientů, než je tomu v České republice. Vzhledem k těmto získaným poznatkům by bylo vhodné se zaměřit na vyšší edukaci v oblasti paliativní medicíny. Důležité je také zvýšit povědomí pacientů a veřejnosti o možnostech MSPP. [22]

## Doporučení

Hlavním problémem obecně paliativní péče je nízké povědomí široké, ale i odborné veřejnosti o možnostech této léčby. Praktický lékař by měl být u pacienta schopný rozpoznat pokročilé chronické onemocnění, které vyžaduje paliativní léčbu. Lékař by měl pacienta s jeho stavem seznámit, vysvětlit mu význam paliativní péče a navrhnout možnosti léčby. Hospicová péče nesmí být z pohledu pacienta ani veřejnosti chápána jako rozsudek smrti. Hospicová péče pouze pacientům umožňuje důstojné dožití v kruhu nejbližších. Spousta hospiců pořádá různé vzdělávací akce či semináře, a i značně investuje do vzdělání svých pracovníků. Je velmi důležité, aby se v této činnosti nepolevilo, edukace je hlavním nástrojem změny vnímání hospicové péče v očích veřejnosti.

Jak už bylo řečeno, dary a dotace jsou pro domácí hospice velice důležitou výnosovou položkou a jsou získávány prostřednictvím fundraisingu. Základem fundraisingu je především komunikace a cílem je získat finanční či jiné prostředky na činnost organizace. Nejedná se pouze o obstarání peněžních prostředků, důležitý je i morální aspekt, tedy aby si člověk, který prostředky daruje, uvědomil, že jedná v zájmu celé společnosti. Jedná se o velice důležitý nástroj, jelikož existence mnoha domácích hospiců je právě odkázána na dary a dotace. Pokud domácí hospice budou aktivně vykonávat fundraising, bude i zvyšováno povědomí o domácí hospicové péči.

Z hlediska financování je důležité zmínit vyhlášku č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Jak už bylo řečeno, domácí hospicová péče je hrazena ze zdravotního pojištění podle odbornosti 926, formou 2 typů agregovaných výkonů – 80090 v bodové hodnotě 1198 bodů a 80091 v bodové hodnotě 1522 bodů, přičemž hodnota jednoho bodu je stanovená na 1,05 Kč. [38]

Do výpočtu bodové hodnoty těchto dvou agregovaných výkonů nejsou zahrnuty nepřímé náklady (režie). Režie výkonu se vypočítá jako součin doby trvání výkonu (v minutách) a režijní sazby pro danou odbornost. Doba trvání výkonu a sazba režie je uvedena v Seznam zdravotních výkonů. Vzhledem k neustálé dostupnosti mobilního týmu je doba trvání u obou výkonů 24 hodin, což odpovídá 1440 minutám. Režijní sazba pro odbornost 926 je stanovená na 3,19. Režie by v případě vykazovaných výkonů pro odbornost 926 představovala 4594 bodů. Pokud by se k těmto výkonům započítávala i minutová režie, byl by agregovaný výkon 80090 ohodnocen celkem 5792 body a agregovaný výkon 80091 celkem 6116 body. [38]

Z výše vypočítaných nákladů na 1 ošetrovacích den vyplývá, že zdravotní pojištění ani v případě klinicky nestabilního pacienta se závažnými symptomy není schopné pokrýt celkové náklady, které jsou spojené s péčí o pacienta. Pokud by ale byla do výpočtu bodové hodnoty zahrnuta i režie, skutečná cena výkonu by byla přeplacena minimálně dvakrát. Nepřímé náklady, ale nelze přehlížet, protože tvoří významnou část celkových nákladů. Nepřímé náklady při provozování domácí hospicové péče vznikají a nelze je třeba opomíjet.

V platbě za ošetrovací den jsou zahrnuty veškeré lékařské služby, které souvisí s poskytováním péče pacientovi. Jedná se o velice jednoduchý systém, jelikož všechny výkony se nemusejí vykazovat zvlášť, bohužel vcelku ale nepokrývá veškeré náklady spojené s pacientem.

Dalším důležitým ukazatelem je dostupnost hospicové péče, v ČR v současné době funguje 78 poskytovatelů MSPP, což by odpovídalo zhruba 1 mobilnímu hospici na 136 tis. obyvatel. K ideálním pokrytí by dle APHPP bylo třeba disponovat 1 mobilním hospicem na 100 tis. obyvatel. Vhodným krokem by bylo podpořit vznik nových mobilních týmů zejména v oblastech s vysokým počtem obyvatel. Mobilní hospice nemusí fungovat samostatně, ale mohou být součástí lůžkového hospice, z hlediska financování a personálního zabezpečení je toto určitě rozumnější volbou. [17]

Oba zkoumané domácí hospice jsou členy APHPP, tudíž je u nich garance dodržování procesních standardů, kterými je zaručena kvalita poskytované péče. APHPP vydané standardy vycházejí z aktuálních potřeb domácích hospiců. Jednotliví členové asociace jsou zapojeni do zpracovávání těchto standardů a mají možnost se podílet na prosazování jednotlivých změn. Optimalizace procesů v domácí hospicové péči se děje právě prostřednictvím těchto standardů. APHPP prosazuje a podporuje hospicovou péči a svojí činností napomáhá k proměně hospicové péče v ČR.

## 7 Závěr

Diplomová práce se věnuje problematice mobilní hospicové péče v ČR. Cílem diplomové práce bylo stanovení výsledné ekonomické bilance na základě analýzy nákladů a výnosů jednotlivých poskytovatelů mobilní hospicové péče.

V teoretické části byla objasněna problematika hospicové a paliativní péče, současné postavení MSPP v českém právním systému, požadavky na technické a personální vybavení a komparace české a zahraniční MSPP.

V praktické části byly identifikovány jednotlivé procesy, které jsou součástí mobilní hospicové péče. Tyto procesy byly následně graficky zpracovány prostřednictvím procesní mapy. Procesy, které souvisí s péčí o pacienta, jsou v řadě domácích hospiců stejné a do jisté míry je lze standardizovat. Mobilní hospicová péče je určena chronicky nemocným pacientům, kteří se přejí dožít doma. Tito pacienti jsou v této fázi onemocnění často upoutáni na lůžko, proto by měl být proces přijetí pacienta co nejrychlejší a nejefektivnější.

Dále byla provedena analýza nákladů a výnosů a na základě těchto výsledků byla stanovena výsledná ekonomická bilance. Nejvíce nákladovou položkou u obou zkoumaných hospiců byly osobní náklady. V případě malých domácích hospiců jsou tyto náklady nejdůležitějším ukazatelem. Domácí hospicovou péči nelze vykonávat bez odpovídajícího multidisciplinárního týmu, je však velmi důležité zvolit jeho optimální velikost. Velikost mobilního týmu je však ovlivněna dalšími nepříjemnostmi. Zdravotní pojišťovny jsou velice náročné na personální zabezpečení a pokud není odpovídající, s domácími hospici není uzavřena smlouva. Proto je většina malých hospiců stále odkázána na dary. Pokud domácí hospic dokáže své služby provádět kvalitně menšímu počtu pacientů na základě standardů hospicové paliativní, měla by zdravotní pojišťovna k tomuto faktu přihlédnout.

Výnosy domácích hospiců byly dány především tím, zdali domácí hospic měl či neměl uzavřené smlouvy se zdravotní pojišťovnou. V případě podepsaných smluv tyto výnosy tvořily převážnou většinu výnosů, bohužel i přesto musí stále domácí hospice počítat s dary či dotacemi, jelikož není řádně řešeno financování sociální složky péče.

Domácí hospicová péče je nejvíce přínosná pro pacienta, ten má možnost dožít své poslední chvíle v rodinném kruhu a domácí hospice se toto přání snaží pacientovi splnit i přes to, že jejich existence je stále odkázána na pomoc druhým.

## Seznam použité literatury

- [1] HEGMONOVÁ, Eva. Informační zpráva o realizaci pilotního programu mobilní specializované paliativní péče v ČR. *Bolest*. 2015, 18(3), 167-168. ISSN 1212-0634. Dostupné také z: <http://www.tigis.cz/>
- [2] 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.
- [3] BUŽGOVÁ, Radka. Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života. Praha: Grada, 2015. *Sestra (Grada)*. ISBN 978-80-247-5402-4
- [4] KUPKA, Martin. Psychosociální aspekty paliativní péče. Praha: Grada, 2014. *Psyché (Grada)*. ISBN 978-80-247-4650-0.
- [5] National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: World Health Organization, 2002. ISBN 92-4-154557-7.
- [6] Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).
- [7] SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Martin LOUČKA. Paliativní péče v ČR v roce 2016. *Časopis lékařů českých*. 2016, 155(8), 445-450. ISSN 0008-7335. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-clanek/paliativni-pece-v-cr-v-roce-2016-60048>
- [8] KABELKA, Ladislav, Ondřej SLÁMA a Martin LOUČKA. Paliativní péče v české republice 2016: Situační analýza. In: *Paliativní medicína* [online]. ČR, 2016, 2016 [cit. 2020-05-20]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/12/situacni-analyza-paliativni-pece.pdf>
- [9] SLÁMA, Ondřej. Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR: General and specialist palliative care in Czech republic. *Paliativna medicína a liečba bolesti*. Bratislava: SOLEN, 2012, 5(1), 10-12. ISSN 1337-6896.
- [10] Standardy paliativní péče 2013. In: *Česká společnost paliativní medicíny* [online]. ČR: Česká společnost paliativní medicíny, 2016 [cit. 2020-05-20]. Dostupné z: [https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp\\_cspm\\_2013\\_def.pdf](https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf)
- [11] Projekce obyvatelstva České republiky - 2018 - 2100. In: *Český statistický úřad* [online]. ČR, 2018 [cit. 2020-05-20]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/61566242/13013918u.pdf/6e70728f-c460-4a82-b096-3e73776d0950?version=1.2>

- [12] Zemřelí podle seznamu příčin smrti, pohlaví a věku v ČR, krajích a okresech - 2008 až 2017 [online]. ČR, 2019 [cit. 2020-05-20]. Dostupné z: [www.czso.cz](http://www.czso.cz)
- [13] DUŠEK, Ladislav. Důstojné umírání – důstojný závěr života s nevléčitelnou nemocí. *Tempus medicorum*. 2017, 26(7-8), 21-25. ISSN 1214-7524. Dostupné z: <https://www.lkcr.cz/tempus-medicorum-353.html>
- [14] Stav dětské paliativní péče: V České republice v roce 2017. In: Dětská paliativní medicína [online]. ČR: Česká společnost paliativní medicíny, 2017, 2017 [cit. 2020-05-20]. Dostupné z: <https://detska.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2018/11/zprava-o-stavu-dpp-2017.pdf>
- [15] Mýty & fakta: Dětská paliativní péče. In: Dětská paliativní medicína [online]. ČR: Česká společnost paliativní medicíny, 2018 [cit. 2020-05-20]. Dostupné z: <https://detska.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2018/11/myty-a-fakta-detske-paliativni-pece.pdf>
- [16] Nadační fond Klíček [online]. ČR: 2020 [cit. 2020-05-20]. Dostupné z: <http://www.klicek.org/>
- [17] Standardy hospicové paliativní péče. In: Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče [online]. ČR: Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016 [cit. 2020-05-20]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/wp-content/uploads/2017/01/STANDARDY%202016.pdf>
- [18] Typ zdravotnického zařízení dle příčiny úmrtí. In: Národní datová základna paliativní péče [online]. ČR: Národní datová základna paliativní péče, 2018, 2018 [cit. 2020-05-20]. Dostupné z: <https://www.paliativnidata.cz/browser/web/mortalitni-data/typ-zz-dle-priciny-umrti/?region=&deathReasonType=1&deathReason=&sex=&ageType=1&ageGroup=&ageFrom=0&ageTo=120&periodFrom=2017&periodTo=2017&deathPlace=&hospitalization=&migration=>
- [19] Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.
- [20] BYSTRICKÝ, Zdeněk. Hospicová péče - organizace a zkušenosti z českých pracovišť. *Postgraduální medicína*. 2001, 3(2), 197-199. ISSN 1212-4184.
- [21] MILICEVIC, Natasa. The hospice movement: History and current worldwide situation. *Archive of Oncology*. 2002; 10(1). doi: 10.102298/AOO0201029M.
- [22] VORLÍČEK, Jirí a Ondřej SLÁMA. Paliativní medicína - historie a současnost. *Sanquis*. 2005, (41), 34-35. ISSN 1212-6535.
- [23] Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče [online]. ČR: Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2017 [cit. 2020-05-20]. Dostupné z: <https://www.asociacehospicu.cz>

- [24] Fórum mobilních hospiců [online]. ČR: Fórum mobilních hospiců, 2017 [cit. 2020-05-20]. Dostupné z: <https://www.mobilnihospice.cz>
- [25] European Association for Palliative Care [online]. Belgie: European Association for Palliative Care, 2005 [cit. 2020-05-20]. Dostupné z: <https://www.eapcnet.eu>
- [26] Česká společnost paliativní medicíny [online]. ČR: Česká společnost paliativní medicíny, 2016 [cit. 2020-05-20]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/>
- [27] ZÁVADOVÁ, Irena. Péče o nevléčitelně nemocné a umírající v domácím prostředí. Časopis lékařů českých. 2018, 157(1), 9-12. ISSN 0008-7335. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-clanek/pece-o-nevylecitelne-nemocne-a-umirajici-v-domacim-prostredi-63249>
- [28] HEGMONOVÁ, Eva. Informační zpráva o realizaci pilotního programu mobilní specializované paliativní péče v ČR. Bolest. 2015, 18(3), 167-168. ISSN 1212-0634. Dostupné také z: <http://www.tigis.cz/>
- [29] SKÁLA, Bohumil. Mobilní hospicová péče. Practicus. 2014, 13(8), 5. ISSN 1213-8711. Dostupné také z: <http://web.practicus.eu/sites/cz/Stranky/Archiv.aspx>
- [30] Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.
- [31] Standardy mobilní specializované paliativní péče. In: Česká společnost paliativní medicíny [online]. ČR: Česká společnost paliativní medicíny, 2019 [cit. 2020-05-20]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2019/02/2018-standardy-mobilni-paliativni-pece-a4-final.pdf>
- [32] Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče.
- [33] KALVACH, Zdeněk. Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě. Druhé upravené a doplněné vydání. Praha: Cesta domů, 2019. ISBN 978-80-88126-54-6.
- [34] Adresář služeb. In: Umírání [online]. ČR: Umírání, 2004 [cit. 2020-05-20]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz>
- [35] VZP podpoří mobilní hospice, péči bude hradit déle. Zdravotnické noviny. 2018, 67(5), 2. ISSN 0044-1996.
- [36] KLUSÁKOVÁ, Petra. Hospicová péče – standard, nebo luxus? Mobilní hospicová péče je v ČR značně imobilní. Zdravotnické noviny. 2012, 61(21), 24-25. ISSN 1805-2355. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/archiv/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/covers>
- [37] Aktuální situace ohledně úhrad mobilní paliativní péče pojišťovny. In: Cesta domů [Online]. ČR: Cesta domů 2018 [cit. 2020-05-20]. Dostupné z:

<https://www.cestadomu.cz/aktuality/aktualni-situace-ohledne-uhrad-mobilni-paliativni-pece-pojistovnami-0>

- [38] Vyhláška č. 268/2019 Sb., vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2020.
- [39] 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.
- [40] BEEK, Karen Van, Kathrin WOITHA, Nisar AHMED, et al. Comparison of legislation, regulations and national health strategies for palliative care in seven European countries (Results from the Europall Research Group): a descriptive study. *BMC Health Services Research* [online]. 2013, 13(1) [cit. 2020-05-21]. DOI: 10.1186/1472-6963-13-275. ISSN 1472-6963. Dostupné z: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-275>
- [41] WOITHA, Kathrin, Jeroen HASSELAAR, Karen VAN BEEK, Lukas RADBRUCH, Birgit JASPERS, Yvonne ENGELS a Kris VISSERS. Volunteers in Palliative Care - A Comparison of Seven European Countries: A Descriptive Study. *Pain Practice* [online]. 2015, 15(6), 572-579 [cit. 2020-05-21]. DOI: 10.1111/papr.12209. ISSN 15307085. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/papr.12209>
- [42] MAETENS, Arno, Kim BEERNAERT, Luc DELIENS, Régis AUBRY, Lukas RADBRUCH a Joachim COHEN. Policy Measures to Support Palliative Care at Home: A Cross-Country Case Comparison in Three European Countries. *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. 2017, 54(4), 523-529.e5 [cit. 2020-05-21]. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2017.07.022. ISSN 08853924. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392417302853>
- [43] WOITHA, Kathrin, Eduardo GARRALDA, Jose María MARTIN-MORENO, David CLARK a Carlos CENTENO. Ranking of Palliative Care Development in the Countries of the European Union. *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. 2016, 52(3), 370-377 [cit. 2020-05-21]. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2016.03.008. ISSN 08853924. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392416301415>
- [44] FROGGATT, Katherine, Sheila PAYNE, Hazel MORBEY, et al. Palliative Care Development in European Care Homes and Nursing Homes: Application of a Typology of Implementation. *Journal of the American Medical Directors Association* [online]. 2017, 18(6), 550.e7-550.e14 [cit. 2020-05-21]. DOI: 10.1016/j.jamda.2017.02.016. ISSN 15258610. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1525861017301251>
- [45] STIEL, Stephanie, Maria HECKEL, Andreas SEIFERT, Tobias FRAUENDORF, Roland Martin HANKE a Christoph OSTGATHE. Comparison of terminally ill



- cancer- vs. non-cancer patients in specialized palliative home care in Germany – a single service analysis. *BMC Palliative Care* [online]. 2015, 14(1) [cit. 2020-05-21]. DOI: 10.1186/s12904-015-0033-z. ISSN 1472-684X. Dostupné z: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-015-0033-z>
- [46] BASEDOW-RAJWICH, Birgit, Thomas MONTAG, Andreas DUCKERT, Christian SCHULZ, Gennadij RAJWICH, Ingo KLEITER, Jürgen KOEHLER a Gabriele LINDENA. Mobile Palliative Care Consultation Service (PCCS): Overview of Hospice and Palliative Care Evaluation (HOPE) Data on In-Patients With End-Stage Cancer, Multiple Sclerosis, and Noncancer, Nonneurological Disease From 4 PCCS Centers in Germany in 2013. *Palliative Care: Research and Treatment* [online]. 2018, 11 [cit. 2020-05-21]. DOI: 10.1177/1178224218785139. ISSN 1178-2242. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1178224218785139>
- [47] ESCOBAR PINZÓN, Luis Carlos, Eva MÜNSTER, Sabine FISCHBECK, Michael UNRATH, Matthias CLAUS, Tanja MARTINI a Martin WEBER. End-of-life care in Germany: Study design, methods and first results of the EPACS study (Establishment of Hospice and Palliative Care Services in Germany). *BMC Palliative Care* [online]. 2010, 9(1) [cit. 2020-05-21]. DOI: 10.1186/1472-684X-9-16. ISSN 1472-684X. Dostupné z: <http://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-684X-9-16>
- [48] RIZZA, K. a G. MATHIS. Ambulante Palliativversorgung aus Sicht der Pflege in Vorarlberg, Österreich. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* [online]. 2019, 52(7), 667-672 [cit. 2020-05-21]. DOI: 10.1007/s00391-018-01468-1. ISSN 0948-6704. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00391-018-01468-1>.
- [49] PELTTARI, Leena, Anna H. PISSAREK. Hospiz Österreich: advancing end-of-life care in Austria. *European Journal of Palliative Care*. 2013; 20: 100–102.
- [50] LEICHSENTRING, Kai a Georg RUPPE. Specific approaches to integrating care in Austria - The cases of psycho-geriatric coordination and palliative care (SUSTAIN project sites). *International Journal of Integrated Care* [online]. 2016, 16(6) [cit. 2020-05-21]. DOI: 10.5334/ijic.2666. ISSN 1568-4156. Dostupné z: <https://www.ijic.org/article/10.5334/ijic.2666/>
- [51] NILSEN, Per, Birgitta WALLERSTEDT, Lina BEHM a Gerd AHLSTRÖM. Towards evidence-based palliative care in nursing homes in Sweden: a qualitative study informed by the organizational readiness to change theory. *Implementation Science* [online]. 2018, 13(1) [cit. 2020-05-21]. DOI: 10.1186/s13012-017-0699-0. ISSN 1748-5908. Dostupné z: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-017-0699-0>.

- [52] KLARARE, Anna, Carina Lundh HAGELIN, Carl Johan FÜRST a Björn FOSSUM. Team Interactions in Specialized Palliative Care Teams: A Qualitative Study. *Journal of Palliative Medicine* [online]. 2013, 16(9), 1062-1069 [cit. 2020-05-21]. DOI: 10.1089/jpm.2012.0622. ISSN 1096-6218. Dostupné z: <http://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2012.0622>
- [53] HENOCH, Ingela, Ida CARLANDER, Maja HOLM, et al. Palliative Care Research - A Systematic Review of foci, designs and methods of research conducted in Sweden between 2007 and 2012. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [online]. 2016, 30(1), 5-25 [cit. 2020-05-21]. DOI: 10.1111/scs.12253. ISSN 02839318. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/scs.12253>
- [54] ŠMÍDA, Filip. Zavádění a rozvoj procesního řízení ve firmě. Praha: Grada, 2007. *Management v informační společnosti*. ISBN 978-80-247-1679-4.
- [55] SVOZILOVÁ, Alena. Zlepšování podnikových procesů. Praha: Grada, 2011. *Expert (Grada)*. ISBN 978-80-247-3938-0.
- [56] TUČEK, David, Martin HRABAL a Lukáš TRČKA. *Procesní řízení v praxi podniků a vysokých škol*. Praha: Wolters Kluwer, 2014. ISBN 978-80-7478-674-7.
- [57] MAŠÍN, Ivan a Jaroslav MAŠÍN. *Analýza procesů*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2012. ISBN 978-80-7372-865-6.
- [58] FIŠER, Roman. *Procesní řízení pro manažery: jak zařídit, aby lidé věděli, chtěli, uměli i mohli*. Praha: Grada, 2014. *Manažer*. ISBN 978-80-247-5038-5.
- [59] ŘEPA, Václav. *Podnikové procesy: procesní řízení a modelování*. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2007. *Management v informační společnosti*. ISBN 978-80-247-2252-8.
- [60] POPESKO, Boris. *Moderní metody řízení nákladů: jak dosáhnout efektivního vynakládání nákladů a jejich snížení*. Praha: Grada, 2009. *Prosperita firmy*. ISBN 978-80-247-2974-9.
- [61] SYNEK, Miloslav. *Manažerská ekonomika*. 5., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011. *Expert (Grada)*. ISBN 978-80-247-3494-1.
- [62] BOROVSKEJ, Juraj a Věra DYNTAROVÁ. *Ekonomika zdravotnických zařízení*. 2., přeprac. vyd. V Praze: České vysoké učení technické, 2012. ISBN 978-80-01-05055-2.
- [63] CHARLES, Joanna M., Deirdre M. HARRINGTON, Melanie J. DAVIES, et al. Micro-costing and a cost-consequence analysis of the 'Girls Active' programme: A cluster randomised controlled trial. *PLOS ONE* [online]. 2019, 14(8) [cit. 2020-05-21]. DOI: 10.1371/journal.pone.0221276. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0221276>.

- [64]XXU, Xiao, Holly K GROSSETTA NARDINI a Jennifer Prah RUGER. Micro-costing studies in the health and medical literature: protocol for a systematic review. *Systematic Reviews* [online]. 2014, 3(1) [cit. 2020-05-21]. DOI: 10.1186/2046-4053-3-47. ISSN 2046-4053. Dostupné z: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/2046-4053-3-47>
- [65]POPEŠKO, Boris a Petr NOVÁK. Application of the Advanced Costing Techniques in Czech Hospitals. In: *Proceedings of the 7th International Conference Accounting and Management Information Systems*. Bucharest: Editura ASE, 2012, s. 125-135. ISSN 2247-6245.
- [66]Hospic Dobrého Pastýře [online]. ČR: TŘI, 2020 [cit. 2020-05-20]. Dostupné z: <https://www.hospic-cercany.cz/>
- [67]Domáci hospic Kolín [online]. ČR: Domáci hospic Srdcem, 2020 [cit. 2020-05-20]. Dostupné z: <https://hospic-kolin.cz/>
- [68]Paliativní péče v hlavním městě Praha: Analýza. In: *Centrum paliativní péče* [online]. ČR: Centrum paliativní péče, 2018, 2018 [cit. 2020-05-20]. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/projekty/analyza-paliativni-pece-v-hlavnim-meste-praha>

## Příloha A: Poskytovatelé MSPP v ČR

Název	Město	Kraj	APHPP	FMH
Cesta domů	Praha	PHA		RČ
Domácí hospic Most k domovu	Praha	PHA		RČ
Mobilní hospic Péče doma	Praha	PHA		
Nadační fond Klíček	Uhlířské Janovice	STČ	RČ	
RUAH	Benešov	STČ	RČ	
Tři, Hospic Dobrého Pastýře	Čerčany	STČ	RČ	RČ
Hospic TEMPUS	Mělník	STČ	RČ	PČ
Domácí hospic Srdcem	Kolín	STČ	RČ	PČ
Domácí hospic Nablízku	Lysá nad Labem	STČ		PČ
Domácí hospic sv. Hedviky	Kladno	STČ		PČ
Centrum domácí péče – mobilní hospic	Beroun	STČ		PČ
Domácí hospic Srdcem	Kolín	STČ		PČ
Centrum sociálních a zdravotních služeb – domácí hospicová péče	Poděbrady	STČ		PČ
Domácí hospic Doma nejlíp	Oskořínec	STČ		
SC domácí péče	Kutná Hora	STČ		
Domácí hospic Křídla	Sedlčany	STČ		
Domácí péče Andělka	Příbram	STČ		
Domácí hospic Ledax	České Budějovice	JHČ		PČ
Domácí hospic sv. Veroniky	České Budějovice	JHČ	RČ	
Domácí hospic sv. Markéty	Strakonice	JHČ	RČ	
Domácí hospic Jordán	Tábor	JHČ		RČ
Domácí hospic Athelas	Písek	JHČ		RČ
Domácí péče ČČK	Strakonice	JHČ		PČ
Hospicová péče sv. Kleofáše	Třeboň	JHČ		RČ
Mobilní hospic Domov	Plzeň	PLK	RČ	PČ
Mobilní hospic sv. Jiří	Tachov	PLK		
Mobilní hospic LADARA	Karlovy Vary	KVK		RČ
Hospic sv. Jiří	Cheb	KVK	RČ	PČ
Domácí hospic Motýl	Březová	KVK		
Mobilní hospic Masarykovy nemocnice	Ústí nad Labem	ULK		PČ
Hospice sv. Štěpána	Litoměřice	ULK		RČ
Domácí hospicová péče Oblastní charita Česká Kamenice	Česká Kamenice	ULK		
Hospic sv. Zdislavy	Liberec	LBK	RČ	

Domáci hospic	Hradec Králové	HKK		RČ
Domáci hospic Anežky České	Červený Kostelec	HKK	RČ	RČ
Domáci hospic Duha	Hořice	HKK	RČ	
Domáci hospic Duha	Vrchlabí	HKK	RČ	
Domáci hospic Setkání	Rychnov nad Kněžnou	HKK	RČ	
Domáci hospic Andělů strážných	Pardubice	PAK		
Domáci hospic Andělů strážných	Holice	PAK		
Domáci hospic sv. Michaela	Polička	PAK		
Charitní Domáci hospic ALFA-OMEGA	Ústí nad Orlicí	PAK		RČ
Energiea – dětská domácí paliativní péče	Heřmanův Městec	PAK		PČ
Domáci paliativní péče POMADOL	Olomouc	OLK		
Nejste sami – mobilní hospic	Olomouc	OLK		RČ
Hospicová péče Caritas	Olomouc	OLK		RČ
Hospicová péče Caritas	Zábřeh	OLK		PČ
Hospicová péče Caritas	Šumperk	OLK		
Charitní středisko sv. Kryštofa	Ostrava	MSK	RČ	
Mobilní hospic Ondrášek	Ostrava	MSK		RČ
Mobilní hospic Strom života	Nový Jičín	MSK		RČ
Domáci hospic Pokojný přístav	Opava	MSK	RČ	
Mobilní hospic MEDICA	Třinec	MSK		PČ
Domáci hospic Slezská humanita	Karviná	MSK		
Hospic sv. Alžběty	Brno	JHM	RČ	RČ
Domáci hospic sv. Lucie	Brno	JHM		RČ
NFDO Krtek	Brno	JHM		
Domáci hospic David	Kyjov	JHM		
Mobilní hospic sv. Jana	Rajhrad	JHM		
Domáci hospic Znojmo	Znojmo	JHM		
Mobilní hospic sv. Martina	Blansko	JHM		
Domáci hospic Porta vitae	Tišnov	JHM		
Domáci péče HOMEDICA	Hodonín	JHM		PČ
Domáci hospic Girasole	Hustopeče	JHM		PČ
Mobilní hospic Most k domovu	Zlín	ZLK		RČ
Domáci hospicová péče Letokruhy	Vsetín	ZLK		
Domáci hospic PAHOP	Uherské Hradiště	ZLK		
Domáci hospic Antonínek	Uherské Hradiště	ZLK		PČ
Devětsil domácí hospic	Vsetín	ZLK		PČ
Domáci hospic Společnou cestou	Valašské Meziříčí	ZLK		
Domáci hospic DOMA	Nový Hrozenkov	ZLK		
Charita Nový Hrozenkov	Nový Hrozenkov	ZLK	RČ	
Domáci Hospic Bárka	Jihlava	VYS		

Domáci hospic sv. Zdislavy	Třebíč	VYS		
Domáci hospic Sdílení	Telč	VYS		RČ
Domáci hospic Vysočina	Nové Město na Moravě	VYS		RČ
Domáci hospicová péče	Žďár nad Sázavou	VYS		
Domáci hospicová péče Iris	Pelhřimov	VYS		RČ
APHPP – Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče; FMH – Fórum mobilních hospiců; RČ – řádný člen; PČ – přidružený člen				

# Příloha B: Procesní mapa průběhu mobilní hospicové péče

