



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE

FAKULTA BIOMEDICÍNKÉHO INŽENÝRSTVÍ

Katedra biomedicínské techniky

System péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou

Alzheimer's disease care system

Diplomová práce

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

Autor diplomové práce: Bc. Zuzana Řeháčková
Vedoucí diplomové práce: Ing. Ondřej Gajdoš
Konzultant diplomové práce: PhDr. Monika Válková

Kladno 2018

Katedra biomedicínské techniky

Akademický rok: 2017/2018

Z a d á n í d i p l o m o v é p r á c e

Student: **Bc. Zuzana Řeháčková**
Studijní obor: Systémová integrace procesů ve zdravotnictví
Téma: **Systém péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou**
Téma anglicky: Alzheimer's Disease Care System

Zásady pro vypracování:

Cílem diplomové práce je vytvoření modelu péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou v prostředí České republiky spolu s možnostmi jejího financování. Analyzujte současný stav problematiky procesu péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou u nás a ve světě. Popište jednotlivé formy poskytované péče a systém jejich financování. Na základě současného stavu a získaných dat navrhnete model poskytované péče spolu se systémem jeho financování u pacientů s Alzheimerovou chorobou v rámci České republiky.

Seznam odborné literatury:

- [1] PIDRMAN, Vladimír, Demence, ed. 1, Grada, 2007, ISBN 9788024714905
- [2] MÁTLOVÁ, Martina, Iva HOLMEROVÁ a Ondřej MÁTL, Zpráva o stavu demence 2016, 2016, <http://www.alzheimer.cz/res/archive/004/000480.pdf?seek=1492589048>

Vedoucí: Ing. Ondřej Gajdoš
Konzultant: PhDr. Monika Válková

Zadání platné do: 20.09.2019

.....
vedoucí katedry / pracoviště

.....
děkan

V Kladně dne 19.02.2018

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci s názvem „Systém péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou“ 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 18. 5. 2018

.....

Bc. Zuzana Řeháčková

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala Ing. Ondřeji Gajdošovi za vedení diplomové práce. Dále chci poděkovat PhDr. Monice Válkové za odbornou konzultaci, trpělivost, ochotu a čas, který mi v průběhu psaní diplomové práce věnovala. Mé díky patří také zdravotním pojišťovnám za poskytnutí informací. V neposlední řadě děkuji všem zástupcům poskytovatelů péče, kteří byli ochotni se na tvorbě této práce podílet prostřednictvím poskytnutí odborných názorů.

ABSTRAKT

System péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou

Alzheimerova choroba je neurodegenerativní onemocnění mozku, jehož incidence vzrůstá s věkem. Se stárnutím populace tedy vzrůstá počet osob trpících touto chorobou. Hlavním cílem práce je vytvoření procesního modelu péče o osoby s Alzheimerovou chorobou v České republice s dodržением hodnot strategie P-PA-IA. V práci byly použity následující metody: komparace, nevážená SWOT analýza, tvorba procesních modelů, analýza nákladů a tvorba vývojového diagramu. V práci byly vytvořeny procesní modely péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou v prostředí ČR. Jednotlivé procesní modely péče byly shrnuty ve vývojovém diagramu znázorňující ideální průchod nemocného systémem péče zahrnující požadavky strategie P-PA-IA. Jako možné příčiny vysokých nákladů za péči byla uvedena nedostatečná spolupráce MPSV ČR a MZ ČR, vykazování vyšetření nesouvisejících s Alzheimerovou chorobou a skutečnost, že příjemci dotací se nesnaží optimalizovat náklady. Jako možné způsoby řešení bylo navrženo zavedení koordinace dlouhodobé péče mezi zdravotním a sociálním rezortem, možné zavedení povinných odvodů pojištění dlouhodobé péče či převedení odpovědnosti za dostatečné množství kapacit sociálních služeb na obce. Práce upozorňuje na omezenou volbu ideální formy péče z důvodu nedostatku financí a omezené kapacity míst v sociálních zařízeních. Z vytvořených procesních modelů péče a určení jejich nákladovosti vyplývá, že poskytování optimální péče je z dlouhodobého hlediska financování neudržitelné zejména pro blízké nemocných.

Klíčová slova

Alzheimerova choroba, demence, strategie P-PA-IA, sociální péče, zdravotní péče

ABSTRACT

Alzheimer's disease care system

Alzheimer's disease is a neurodegenerative brain disease whose incidence increases with age. As the population ages, the number of people suffering from this disease is rising. The main objective of the thesis is to create a process model of care for people with Alzheimer's disease in the Czech Republic, while respecting the values of the P-PA-IA strategy. The following methods were used for thesis: comparison, non-binding SWOT analysis, proces modelling, cost analysis, and creation flowchart. In the thesis, was created proces models of the care for patients with Alzheimer's disease in the Czech Republic. The individual process models of care were summarized in a flowchart illustrating the ideal passage of the patient through the care system including the requirements of the P-PA-IA strategy. Possible causes of high cost of care was mentioned the lack of cooperation Ministry of Labor and Social Affairs of the Czech Republic and Ministry of Health of the Czech Republic, reporting of tests not related to Alzheimer's disease and the fact that recipient of subsidies are not trying to optimize costs. As possible ways of solving was proposed the introduction of coordination of long-term care between healthcare and social resort, the possible introduction of compulsory insurance payments to long-term care or the transfer of responsibility for sufficient capacity of social services to municipalities. The thesis draws attention to the limited choice of ideal care due to lack of finance and limited capacity in social facilities. It follows from the established process models of care and the determination of their cost that the provision of optimal care is from long-term financing aspect unsustainable especially for close patients.

Keywords

Alzheimer's disease, dementia, P-PA-IA strategy, social care, health care

Obsah

Seznam zkratk	9
Úvod	10
1 Přehled současného stavu problematiky	11
1.1 Alzheimerova choroba	11
1.1.1 Příčina a rizikové faktory	11
1.1.2 Projevy a vývoj nemoci	12
1.1.3 Diagnostika a léčba.....	13
1.2 Organizace péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou v ČR.....	13
1.2.1 Strategie P-PA-IA.....	15
1.2.2 Zdravotní péče	17
1.2.3 Financování zdravotní péče.....	23
1.2.4 Sociální péče.....	24
1.2.5 Financování sociální péče.....	27
1.2.6 Neformální péče a šedá ekonomika.....	28
1.2.7 Integrace zdravotní a sociální péče ČR	28
1.3 Péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou a její financování ve vybraných zemích	29
1.3.1 Francie	31
1.3.2 Německo.....	33
1.3.3 Švédsko.....	35
1.4 Shrnutí současného stavu	37
2 Cíle a metody.....	39
2.1 Technika sběru dat.....	39
2.2 Komparace.....	40
2.3 SWOT analýza	40
2.4 Tvorba procesního modelu péče.....	41
2.5 Vývojový diagram.....	41
2.6 Náklady	43
2.6.1 Členění nákladů	43
2.6.2 Výpočet nákladů.....	44
2.6.3 Perspektiva	44
3 Výsledky.....	46

3.1 SWOT analýza	46
3.2 Procesní modely péče	47
3.2.1 Popis zvolených procesních modelů.....	48
3.2.2 Výpočet nákladů jednotlivých procesních modelů.....	50
3.2.3 Vzorový pacient.....	50
3.2.4 Náklady z perspektivy nemocného ACH a osob blízkých	51
3.2.5 Náklady z perspektivy zdravotních pojišťoven	65
3.2.6 Náklady z perspektivy poskytovatele péče.....	66
3.3 Vývojový diagram	71
3.4 Shrnutí výsledků.....	76
4 Diskuze.....	81
Závěr	92
Citovaná literatura	93
Seznam obrázků.....	102
Seznam tabulek	103
Seznam příloh.....	104
Příloha 1: Hrazení sociálních služeb dne Vyhlášky č. 505/2006 Sb.	105
Příloha 2: Příspěvek na péči pro osoby starší 18 let	106
Příloha 3: Výdaje vybraných zemí na zdravotnictví v % z HDP	107
Příloha 4: Výdaje vybraných zemí na zdravotnictví na 1 obyvatele	107
Příloha 5: Přehled použitých studií.....	108

Seznam zkratek

Zkratka	Význam
ACH	Alzheimerova choroba
CT	výpočetní tomografie
ČR	Česká republika
ČALS	Česká alzheimerovská společnost
ČPZP	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
DZR	Domov se zvláštním režimem
EU	Evropská unie
EUROSTAT	Statistical office of the European Union (Statistický úřad evropských společenství)
F00	demence u Alzheimerovy nemoci
F01–F03	demence z jiných příčin
FR	Francie
G30	demence u Alzheimerovy nemoci
G30.0	demence u Alzheimerovy nemoci s časným začátkem
G30.1	demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním začátkem
G30.8	demence u Alzheimerovy nemoci, atypického nebo smíšeného typu
G30.9	demence u Alzheimerovy nemoci NS
HDP	hrubý domácí produkt
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize
MP SV ČR	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
MRI	magnetická rezonance
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NHS	The national health service
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj)
OZP	Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
PEG	perkutánní endoskopické gastrostomie
PET	pozitronová emisní tomografie
PnP	příspěvek na péči
SEK	švédská koruna
SPECT	jednofotonová emisní tomografie
USA	Spojené státy americké
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
VB	Velká Británie
VZP ČR	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
ZP MV ČR	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky
ZPŠ	Zdravotní pojišťovna Škoda

Úvod

Alzheimerova choroba (ACH) je neurodegenerativní onemocnění mozku, které je nejčastější příčinou demence. Na toto onemocnění v současné době neexistuje lék. K dispozici jsou pouze léčiva zpomalující postup nemoci či zmírňující její příznaky. Výskyt tohoto onemocnění výrazně stoupá s věkem. S celosvětovým trendem stárnutí populace tedy přibývá i lidí, kteří touto nemocí trpí. Lidem s ACH či jinou formou demence není často poskytována dostatečná a především odborná péče. Problémem je již samotné diagnostikování ACH. To se velmi často uskutečňuje až v pozdních fázích nemoci, protože jsou počáteční příznaky považovány jak nemocným, tak i jeho okolím za klasické známky stárnutí. A právě i relativně nízké povědomí o této problematice v řadách veřejnosti je nutné změnit.

Alzheimerova choroba a demence obecně si díky nezanedbatelným nákladům žádají pozornost na státní i mezinárodní úrovni. Vznikají mezinárodní alzheimerovské společnosti, které se snaží zlepšit současný stav v problematice spojené s ACH. Ke konci května roku 2017 přijaly vlády 29 států celého světa národní plány Alzheimerovy choroby či demence. Další země pak mají na státní úrovni různé strategie zabývající se stejným problémem. Česká republika přijala národní plán demence v roce 2016.

Diplomová práce se zabývá problematikou péče poskytované pacientům s Alzheimerovou chorobou v ČR, ale i v dalších státech. Hlavním cílem diplomové práce je dle získaných dat navržení vhodného procesního modelu péče o pacienty s ACH v různých stádiích onemocnění spolu s určením nákladů a možnostmi financování péče. Pro splnění cíle je nutné analyzovat současný stav problematiky, který se věnuje jednotlivým formám péče pro osoby s ACH od stanovení diagnózy až po úmrtí pacienta. Péče o osoby trpící ACH je dlouhodobého charakteru a obsahuje zdravotní i sociální prvky. Součástí současného stavu problematiky je analýza financování péče, které je vícezdrojové. Je uskutečňováno z veřejného zdravotního pojištění, z rozpočtu Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky (MPSV ČR) či z financí samotných osob s ACH a jejich blízkých či z dotací. Dále je v teoretické části práce zpracována problematika poskytování péče osobám s ACH v cizích zemích. Vybrány byly ty státy, ve kterých byly nalezeny inspirativní prvky.

V praktické části práce je vypracována nevážená SWOT analýza řešené problematiky. Dále jsou vytvořeny procesní modely péče. Při tvorbě procesních modelů péče byly brány v potaz odborné názory zástupců poskytovatelů péče se zachováním požadavků vycházejících ze strategie P-PA-IA. V práci jsou určeny náklady spojené s poskytováním péče o osoby s ACH z perspektivy nemocného a jeho blízkých, z perspektivy poskytovatele péče a z perspektivy zdravotních pojišťoven. Na základě vytvořených procesních modelů byl navržen vývojový diagram znázorňující ideální průchod pacienta a rozhodování o optimální péči o osobu s ACH.

1 Přehled současného stavu problematiky

1.1 Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba je primárním onemocněním šedé kůry mozkové, která se vyznačuje charakteristickými patofyziologickými a klinickými příznaky. Způsobuje pokles kognitivních funkcí – myšlení, paměti, úsudku. Alzheimerova choroba je progresivní onemocnění, což znamená, že se v průběhu času stupňuje. S 62 % je Alzheimerova choroba nejčastější příčinou demence. [1] [2]

Pro lepší orientaci v následujících kapitolách bude nyní popsáno značení demencí a Alzheimerovy choroby. Demence u Alzheimerovy choroby je podle Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) označována skupinou F00 či G30 a je dále členěna na skupiny G30.0 Demence u Alzheimerovy nemoci s časným začátkem, G30.1 Demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním začátkem, G30.8 Demence u Alzheimerovy nemoci, atypického nebo smíšeného typu, G30.9 Demence u Alzheimerovy nemoci NS. F01-F03 jsou demence z jiných příčin. [2]

Organizace Alzheimer's Disease International uvádí, že v roce 2015 žilo na Zemi 46,8 milionů lidí s demencí, přičemž toto číslo se podle předpokladů každých 20 let zdvojnásobí. To by tedy znamenalo, že v roce 2030 bude tato nemoc diagnostikována již u 74,7 milionů lidí a v roce 2050 u 131,5 milionů. Každý rok je na světě zaznamenáno 9,9 milionů lidí s nově diagnostikovanou demencí, tedy každé 3,2 vteřiny jeden nový případ. [3]

V Evropě žilo v roce 2015 7,4 milionu lidí s demencí. Každý rok bylo zaznamenáno 2,5 milionu nových případů. Podle posledních dostupných údajů ze statistik EUROSTAT z roku 2014 ve státech Evropské unie zemřelo na Alzheimerovu chorobu 89 418 lidí, z toho 27 533 mužů a 61 886 žen. V ČR se incidence demence v roce 2015 pohybovala okolo 155,9 tisíc, z toho 105 tisíc žen a 50,9 tisíc mužů. Průměrně se prevalence demence ve státech EU pohybuje okolo 1,55 %, v ČR je to pak 1,48 %. Z posledních dostupných dat OECD vyplývá, že v ČR v roce 2015 zemřelo na Alzheimerovu nemoc 1 562 lidí, z toho 1 041 žen a 521 mužů. [3] [4] [5]

1.1.1 Příčina a rizikové faktory

V současné době není příčina Alzheimerovy choroby stále známá. Jde o komplikované onemocnění způsobené různými faktory. Mezi tyto rizikové faktory řadíme zejména: věk, ženské pohlaví, genetické faktory, závažná poranění hlavy, stav cév spolu s faktory, které jej ovlivňují, metabolické faktory či deprese.

Věk hraje u výskytu Alzheimerovy choroby zásadní roli. Zatímco touto chorobou trpí 5 % populace starších 65 let, u osob starších 80 let je to téměř 1/3 populace. To, že se incidence v průběhu let zvyšuje, je jednoznačně dáno stárnutím populace a prodlužující se délkou života. Touto nemocí jsou však postihováni i lidé ve věku 30–50 let, kteří tvoří kolem 10 % z celkového počtu nemocných ACH. Větší výskyt nemocných u pacientů ženského pohlaví může být připisován delší délce dožití. [6] [7]

1.1.2 Projevy a vývoj nemoci

Onemocnění trvá v průměru 9 let (v rozmezí 2-12 let). Každého člověka postihuje Alzheimerova choroba jinak a její projevy jsou do značné míry ovlivněny tím, jakou osobností byl nemocný před nemocí, jaký měl životní styl, kondici či zájmy. Toto onemocnění má tři stádia: časné (mírné), střední a těžké (hluboké). Od stavu osob v různých fázích onemocnění se odvíjí i péče, kterou tito lidé potřebují. Tou se zabývá strategie P-PA-IA vytvořená Českou alzheimerovskou společností (ČALS), která bude popsána dále. [8] [9]

Začátek onemocnění je nenápadný a pomalý. První příznaky jsou často považovány za běžnou součást stárnutí. U nemocného nejprve dochází k nepatrným změnám v chování, návycích či osobnosti. Právě změna osobnosti odlišuje Alzheimerovu chorobu od vaskulárního typu demence. Dochází ke zhoršování myšlení, které se projevuje např. horším vyjadřováním, potížemi v učení se nových věcí. Dochází k poruchám orientace v čase i prostoru. Nejvýznamnějším příznakem Alzheimerovy nemoci je, že tito lidé zapomínají především nedávné události, přičemž staré vzpomínky si pamatují bez problémů. Mezi další projevy časného stádia patří i potíže s rozhodováním, ztráta zájmu o koníčky, iniciativy, motivace, deprese či úzkost. [7] [8]

Ve střední fázi onemocnění pacient postupně ztrácí schopnost sám o sebe pečovat, a to od nejsložitějších úkonů po ty nejjednodušší. Dostatečná péče však v tomto období dokáže postiženému stále zajistit dobrou kvalitu života. [7]

V poslední fázi má nemocný nedostatek energie, často spí, má problémy s pohyblivostí, příjmem potravy, inkontinencí, ztrácí na hmotnosti. Tito lidé již velmi často nepoznávají své příbuzné a přátele, nedokáží se podílet na různých, pro ně dříve obvyklých, činnostech. I přesto dokáží mít z určitých věcí radost. Vnímají své okolí, chování lidí, pocit pohodlí a čistoty. Proto by se mělo na všechny tyto věci při péči o nemocného dbát i v této fázi. [6] [7]

1.1.3 Diagnostika a léčba

Je zjevné, že včasná diagnostika je v případě Alzheimerovy choroby velmi důležitá. Jak pro nemocného, který tak bude mít tím více času a možností naplánovat si svůj život a zařídit vše nutné pro dobu, kdy toho již nebude sám schopen, tak pro rodinné příslušníky. Ti tak získají čas potřebný k zajištění a rozhodnutí o všem potřebném v souvislosti s budoucí péčí o postiženého. Podle Alzheimer's Disease International je však demence obecně ve vyspělých státech diagnostikována pouze u 50 % lidí, kteří demencí reálně trpí. V zemích méně rozvinutých či v těch se středními příjmy se počet diagnostikovaných případů odhaduje na pouhých 10 %. [7] [3]

Na stanovení Alzheimerovy choroby neexistuje žádný jednoznačný test. Lékař však pomocí různých testů dokáže odlišit, zda pacient netrpí mírnou kognitivní poruchou, která nemusí nutně znamenat demenci. Pokud se demence potvrdí, znamená stanovení Alzheimerovy choroby postupné vyvrácení všech ostatních příčin demence, zejména pečlivým klinickým vyšetřením a laboratorními testy. Diagnostický proces by měl být zakončen neurologickým vyšetřením a vyšetřením zobrazovacími metodami CT, MR, PET, SPECT mozku či odebráním mozkomíšního moku. Toto konečné vyšetření provádí lékař specialista (neurolog, psycholog, geriatr). Alzheimerova choroba může být se 100% jistotou prokázána až z pitvy mozkové tkáně. [7] [8]

Alzheimerova choroba je onemocnění, na které neexistuje léčba. Stav pacienta tedy nedokážeme zlepšit, ani zastavit jeho zhoršování. K dispozici jsou však alespoň léky, tzv. kognitiva = inhibitory acetylcholinesterázy. Tyto léky prokazatelně zmírňují příznaky nemoci, zpomalují její postup. Může je předepsat psychiatr, neurolog či geriatr a v ČR jsou částečně hrazeny ze zdravotního pojištění. [10]

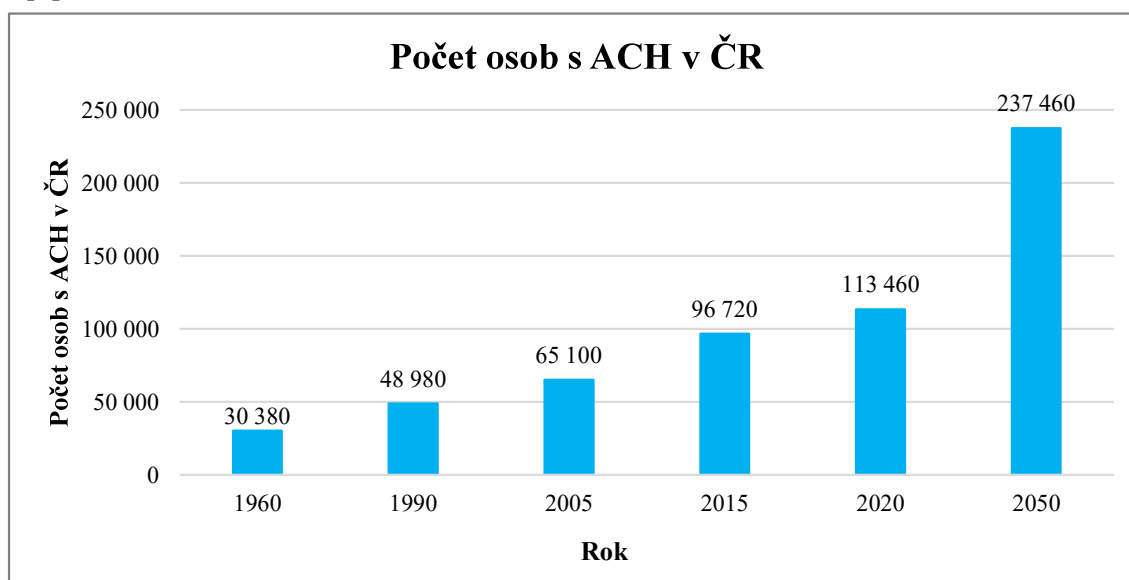
1.2 Organizace péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou v ČR

Česká republika vytvořila Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2016–2019. Ten definuje problém demence a klade si za cíl následující: zlepšit diagnostiku, zvýšit informovanost o nemoci, zvýšit podporu a vzdělávání neformálních pečovatелů, zapojit ČR do evropské spolupráce aj. [11]

Studie z roku 2014 se zabývala kvalitou péče v zdravotnických i sociálních zařízeních, které poskytují péči lidem s Alzheimerovou chorobou. Studie konkrétně řešila udělení certifikačního systému „Vážka“, jeho kritéria a proces udělování, které spadají pod Českou alzheimerovskou společnost. Certifikát kvality je udělován na 24 měsíců dle rozhodnutí o splnění podmínek na základě auditu. Držitelé tohoto certifikátu poskytují komplexní péči o lidi s demencí. Celkem bylo v době vydání článku (září 2014) na území ČR certifikováno 32 zařízení, v únoru 2018 se jejich počet zvýšil na 63. [12] [13]

Druhá studie z roku 2016 se zabývala náklady a očekávanou ekonomickou zátěží na léčbu a péči o osoby s Alzheimerovou chorobou pro ČR. Byly zde zahrnuty náklady za léčbu, léky a ubytování v pobytovém zařízení či domácí péči, nebyly však uvažovány náklady nepřímé. Studie uvádí roční náklady na jednoho pacienta s Alzheimerovou chorobou umístěného v pobytovém zařízení na téměř 322 tisíc Kč, v případě domácí péče pak na 205 tisíc Kč. [14]

Vzhledem k rostoucímu počtu lidí postižených Alzheimerovou nemocí, potažmo demencí, je potřebné věnovat pozornost tomu, kde se těmto lidem dostává potřebné péče. Jelikož víme, že Alzheimerova choroba je onemocnění, které u každého pacienta dojde do stádia, ve kterém za sebe nedokáže rozhodovat ani se o sebe postarat, je nutné zajistit dostatečné množství míst, ve kterých se o tyto pacienty v různých stupních nemoci dokáží postarat. Na *Obrázku 1* můžeme vidět očekávaný vývoj počtu osob s ACH v ČR. Data byla získána jako výpočet 62 % z počtu osob s demencí v ČR uváděném ve zprávě ČALS. [3]

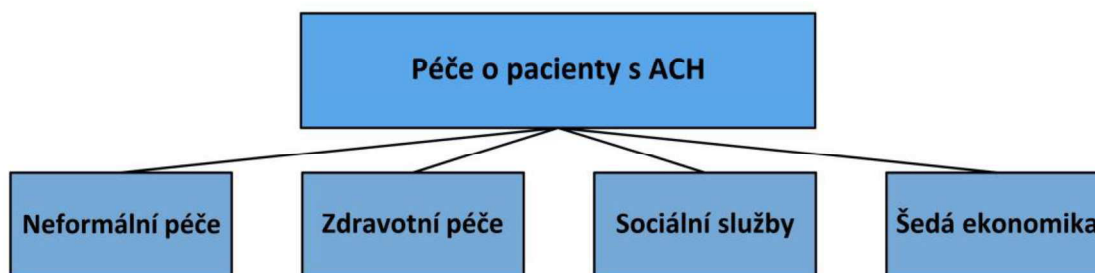


Obrázek 1: Počet osob s ACH v ČR

V říjnu 2014 se ve skotském Glasgow konala konference pořádaná Alzheimer Europe, na níž 26 evropských členských organizací přijalo tzv. Glasgowskou deklaraci. Ve zmíněném dokumentu je uvedeno, že každý člověk žijící s demencí má nárok na následující:

- Právo na správnou diagnózu ve správný čas
- Právo na dostupnou a kvalitní podporu po stanovení diagnózy
- Právo na individualizovanou, koordinovanou a kvalitní péči v průběhu progresu onemocnění způsobujícího demenci
- Právo na rovný přístup k léčbě a terapeutickým intervencím (dostupnost farmakoterapie a další potřebné léčby bez diskriminace)
- Právo být ve své komunitě respektován jako svébytná (dospělá) osoba [15]

Právě právo na péči o pacienty s demencí se v České republice odehrává v několika sektorech. Péče poskytovaná státem je rozdělena mezi dva navzájem téměř nepropojené sektory, a to mezi zdravotní péči a sociální péči (služby). Kromě těchto dvou velkých skupin o tyto lidi pečují velmi často rodinní příslušníci v prostředí domova. Tato péče je nazývána péčí neformální. Jako ve všech ostatních částech zdravotnictví či sociálních služeb se i v případě demence vyskytuje šedá ekonomika. Stručný přehled péče je znázorněn na *Obrázku 2*. [16]



Obrázek 2: Péče o pacienty s ACH v ČR

V ČR neexistuje v současné době žádný oficiální aktuální zdroj statistických dat týkajících se ACH. Poslední data věnovaná demenci a péči o lidi s touto nemocí publikoval v roce 2013 ÚZIS ČR. [17]

V následujících kapitolách bude popsána problematika péče poskytované osobám s Alzheimerovou chorobou v České republice. Nejprve bude vysvětlena strategie P-PA-IA, ve které je uvedena potřebná péče odpovídající jednotlivým fázím demence a v kapitolách následujících budou popsány jednotlivé druhy péče (zdravotní, sociální a neformální).

1.2.1 Strategie P-PA-IA

Strategii P-PA-IA „Péče a podpora lidem postiženým syndromem demence“ vydala Česká alzheimerovská společnost, o.p.s. (ČALS) v roce 2006, její revidovanou verzi pak s podporou MZ ČR v roce 2016. Jedná se o strategii diskutovanou a zároveň přijatou na mezinárodní úrovni prostřednictvím Alzheimer Europe. Tato strategie se zabývá péčí o osoby s demencí, tedy i osoby s Alzheimerovou chorobou. Potřeby osob trpících demencí se v různých stádiích nemoci značně liší. Pod zkratkou P-PA-IA se skrývá označení jednotlivých stádií vývoje demence, která jsou spojena s odlišnými nároky na péči a podporu. Strategie rozlišuje tři základní stádia demence.

„P“ označuje první stádium, ve které by měla být dominantní **podpora, psychologická pomoc a poradenství**. „PA“ je zkratka druhého stádia a značí **programované aktivity**. „IA“ je **individuální asistence**, která je potřebná ve třetím stádiu. [9]

Dokument byl vytvořen na základě diskuze zástupců poskytovatelů péče o osoby s demencí, kteří se zabývali problematikou kvality poskytované péče o tuto skupinu osob. Popisuje zásadní body, které by měla péče splňovat, a to dle potřeb osob s demencí v konkrétních fázích onemocnění. Principy této strategie jsou podkladem pro udělení certifikace „Vážka“, která byla zmíněna již v kapitole 1.2. [9]

Prvním stádiem je označována **počínající a mírná demence**. V této fázi onemocnění jsou lidé relativně soběstační, vyžadují pomoc pouze při určitých činnostech a není zde nutný nepřetržitý dohled. Vhodná je výpomoc ze strany rodiny a blízkých, využití pečovatelské služby a odborného poradenství. V této počáteční fázi je zásadní správné a včasné stanovení diagnózy a s tím související případné zavedení farmakoterapie, která může průběh onemocnění zmírnit. S touto fází nemoci souvisí také sdělení prognózy. [9]

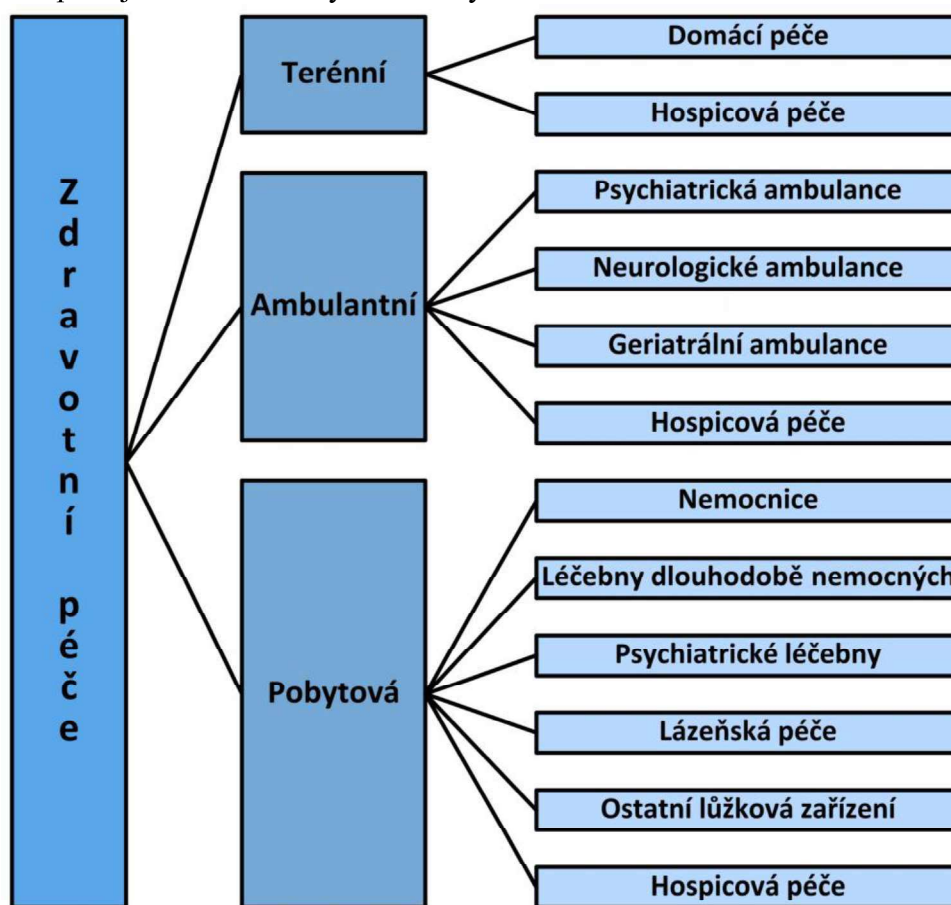
Druhé stádium značí **středně pokročilou a rozvinutou demenci**. V případě Alzheimerovy choroby může trvat v rozmezí 2-10 let. Osoby v této fázi onemocnění mají omezenou soběstačnost, potřebují pomoci s určitými denními aktivitami, trpí dezorientací a vyžadují nepřetržitý dohled. Kvalita života je však dobrá, v některých případech i velmi dobrá. Lidé v tomto stádiu dokáží sami vykonávat převážně ty činnosti, které vykonávali v předchozím životě rutinně. Ideální je využití denních či týdenních stacionářů s tím, že osoba s ACH zůstává, pokud je to možné, ve vlastním sociálním prostředí. V případě, že toto není možné, by měl být nemocný umístěn do pobytových sociálních služeb, avšak vždy se souhlasem stvrzeným podpisem člověka s demencí. Osoby v této fázi mají velký prospěch z pravidelného denního rytmu tvořeného individuálními odpovídajícími činnostmi, přičemž těmito činnostmi jsou myšleny úkony osobní hygieny, oblékání, pravidelné stolování doplněné například o kolektivní hry, hudební či výtvarné činnosti. O osoby s demencí v této fázi by měly pečovat kvalifikovaní zaměstnanci zaškolení do dané problematiky, přičemž by na 1 pracovníka mělo připadat 5-8 lidí s demencí. Nutností zařízení, ve kterých je poskytována péče o osoby s demencí v tomto stupni nemoci, je zajištění kontrolovaného příchodu a odchodu ze zařízení např. pomocí zámku, kódu, signalizace, tedy tzv. chráněné prostředí. [9]

Těžká demence je dle strategie P-PA-IA třetím stádiem. Zahrnuje dlouhodobou zdravotně-sociální péči, v ideálním případě poskytovanou v pobytových sociálních zařízeních specializovaných pro osoby s demencí. Tento stav je často komplikován poruchami chování, které je nutno řešit, pokud je to možné, nejprve nefarmakologickými metodami. Lidé v tomto stádiu již ztrácí schopnost soběstačnosti, verbální komunikace, mobility, ale také např. polykání. Nutností je přizpůsobit konzistenci a způsob podávání stravy tak, aby se pacienti mohli nakrmit sami, případně za asistence, což vede ke snaze omezit zbytečné užívání PEG. Zde je již nutná nepřetržitá přítomnost zdravotnického pracovníka a dostupnost lékaře. I zde je nutností chráněné prostředí. Denní program pacientů v této fázi je velmi individuální. [9]

Poslední fází je **terminální stádium**. Prognóza přežití osob s demencí v terminálním stádiu se pohybuje v rámci měsíců, v terminálním stavu pak v rámci týdnů až dnů. V této fázi je kvalita života rovna kvalitě poskytované péče, a to především ošetrovatelské a lékařské. Nejdůležitější je zajištění kvalitní lékařské a ošetrovatelské péče, podpory blízkých, paliativní péče a zajištění důstojného umírání. Toto stádium je spojeno s častými bolestmi umírajícího člověka, kde je snaha tyto bolesti co nejvíce zmírnit především za použití farmak. Ideální možností je využívání služeb hospicového typu. [9]

1.2.2 Zdravotní péče

Zdravotní péčí se rozumí prevence, ošetrování a zvládání chorob a ochrana duševního a fyzického zdraví lidí za využití služeb zdravotního, ošetrojícího a pomocného personálu. Její poskytování zajišťují zdravotní služby. Pro obyvatele ČR je zdravotní péče garantována Ústavou ČR a je zajištěna pomocí veřejného zdravotního pojištění, které upravuje Zákon o veřejném zdravotním pojištění. Zdravotní služby jsou pak dány Zákonem o zdravotních službách. Zdravotní péče spadá pod kompetenci Ministerstva zdravotnictví ČR (MZ ČR). Zdravotní péče je částí péče poskytované lidem s demencí, potažmo Alzheimerovou chorobou. Různé druhy a formy zdravotní péče jsou schematicky zobrazeny na *Obrázku 3*.



Obrázek 3: Zdravotní péče

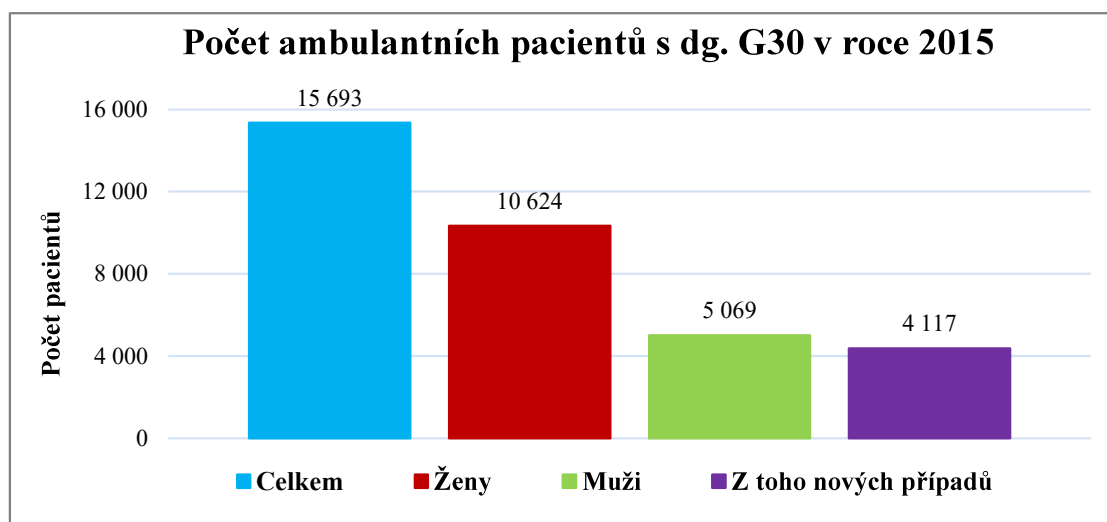
Terénní zdravotní péče

Domácí péče je zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Poskytuje ji zdravotnický personál na základě doporučení praktického či ošetřujícího lékaře. V případě pacientů s Alzheimerovou chorobou by měla zmírnit utrpení pacientů a zajistit klidné umírání a smrt. Domácí péče by měla zaručit, aby k hospitalizaci klienta nebo jeho umístění do ústavu sociální péče docházelo jen, když je to nezbytně nutné. Je zřejmé, že právě tato péče je pro pacienty, zvláště pak ty v časných stádiích, velmi vítaná. Každý se snáze pohybuje ve známém prostředí o to více ten, který začíná mít problémy s orientací a pamětí. [18]

Hospicová péče je souhrn odborných lékařských, ošetrovatelských a rehabilitačních činností. Nesnaží se o vyléčení pacienta, ale o to, aby kvalita života umírajícího člověka byla na co nejvyšší úrovni. Takováto péče je realizována poskytováním péče a podpory umírajícím osobám, ale i jejich rodinám a blízkým. Může být poskytována terénně, v domácím prostředí nemocného za asistence rodiny i v lůžkových hospicových zařízeních. Nedílnou součástí hospicové péče je i paliativní medicína, která má zajistit, aby zbytek života pacient prožil v co nejmenších bolestech. [19] [20]

Ambulantní péče

Psychiatrické ambulance jsou zdravotnická zařízení pro pacienty trpící duševní nemocí. Psychiatr patří spolu s neurologem a geriatrem k těm, kteří jsou oprávněni předepisovat medikamenty na Alzheimerovu chorobu. V případě nedostačující ambulantní péče doporučí psychiatr pacientovi léčbu lůžkovou. ÚZIS ČR zveřejnil v roce 2016 dokument o psychiatrické péči za rok 2015, kde uvádí, že v psychiatrických ambulancích bylo v tomto roce na Alzheimerovu chorobu léčeno 15 693 osob, z toho 68 % žen. Počet nově diagnostikovaných pacientů dosáhl 4 117 (*Obrázek 4*). [21] [22]

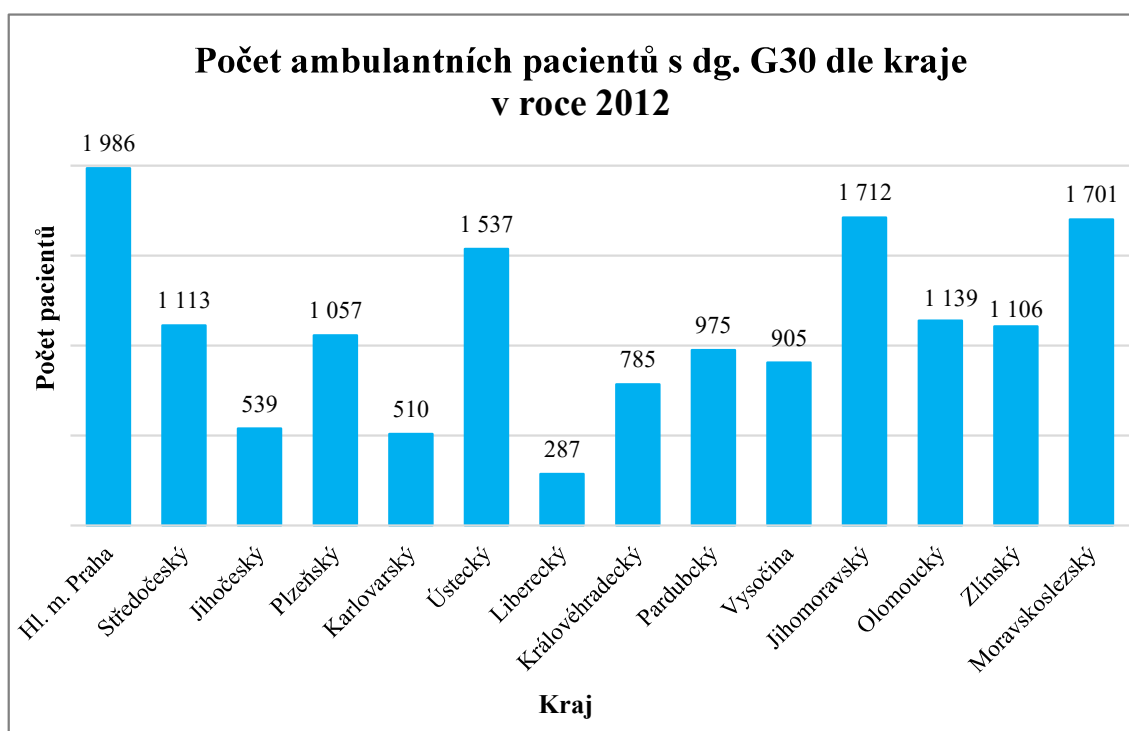


Obrázek 4: Psychiatrická ambulantní péče r. 2015

Poslední podrobnější přehled péče o lidi s Alzheimerovou chorobou poskytl ÚZIS ČR v roce 2013 v dokumentu s názvem Péče o pacienty léčené pro demence v ambulantních a lůžkových zařízeních ČR v letech 2008–2012.

V ambulantních zdravotnických zařízeních bylo v roce 2012 léčeno s diagnózou demence u Alzheimerovy nemoci (G30) celkem 15 352 pacientů, 67 % žen a 33 % mužů. Z celkového počtu pacientů s touto diagnózou bylo 4 299 pacientů (28 %) léčeno poprvé. [17]

Pacienti využívající ambulantní péči jsou sledováni podle sídla, ve kterém se dané zdravotnické zařízení nachází, nikoli podle místa trvalého bydliště, které může být odlišné. Celorepublikový průměr počtu léčených pacientů s touto diagnózou na 100 000 obyvatel podle krajů byl 146 pacientů. Nejvíce pacientů na 100 000 obyvatel kraje bylo léčeno v Pardubickém kraji, nejméně pak v kraji Libereckém. Absolutní počty ambulantních pacientů podle krajů jsou zobrazeny na *Obrázku 5*. [17]



Obrázek 5: Počet ambulantních pacientů s dg. G30 dle kraje v r. 2012

V **neurologických ambulancích** se diagnostikují a léčí neurologičtí pacienti, tj. pacienti trpící onemocněním mozku a nervové soustavy. Oproti psychiatrickým ambulancím jsou zaměřeny na ta onemocnění, která způsobují potíže ve fyzické aktivitě pacientů, ať už jde o pohyblivost či správnou funkci orgánů. [21]

Geriatrické ambulance jsou ambulance zaměřené na péči o pacienty seniorského věku od 65 let, nejčastěji však od 70-75 let věku. Jedním z cílů těchto ambulancí je diagnostikovat a léčit specifické syndromy a nemoci vázané na věk pacientů a v případě

nutnosti pak koordinace léčebné péče při nutnosti přestupu z péče ambulantní na péči lůžkovou. V případě Alzheimerovy choroby je velmi důležitou složkou činnosti ambulancí poskytování potřebných informací pacientům, ale i pečujícím osobám, které se musí naučit správnému přístupu k lidem s tímto onemocněním a péči o ně. [10]

Pobytová péče

Nemocnice jsou zdravotnická zařízení určena primárně k léčbě nemocných. Již z této definice vyplývá, že co se týče pacientů s Alzheimerovou chorobou, není to primárně místo, kde by měli být pacienti dlouhodoběji hospitalizováni.

Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN) jsou odborné léčebné ústavy, jejichž úkolem je navázat na péči nemocnic, tedy doléčování a ošetřování pacientů, kteří již nemusí být nutně hospitalizováni v nemocnici, ale kteří nemohou být z různých důvodů ošetřováni v domácím prostředí. Jsou zde umístěni především lidé v pokročilém věku. Jsou označovány také jako mezistupeň mezi hospitalizací a umístěním do sociálních služeb. LDN často bývají součástí nemocnic. [23]

Psychiatrické nemocnice (do r. 2013 psychiatrické léčebny) jsou léčebná pobytová zařízení zaměřená především na dlouhodobou lůžkovou péči o pacienty se závažnou duševní poruchou.

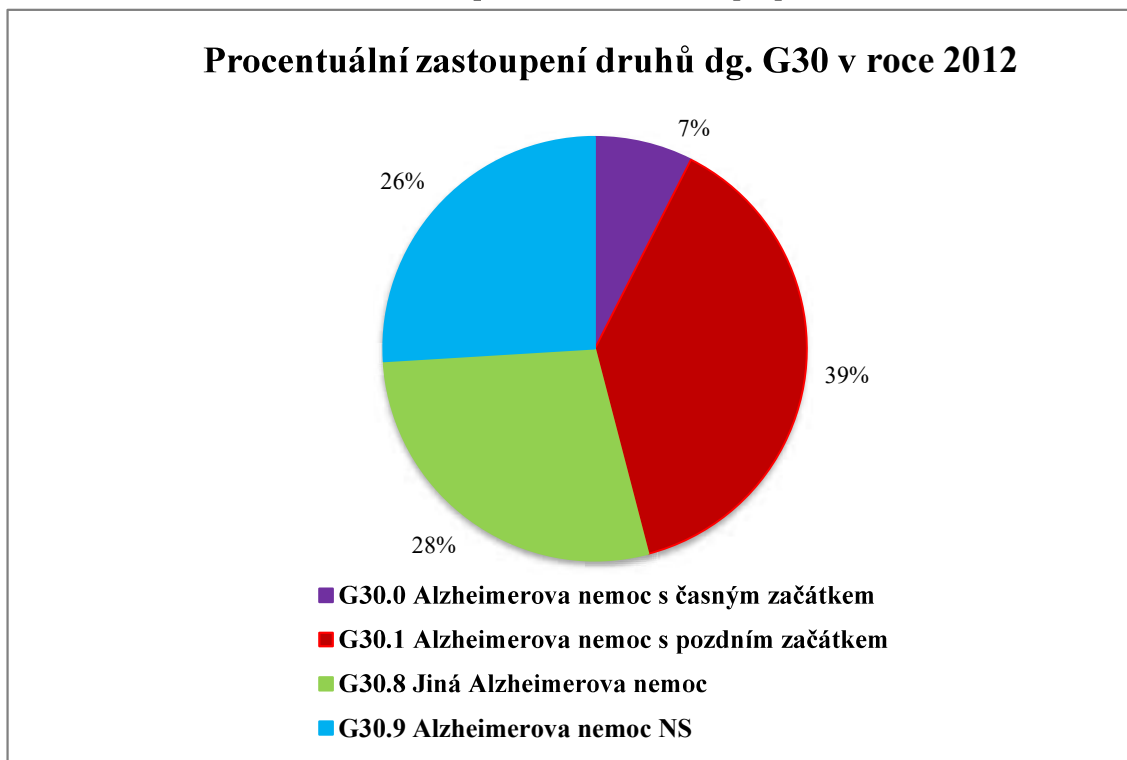
Lázeňská péče využívá přírodní léčivé zdroje s cílem léčby a rehabilitace k maximálnímu možnému obnovení fyzických, smyslových, řečových psychických funkcí pacienta. U pacientů s Alzheimerovou chorobou se jedná zejména o co největší zpomalení postupu nemoci. [24]

Ostatní lůžková zařízení

Pod pojem ostatní lůžková zařízení patří především odborné léčebné ústavy pro dospělé a děti. [25]

U **lůžkové péče** je sledován především počet hospitalizací. Zde je nutné upozornit na skutečnost, že jeden pacient může být během sledovaného období hospitalizován vícekrát. Dochází tedy k situaci, že počet hospitalizovaných osob není roven počtu případů hospitalizací. Počet hospitalizací u dg. G30 vzrostl mezi lety 2008–2012 více než čtyřnásobně. Z celkového počtu 3 815 hospitalizovaných pacientů v roce 2012 na Alzheimerovu nemoc bylo 2 588 žen a 1 227 mužů. Procentuální zastoupení

jednotlivých diagnóz je zobrazeno na *Obrázku 6*. Největší zastoupení (39 %) tvořila v roce 2012 Alzheimerova nemoc s pozdním začátkem. [17]

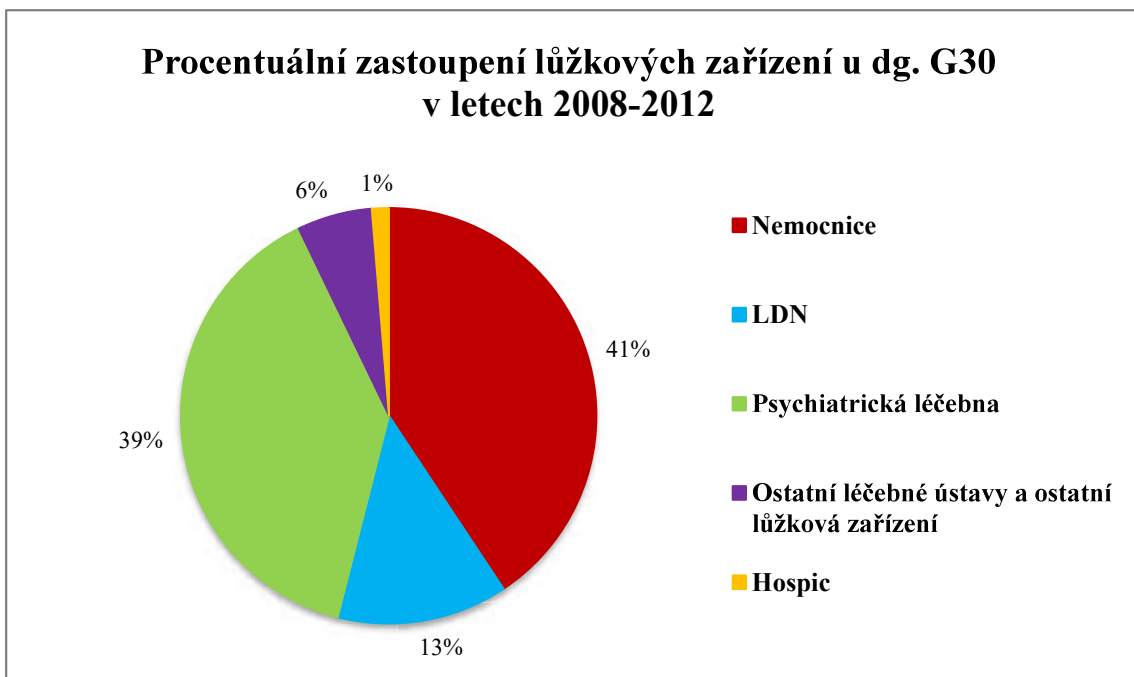


Obrázek 6: Procentuální zastoupení diagnóz u dg. G30

Průměrná doba hospitalizace se u dg. G30 mezi lety 2008 a 2012 zkrátila z 106,6 dne na 83,7 dne. Ženy byly v roce 2012 průměrně hospitalizovány o 28,5 déle než muži, a to po dobu 92,9 dne, kdežto muži po dobu 64,4 dne. [17]

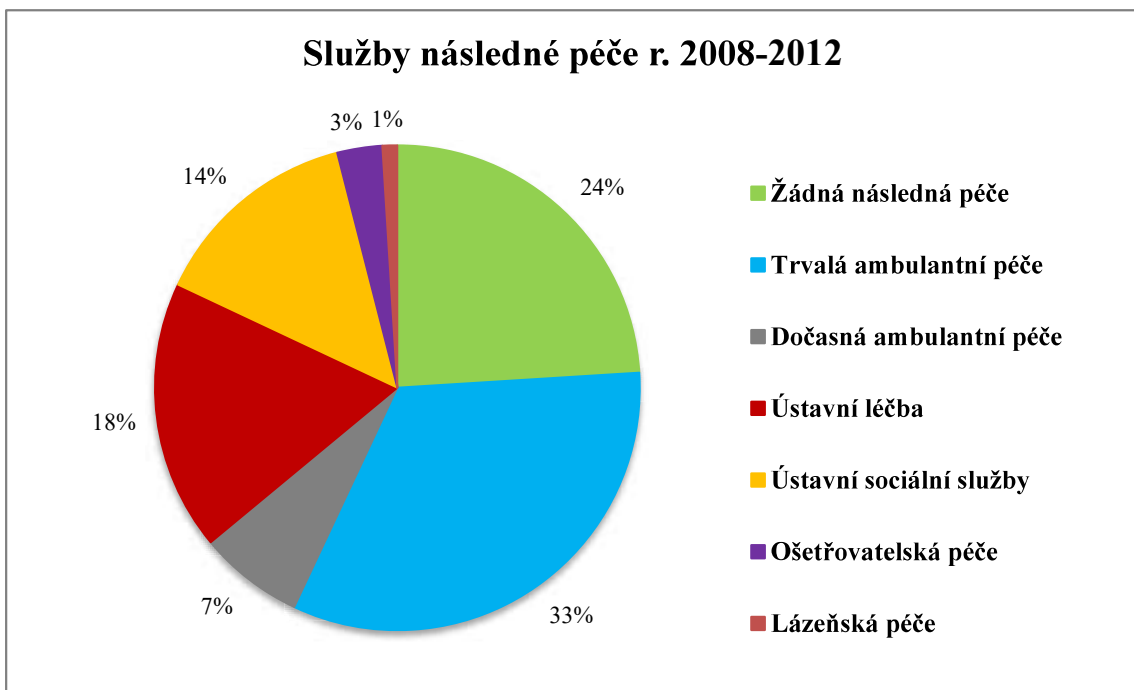
Průměrný počet hospitalizací přepočítaných na 100 000 obyvatel kraje v roce 2012 byl u diagnózy G30 v ČR 36,3. Nejvíce, a to 72,1 hospitalizací na 100 000 obyvatel kraje, měl Kraj Vysočina, nejméně pak kraj Liberecký s hodnotou 24,4. [17]

Pacienti s diagnózou G30 hospitalizovaní v lůžkových zdravotnických zařízeních jsou rozdělováni do několika druhů těchto zařízení viz *Obrázek 7*. Nejčastěji byli hospitalizováni v nemocnicích. Celkový počet hospitalizací v nemocnicích v období 2008-2012 bylo 6 473. V zařízeních LDN bylo zaznamenáno 2 112, v psychiatrických léčebnách 6 192 hospitalizací a v hospicích 208 hospitalizací. V ostatních léčebných ústavech a ostatních lůžkových zařízeních pak proběhlo 928 hospitalizací. [17]



Obrázek 7: Procentuální zastoupení lůžkových zařízení u dg. G30 v r. 2008-2012

Po ukončení hospitalizace ve výše zmíněných zařízeních je pacientům poskytnuta některá z dalších forem péče či v některých případech žádnou další péči pacienti nepotřebují. Zastoupení následní péče z počtu hospitalizovaných v letech 2008–2012 zobrazuje *Obrázek 8*. [17]



Obrázek 8: Procentuální zastoupení lůžkových zařízení u dg. G30 v r. 2008-2012

1.2.3 Financování zdravotní péče

Zdravotní péče podléhá těmto hlavním legislativním předpisům:

- **Zákon č. 48/1997 Sb.**, o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých právních předpisů
- **Zákon č. 372/2011 Sb.**, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
- **Zákon č. 592/1992 Sb.**, o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění
- **Zákon č. 551/1991 Sb.**, o Všeobecné zdravotní pojišťovně
- **Zákon č. 280/1992 Sb.**, o resortních, odborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách
- **Vyhláška č. 348/2016 Sb.**, o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018

Zdravotní služby jsou vymezeny zákonem č. 372/2011 Sb. a spadají pod působnost MZ ČR. Zdravotní systém ČR je založen na systému financování z veřejných zdrojů. Sem spadá veřejné zdravotní pojištění (odvod z hrubé mzdy: 4,5 % zaměstnanec, 9 % zaměstnavatel), státní a místní prostředky. Dále je zdravotní péče hrazena soukromými zdroji a ostatními zdroji financování. [26]

Podle dat OECD připadlo v roce 2016 na zdravotnictví 7,2 % HDP ČR, tedy téměř 339,33 mld. Kč. Financování z veřejných zdrojů tvořilo 282,77 mld. Kč. [27]

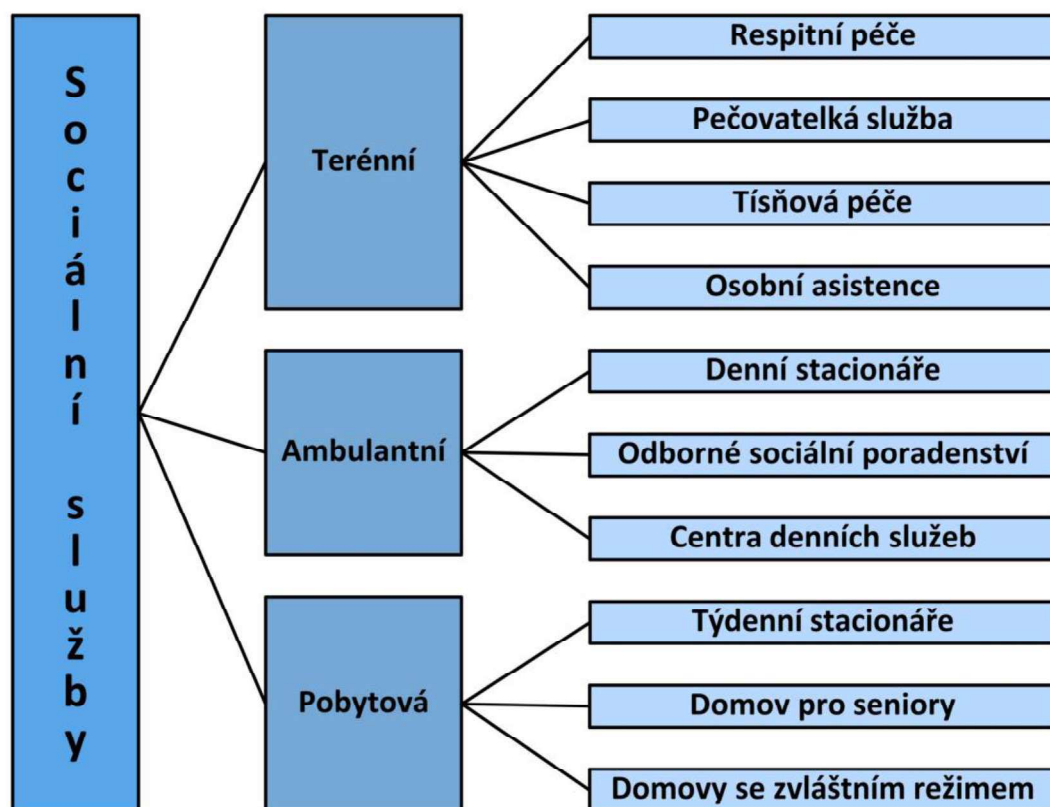
Pojišťovny hradí poskytovateli za provedené zdravotní služby, léky a zdravotnické prostředky. Úhrady probíhají různými úhradovými mechanismy, dle druhů zdravotní péče. Mezi tyto mechanismy patří kapitační platba, platba za výkon, za diagnózu, paušální úhrada a paušální úhrada za ošetrovací den. Výše jednotlivých úhrad je dána Vyhláškou č. 348/2016 Sb. V roce 2016 přesáhly náklady zdravotních pojišťoven za osoby s ACH 1,2 mld. Kč. [28]

1.2.4 Sociální péče

Služby sociální péče, které jsou další oblastí, kde mohou lidé s Alzheimerovou chorobou a jejich rodiny hledat pomoc, spadají pod Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (MPSV ČR). Jsou definovány zákonem o sociálních službách a podle tohoto se dělí na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Sociální péče jako celek je poskytována osobám se sníženou soběstačností zapříčiněnou vysokým věkem, chronickým onemocněním/chronickým duševním onemocněním či zdravotním postižením, kdy tito lidé potřebují fyzickou pomoc další osoby. Osoby využívající sociálních služeb nenazýváme pacienty, ale klienty nebo uživateli. [3] [20]

Sociální služby dělíme na terénní, ambulantní a lůžkovou. Terénní sociální služby představují péči o klienty, která je poskytována v jejich domovech, tedy v prostředí, na které jsou zvyklí, a které jim umožňuje žít v co nejvyšší míře pro ně běžným způsobem. Nejčastěji je to pečovatelská služba a služby osobní asistence. U ambulantních služeb klienti navštěvují nejrozličnější centra denních služeb, stacionáře či poradny, vždy však pouze během dne. Lůžkové sociální služby jsou uzpůsobeny na pobyt klientů přes noc a jsou především dlouhodobého charakteru. Mezi tyto služby řadíme nejčastěji týdenní stacionáře, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem. [3]

Struktura sociálních služeb poskytovaných lidem s Alzheimerovou chorobou je znázorněna na *Obrázku 9*.



Obrázek 9: Sociální služby poskytované lidem s ACH v ČR

Terénní péče

Osobní asistence je pomoc jiné fyzické osoby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, která je poskytována bez časového omezení. Péče může být poskytována v přirozeném sociálním prostředí klienta (v domácnosti), ale v případě potřeby i mimo ni. Osobních asistentů je mimo domácnost využíváno především jako doprovodu k lékaři či na úřady a další pochůzky, které musí klient zařídit. Mezi nejčastější činnosti osobních asistentů, které služba poskytuje patří: pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při hygieně, pomoc při zajištění stravy, chodu domácnosti, výchovné a vzdělávací činnosti či pomoc při uplatňování práv aj. Osobní služba je službou spíše individuální (často 1 osobní asistent na 1 klienta). [29]

Pečovatelská služba je poskytována osobám se sníženou soběstačností způsobenou věkem, chronickým onemocněním či zdravotním postižením a rodinám s dětmi, které potřebují pomoc jiné fyzické osoby. Na rozdíl od osobní asistence je poskytována v předem vymezeném čase (nejčastěji během dne v průběhu pracovního týdne). Může být poskytována i ambulantně v zařízeních sociálních služeb. Cílem je pokrýt potřebu pomoci nejčastěji s pravidelnými činnostmi (např. dovoz jídla) u co nejvíce klientů během dne. [30]

Tísňovou péčí se rozumí služba poskytovaná osobám, které jsou trvale vystaveny riziku ohrožení zdraví nebo života kvůli věku či nemoci, a které žijí samostatně. Jde o možnost nepřetržitého spojení s dispečinkem v krizových situacích. [3] [30]

Odlehčovací služby mají poskytnout osobám pečujícím o osoby s Alzheimerovou chorobou, o které se starají v jejich sociálním prostředí, potřebný odpočinek. Poskytovatel takovéto péče dočasně, na omezeně krátkou dobu, převezme veškeré povinnosti, které pečující vůči nemocnému má. Odlehčovací služby existují ve formě terénní, ambulantní i pobytové. [21] [29]

Ambulantní péče

Sociální poradenství se dělí na základní a odborné sociální poradenství. Cílem základního sociálního poradenství je poskytnutí informací, které mají napomoci řešení či předejít vzniku nepříznivé sociální situace. Odborné sociální poradenství je zaměřeno na potřeby jednotlivých sociálních skupin osob či na určité okruhy nepříznivých sociálních situací. Pro pacienty s Alzheimerovou chorobou jsou relevantní poradny

pro seniory, poradny pro osoby se zdravotním postižením či poradny ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu. [3] [29] [30]

Cílem **center denních služeb** je umožnění klientům, aby plnohodnotně a aktivně prožili den pomocí předem připravených aktivit a v prostředí, které je uzpůsobené potřebám uživatelů. Je určena osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, které potřebují pomoc další fyzické osoby. Je zde snaha o co největší podporu a rozvoj soběstačnosti klientů tak, aby co nejdéle mohli zůstat ve svých přirozených domácích prostředích. V těchto centrech jsou poskytovány služby typu: pomoc při osobní hygieně, sebeobsluže, zajištění stravy atd. Tato centra mají určenou otvírací dobu, během které je možné je navštívit. [31]

Denní stacionáře na rozdíl od center denních služeb jsou určeny osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku nebo zdravotního postižení a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou asistenci jiné fyzické osoby. U center denních služeb není vyžadovaná pomoc pravidelná a jsou zde zahrnuty osoby s ne striktně definovaným chronickým onemocněním. [29]

Pobytová péče

Týdenní stacionáře poskytují stejné služby jako stacionáře denní s rozdílem poskytnutí ubytování, a to s veškerým nutným zázemím. Klienti mohou tuto službu využít od pondělního rána do pátečního odpoledne. [30]

Domovy pro seniory poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku. Cílem těchto zařízení je vytvořit příjemné a důstojné prostředí pro aktivní život ve stáří, se snahou co nejvíce klientům nahradit domácí prostředí. V domovech pro seniory jsou 70 % z ubytovaných lidí s diagnostikovanou demencí, což je dle standardizovaných dat více než 16 % z celkového počtu lidí s demencí. [3]

Domovy se zvláštním režimem (DZR) jsou přizpůsobeny péči o specifické skupiny osob, mezi které se řadí i lidé s Alzheimerovou chorobou a jinými formami demence. Další skupiny klientů jsou lidé s chronickým duševním onemocněním či lidé závislí na návykových látkách. Počet těchto domů přibývá. V roce 2015 jich v ČR bylo 276 s počtem 15,5 tisíce lůžek, na konci února 2018 pak počet těchto domovů vzrostl na 339. V těchto domovech tvoří více než 90 % klientely lidé s demencí, tedy více než 9 % z osob demencí trpících. [3]

1.2.5 Financování sociální péče

Stát je hlavním subjektem sociální politiky. Sociální služby spadají do sociálního zabezpečení občanů ČR a jejich poskytování je řízeno MPSV ČR. ČR dodržuje základní principy evropského sociálního modelu, kterými jsou: rovnost, svoboda, důstojnost, solidarita a participace. Základními dokumenty upravujícími sociální zabezpečení jsou:

- **Zákon č. 108/2006 Sb.**, o sociálních službách
- **Zákon č. 155/1995 Sb.**, o důchodovém pojištění
- **Zákon č. 117/1995 Sb.**, o státní sociální podpoře
- **Zákon č. 187/2006 Sb.**, o nemocenském pojištění
- **Zákon č. 111/2006 Sb.**, o pomoci v hmotné nouzi
- **Vyhláška č. 505/2006 Sb.**, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách
- **Zákon č. 589/1992 Sb.**, o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti
- **Zákon č. 582/1991 Sb.**, o organizaci a provádění sociálního zabezpečení
- **Zákon č. 42/1994 Sb.**, o penzijním připojištění se státním příspěvkem

Tak jako je v ČR povinný odvod zdravotního pojištění, je povinný i odvod sociálního pojištění pro osoby dané zákonem. Peníze z odvodů za sociální zabezpečení jsou rozdělovány do 3 kategorií: nemocenské pojištění, důchodové pojištění a státní politika nezaměstnanosti. [32]

Nejdůležitějším zdrojem pro poskytovatele sociálních služeb jsou dotace ze státního rozpočtu, konkrétně od MPSV ČR. O tyto dotace si žádá každý poskytovatel sám na příslušném krajském úřadu. MPSV ČR poskytuje taktéž účelové dotace, které mají nadregionální či nadnárodní charakter. Mimo těchto dvou zmíněných zdrojů financování se za další zdroj financování považují zdroje od územní samosprávy a přímé platby od klientů. [33]

I přesto, že je státu odváděno poměrně velké procento z hrubých mezd (vyměřovacích základů) pracujících občanů (25 % hrubé mzdy odvádí zaměstnavatel, zaměstnanec 6,5 %), je drtivá většina sociálních služeb pro osoby s tímto onemocněním poskytována za úhradu. [34]

Existují služby poskytované bez úhrady, či za úhradu. Maximální výše úhrad je regulována Vyhláškou č. 505/2006 Sb. Patří sem: denní stacionáře, týdenní stacionáře, centra denních služeb, domov pro seniory, domovy se zvláštním režimem, osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče. V *Příloze 1* je uveden přehled maximální výše úhrad za jednotlivé druhy sociálních služeb. [35]

1.2.6 Neformální péče a šedá ekonomika

Neformální péče je definována jako poskytování péče nebo jiné pomoci nebo podpory, kterou poskytuje osobě závislé na péči jiné fyzické osoby osoba blízká či asistent sociální péče. Při této péči jsou sociální služby využívány spíše jako doplňková pomoc. Pečující osoby mohou žádat o příspěvek na péči (PnP). [36]

Příspěvek na péči je poskytován osobám, které potřebují asistenci jiné fyzické osoby. Pomocí tohoto příspěvku si pak hradí pomoc druhé fyzické osoby. Tento příspěvek je vyplácen měsíčně ze státního rozpočtu. Jeho výše je dána přiznaným stupněm závislosti. Stupeň závislosti a tedy i výše příspěvku jsou uvedeny v Zákoně č. 505/2006 Sb. Přehled výše příspěvku pro osoby starší 18 let je uveden v *Příloze 2*. O tento příspěvek se žádá na kontaktním pracovišti příslušné krajské pobočky Úřadu práce, která ho i vyplácí. [34]

V oblasti neformální péče nejsou k dispozici žádná oficiální data, vychází se pouze z expertních odhadů. Podle OECD tvoří neformální pečovatelská péče 70–90 % z poskytované dlouhodobé péče, z toho téměř 2/3 neformálních pečovatelů tvoří ženy. Ve Světové zprávě o Alzheimerově chorobě 2013 je uváděno, že v roce 2013 se v ČR neformální pečovatelé starali o 100 tisíc lidí s demencí. Současně je odhadováno, že na 1 osobu s demencí připadají 2–3 pečovatelé, nejčastěji rodinní příslušníci. [3] [37]

Celosvětově vychází poměrně velké množství příruček, článků či knih zaměřených na péči rodinných příslušníků o lidi s Alzheimerovou chorobou. V těchto publikacích jsou uváděny základní informace o chorobě, ale především rady, jak o tyto osoby pečovat a kde případně hledat pomoc.

Šedou ekonomikou je označována část produkce, která není oficiálně povolena či není zcela jasně vymezena zákonem. Právě mezery v zákonech jsou možností vzniku šedé ekonomiky. Šedá ekonomika funguje ve všech odvětvích, zdravotní a sociální péče tedy nejsou výjimkou. [38]

1.2.7 Integrace zdravotní a sociální péče ČR

V ČR na rozdíl od mnohých vyspělých států funguje zdravotní a sociální systém odděleně. Problém, který nastává na rozhraní resortu MZ ČR a MPSV ČR, je pak nejen v komunikaci, ale především ve financování péče. Vzhledem k profilu péče se tento problém týká především péče dlouhodobé, konkrétněji péče o seniory, psychiatrické pacienty, umírající a další.

V současné době je legislativně upraveno hrazení poskytované zdravotní péče v některých pobytových zařízeních sociálních služeb a ve vlastním sociálním prostředí (týdenní stacionáře, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem aj.). Zákon č. 108/2006 Sb. (§ 36) dává uvedeným zařízením/poskytovatelům, při splnění

daných podmínek, nárok na uzavření smlouvy se zdravotními pojišťovnami. Zdravotní péče poskytovaná v těchto sociálních zařízeních je zajištěna zdravotnickým personálem označovaným jako odbornost 913: všeobecná sestra v sociálních službách či odbornost 925: všeobecná sestra v domácí péči. Zákon č. 48/1997 Sb. (§ 17a) udává, že zdravotní pojišťovny uzavírají Zvláštní smlouvy se zařízeními pobytových sociálních služeb, ve kterých se zavazují poskytnout a uhradit rehabilitační a ošetrovatelskou péči prováděnou v těchto zařízeních. V témže zákoně (§ 22) je ustanoveno, že z veřejného zdravotního pojištění bude hrazena zvláštní ambulantní péče, určená ošetřujícím lékařem, rozšířená o ošetrovatelskou a rehabilitační péči. [29] [26]

Není výjimečnou situací, že některé potřebné služby, které se ocitly na pomezí mezi zmiňovanými dvěma resorty, nejsou hrazeny či naopak jsou hrazeny z rezortů obou. Oddělení resortů pak vede k tomu, že náklady jsou neustále mezi těmito dvěma resorty přesouvány. [39]

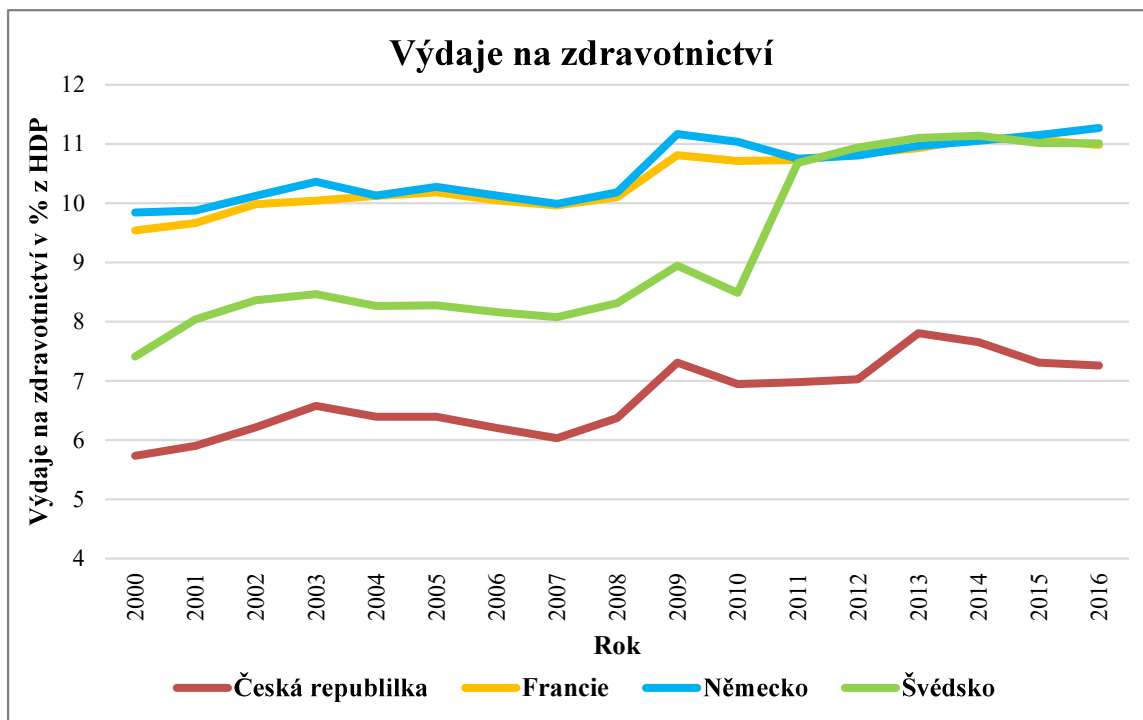
Problémem spojení rezortu zdravotní a sociální péče se česká odborná společnost věnuje již několik let a neustále se o něm mluví, zatím však bez výsledku (kromě výše zmíněných legislativních bodů). Je však dohledatelné, že v minulosti k určitým pokusům došlo. Příkladem může být projekt Memorandum o spolupráci na optimalizaci sítě zdravotních a sociálních služeb z roku 2011. Tento projekt byl však předčasně ukončen bez jakýchkoli výsledků. Dalším z bodů je vznik mezirezortní komise pro řešení sociálně-zdravotního pomezí. To je však jediná dohledatelná informace o této organizaci. [40]

1.3 Péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou a její financování ve vybraných zemích

Na základě provedené rešerše byly vybrány tři státy, ve kterých lze najít inspirativní prvky v péči o pacienty s Alzheimerovou chorobou, které by bylo vhodné využít v ČR. Mezi tyto státy bylo zařazeno Německo, Švédsko a Francie.

Francie byla zahrnuta kvůli největší tradici řešení problematiky ACH na národní úrovni. Byla prvním evropským státem, který přijal národní plán Alzheimerovy choroby. Německo má dle dostupných dat dlouhodobě největší podíl na financování zdravotnictví z HDP a současně nízkou úmrtnost na Alzheimerovu chorobu v přepočtu na 100 000 obyvatel. Má zavedený systém dlouhodobé péče, která spojuje péči sociální a zdravotní. Švédsko bylo vybráno jako zástupce severských zemí, které jsou považovány za špičku ve svých sociálních programech.

Výdaje na zdravotnictví ve vybraných státech včetně ČR od roku 2000 jsou znázorněny na *Obrázku 10*.



Obrázek 10: Výdaje na zdravotnictví v % z HDP

Data jsou převzata ze statistik OECD. Z uvedených údajů vyplývá, že ČR vynakládá na zdravotní péči nejmenší % z HDP z uvedených zemí, a to poměrně výrazně. Z finančního hlediska můžeme mezi s sebou státy porovnat i dle výdajů na zdravotnictví vztažených na 1 obyvatele za 1 rok. V roce 2016 byla tato hodnota v přepočtu na paritu kupní síly v USD pro ČR 2 544, pro Francii 4 600. V Německu byla tato hodnota 5 560 USD a ve Švédsku 5 478. Trend, kdy ČR vydá na zdravotní péči na 1 obyvatele o tolik výrazně méně financí, je dle statistik dlouhodobý. Celkové výdaje na zdravotnictví v procentech z HDP i výdajů na zdravotnictví na 1 obyvatele jsou uvedeny v *Příloze 3* a *Příloze 4*. [5]

Oficiální statistická data týkající se incidence Alzheimerovy choroby neexistují. Jsou však dostupná data o morbiditě. Dle stránek OECD však chybí u některých vybraných států údaje za poslední roky. Poslední známé hodnoty jsou pro ČR pro rok 2015 14,2 úmrtí na ACH na 100 000 obyvatel, v témže roce pro Švédsko o hodnotě 19,9. Pro Německo jsou poslední zjištěné hodnoty z roku 2014 a to 5,2, pro Francii pak z roku 2013 21,3. Vyšší hodnoty u Francie a Švédska mohou být způsobeny delší délkou života obyvatel těchto států. [5]

Na stránkách Alzheimerovských společností vybraných států jsou zveřejněny prevalenční odhady incidence ACH pro rok 2015. Společnosti upozorňují, že tato data jsou pouze odhadem, reálná čísla mohou být kvůli problému diagnostikování ACH vyšší. Tyto hodnoty jsou spolu s dalšími uvedeny v *Tabulce 1*. [5] [21] [41] [42]

Tabulka 1: ACH ve vybraných zemích

Stát	Absolutní počet lidí s Alzheimerovou chorobou	Počet lidí s ACH na 100 000 obyvatel
Francie	1 175 000	1 764
Švédsko	105 400	1 076
Německo	1 500 000	1 836
Česká republika	96 700	917

Francie, Švédsko a Česká republika přijaly plány Alzheimerovy choroby na národní úrovni. Jejich hlavními cíli jsou: včasná diagnostika onemocnění, zvýšení kvality a efektivity péče, rozšíření podpory pro lidi s touto chorobou a jejich rodin, zlepšení povědomí a angažování veřejnosti v této problematice. Německo plán na národní úrovni nemá. Problematiku řeší pomocí strategií na úrovni jednotlivých ministerstev, organizací či jednotlivých spolkových zemí. [43]

V rámci rešerše byly hledány i studie zabývající se problematikou péče o osoby s Alzheimerovou chorobou ve vybraných zemích. Dohledané studie jsou shrnuty v *Příloze 5*. Při vyhledávání byly použity databáze: Summon, Web of Science, Wiley Online Library, ScienceDirect, PubMed. Byla vyhledávána hesla: Alzheimer, "Alzheimer's disease", care, "care management", dementia, Czech, Germany, Sweden, France, pro název, abstrakt, téma v různých kombinacích. Vyhledané studie byly omezeny na plný text, anglický jazyk a rok publikace od roku 1995 po současnost. Výsledkem bylo ve všech případech vyhledávání maximálně do 70 studií. Byly pročteny abstrakty u všech nalezených studií ze všech vyhledávání. Odfiltrováním duplikovaných studií a studií, které ve své podstatě neřešily problematiku péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou či demencí, zbylo pouze v textu uvedených a parafrázovaných 10 studií.

1.3.1 Francie

Francie má stejný, tedy bismarckovský systém zdravotní péče jako Česká republika. Náklady na zdravotní péči patří v Evropě k těm nejvyšším. V roce 2016 tvořili 11 % z HDP. Rozdílné oproti ČR je financování ambulantní péče. Tu hradí pacienti ambulantnímu lékaři přímo a v celé výši. Zdravotní pojišťovny následně část nákladů pacientovi uhradí, většinou 75 % z částky. Veřejný systém sociálního zabezpečení pokrývá 70 % nákladů. Služby v soukromých lůžkových zařízeních jsou zpravidla dražší, pacienti doplácí rozdíl v ceně. Pacientům s dlouhodobým či nákladným onemocněním je propláceno 100 % zdravotní péče. Dobrovolné soukromé zdravotní pojištění není ve Francii moc rozšířeno. Francouzský zdravotní systém byl v roce 2000 vyhlášen WHO za nejlepší na světě. [5] [44]

Ministry of Social Affairs and Health (Ministerstvo sociálních věcí a zdravotnictví) je ústředním orgánem, který spravuje zdravotní i sociální péči. [44]

Francie byla první evropskou zemí, která přijala národní plán na řešení problému Alzheimerovy choroby, a to v roce 2001. Ve Francii se počet pečovatелů odhaduje na 3 miliony osob. Součástí národního plánu bylo bezplatné vzdělávání pečovatелů pečujících o lidi s demencí. A právě na ně byl zaměřen i třetí národní plán, který byl ukončen v roce 2013. V současné době se národní plán věnuje neurodegenerativním onemocněním, zahrnuje však i problematiku Alzheimerovy choroby. Platí od roku 2014 a je plánován do roku 2019. [45]

Alzheimerova choroba je považována za dlouhodobou nemoc, tedy ve Francii je zdravotní péče hrazena z veřejných prostředků v plné výši. Ministerstvo práce, sociálních vztahů a solidarity pak poskytuje státní příspěvek pro závislé osoby starší 60 let, které spadají do 4 ze 6 skupin závislosti dle zvládání běžných denních životních úkonů. [44] [46]

Zdravotní péče, zdravotnické a ošetrovatelské služby, které jsou poskytovány v rámci hospitalizace, pobytová péče jak ve zdravotnických, tak v sociálních zařízeních a domovská ošetrovatelská péče jsou plně hrazeny systémem zdravotní péče.

Denní péče je poskytována ve specializovaných denních centrech. Část této péče si hradí uživatel sám, část je financována státním příspěvkem pro závislé osoby. Pro skupinu s nejvyšší mírou závislosti činí maximální příspěvek 1 200 € měsíčně. [46]

Respitní péče má ve Francii 3 formy. Respitní péče v domácím prostředí. Ta je ve skutečnosti velmi málo využívaná, protože je zcela financována uživatelem a částky za tuto péči jsou vysoké. Krátkodobá pobytová respitní péče je služba, která je určena maximálně po dobu 3 dnů. Zde jsou finančně státem pokrývány pouze některé služby v rámci této péče. Poslední skupinou je dlouhodobá respitní péče, je určena na 10 a více dní a je hrazena na stejném principu jako denní péče. [46]

Paliativní péče je poskytována s částečným finančním příspěvkem. Ve Francii se však nachází velmi málo poskytovatelů paliativní péče zaměřené na demenci. [46]

Tzv. osobní asistence a výpomoc v domácnosti, jsou určeny osobám starším 60 let. Osobní asistence pomáhá nemocným pouze se základními životními úkony, popřípadě doprovází uživatele na společenské aktivity. Výpomoc s domácností má širší pole služeb, jako například nakupování, příprava jídel, praní aj. Obě tyto péče jsou částečně hrazeny státem dle stejných podmínek jako denní péče, tedy dle zařazení do skupiny závislosti. Tato péče je zajišťována obcemi, neziskovými organizacemi či dobrovolníky. V posledním z uvedených případů tedy zdarma. [46] [47]

Dlouhodobou pobytovou péči si hradí uživatelé sami (až na výjimky dané zákonem) v těchto typech zařízení: specializovaná pobytová zařízení pro lidi s demencí, nespécializované ošetrovatelské domy, nespécializovaná pobytová zařízení,

specializované ošetrovatelské domy pro lidi s demencí, zvláštní oddělení nemocnic a zdravotnických zařízení a v psychiatrických zařízeních. [46]

Tísňovou péčí si v téměř všech případech hradí zájemci sami. Odborné poradenství pro osoby s demencí je na rozdíl od ČR hrazeno ze státních zdrojů pouze částečně. [46]

Ve studii z roku 2006 je graficky zobrazena organizační struktura personálu, který se stará a občany s Alzheimerovou chorobou. Centrální osobou je tzv. koordinátor, který rozhoduje o aktuální potřebné péči pacienta z řad: obvodního lékaře, psychiatra, neurologa, výživového poradce, sociálního pracovníka, osobu pro výpomoc v domácnosti či v případě potřeby zdravotnické služby v nemocničních zařízeních. Tato studie se pak dále zabývá prvními dvěma národními plány Alzheimerovy nemoci. [48]

Ve studii publikované v roce 2014 se autor věnuje problematice určení celkových nákladů na péči o pacienty s Alzheimerovou chorobou ve Francii. Byla cílena na náklady spojené s neformální péčí, které tvoří většinový podíl ze všech druhů poskytované péče pacientům s touto diagnózou. V zemích EU představují náklady na neformální péči 55 % z celkových nákladů na onemocnění Alzheimerovou chorobou. Tato studie ukázala, že většina pečovatелů žije v jedné domácnosti s osobou, o kterou pečují, přičemž 3/4 ošetrovatelů byly ženy v důchodovém věku. U celých 72 % dotázaných byla neformálním ošetrovatelem manželka. [49]

1.3.2 Německo

Německý zdravotní systém je taktéž založen na principu veřejného zdravotního pojištění. 85 % obyvatel si hradí zákonem povinné veřejné zdravotní pojištění. Výše tohoto pojištění se odvíjí od výše příjmů. 11 % je pak zajištěno soukromým zdravotním pojištěním. V roce 2015 byly výdaje Německa na zdravotní péči 11,3 % z HDP. [50]

Kromě zdravotního pojištění je pak povinně odváděno i pojištění dlouhodobé péče. Tvoří 1,7 % z hrubé mzdy a je odváděno rovným podílem zaměstnancem i zaměstnavatelem. Toto pojištění zahrnuje náklady na pomoc při: osobní hygieně, mobilitě, výživě či péči o domácnost. Je rozděleno do 4 kategorií. Lidé dostávají příspěvky z tohoto pojištění dle kategorie, do které jsou zařazeni. Dále pak podle toho, o jakou službu se jedná, zda je určená částka připisována osobě, která služby využívá či rovnou poskytovateli. Zařazení do kategorie závisí na počtu hodin denně, kdy osoba potřebuje asistenci jiné osoby. Podmínkou na získání této finanční podpory je, že žadatel musí péči potřebovat minimálně po dobu 6 měsíců. Tyto příspěvky se však nevztahují na pobytové služby v lůžkových zařízeních. Nejvyšší možný měsíční příspěvek z tohoto zdroje činí 1 918 €. Není však určen pouze lidem s demencí, ale všem lidem splňujícím podmínky. [51] [52]

Počet lidí s Alzheimerovou chorobou je v Německu odhadován na více než 1,5 milionu obyvatel. Dlouhodobě si však udržuje nejnižší hodnotu (okolo 5 %) z vybraných států zemřelých na tuto chorobu na 100 000 obyvatel. [5]

Zdravotně sociální péče se v Německu dělí do kompetence dvou ministerstev. Prvním je Spolkové ministerstvo zdravotnictví, druhým Spolkové ministerstvo práce a sociálních věcí. Z hlediska dlouhodobé péče je i její sociální složka legislativně ukotvena pod Spolkovým ministerstvem zdravotnictví. [50]

Center denní péče specializované pro lidi s demencí je nedostatek. Příspěvky z pojištění dlouhodobé péče pokryjí jen velmi malé procento z nákladů na tuto službu. [52]

I v Německu je respitní péče poskytována buď v domácím prostředí, nebo krátkodobě či dlouhodobě v pobytových zařízeních. Financování této péče se velmi regionálně liší. Je tvořeno příspěvky z pojištění dlouhodobé péče, přímé platby klientem, popřípadě pomocí sociálních programů. [52]

Domácí paliativní péče pro lidi s Alzheimerovou chorobou zatím není na většině území dostupná. V současné době však probíhá program vzdělávání hospicových zaměstnanců na problematiku demence. Tato péče by měla být hrazena částečně ze státních zdrojů, částečně poskytovateli služeb. Pobytová paliativní péče je dostupná především pro lidi trpící rakovinou. Lidé s demencí tento druh péče prozatím nevyhledávají. [52]

Na území Německa se nachází přes 100 Alzheimerovských asociací, které poskytují informační a poradenské služby nemocným, jejich rodinám a pečovatelům. Jsou financovány státem či vládními organizacemi. [52]

V nemocnicích a psychiatrických zařízeních je umístěno jen velmi malé procento lidí s demencí. Tak jako v ostatních uvedených státech i v Německu jsou lidé s demencí kromě domácího prostředí umístováni do pobytových zařízení nebo ošetrovatelských domů, ať specializovaných pro lidi s demencí, či nikoli. [53]

V Německu existují poradenské i pečovatelské služby zaměřené na osoby s demencí z národnostních menšin, především na Turky. [53]

Článek z roku 2010 popisuje jednotlivé milníky, kterými si prochází lidé s Alzheimerovou chorobou či jinou demencí v Německu. V první části je rozebírána problematika diagnostiky, kdy v Německu k diagnostikování a zahájení terapie demence stačí vyšetření obvodním či rodinným lékařem. Odborníci zasahují až v případech komplikovanějších či nejasných případů. Dále se pak zabývá úlohou rodiny při diagnostice nemoci. Pozitivní zprávou je, že demence se čím dál více dostává do povědomí nejen odborné společnosti, ale především obyčejných lidí, což způsobuje časnější diagnózu. [54]

Studie z roku 2013 však upozorňuje, že přestože hlavní roli mají v diagnostikování praktičtí lékaři, jsou jejich znalosti v oblasti geriatry a gerontologické psychiatrie často nedostatečné. [55]

Článek z roku 2013 se věnuje zlepšení péče o lidi s demencí, o které se od roku 2006 snažila Alzheimerovská společnost Dolního Saska. Ta se zaměřila na vzdělávání nemocničního personálu a specialistů v regionu. V rámci několika let pracovala na vydání příručky, organizovala školení na 2 různých úrovních (nemocniční personál: 14 hod., specialisté: 16 hod) a natočila krátký instruktážní film. [56]

1.3.3 Švédsko

Švédsko patří mezi ty země, které mají integrovaný zdravotní a sociální systém řízený Ministerstvem zdravotnictví a sociálních věcí. To spravuje a řídí činnost 3 ministerstev: ministerstva sociálního zabezpečení, ministerstva zdravotnictví, veřejného zdraví a sportu a ministerstva pro děti, starší osoby a rovnost pohlaví [57]

Zdravotní péče ve Švédsku je financována z daní, zdravotním pojištěním, soukromým zdravotním pojištěním a spoluúčastí pacientů. Daně jsou zákonně odváděny jak z platu zaměstnance, tak od zaměstnavatele. Pacienti přímo přispívají např. za ambulantní zdravotní služby, zubní péči či léky. Soukromé zdravotní pojištění si zřizuje velmi malé procento obyvatel s nejvyššími příjmy. Švédský zdravotní systém je řízen na třech úrovních: národní, regionální a místní. Zdravotní péče spadá do regionálního řízení, sociální byla pro vyšší efektivitu poskytované péče zařazena pod správu místní. V rámci integrace zdravotní a sociální péče se však i zdravotní péče postupně přesouvá pod místní správu. Pro zdravotní i sociální péči ve Švédsku fungují souhrnné rozpočty. [58] [59]

Financování zdravotní péče od roku 2007 vzrostlo o 3 %. V roce 2016 tvořily náklady na zdravotní péči také 11 % z HDP. [5]

Ve Švédsku v současné době odhadem pobývá okolo 105 000 lidí s Alzheimerovou chorobou. Dle studie z roku 2016 se náklady na sociální péči o lidi s demencí v roce 2012 pohybovaly okolo 63 miliard SEK (7,2 miliardy €), tedy 398 000 SEK na osobu na rok (45 000 €). [1] [60]

Domácí péče o staré lidi, včetně těch s Alzheimerovou chorobou, je ve Švédsku zakotvena ve 3 zákonech. Zahrnují povinnost zajistit lékařskou, rehabilitační i sociální péči v domácím prostředí, pokud ji dotyčný potřebuje. Poskytování sociální a domácí péče je zákonem určeno obcím, proto se značně liší. [61]

Centra denních služeb jsou částečně financována státem, částečně jejich uživateli. Jejich množství je považováno za nedostatečné. [62]

Stejný systém financování má i respitní a paliativní péče. Ve Švédsku chybí možnost využití služeb domácí respitní péče. Paliativní péče je poskytována v domácnostech i zařízeních paliativní péče, častěji však v pobytových zařízeních. [62]

Služby osobní asistence a služby poskytující domácí pomoc, jsou taktéž financovány jak z vlastních, tak ze státních zdrojů. Služby osobní asistence se zabývají péčí přímo o uživatele, zatímco pomoc v domácnostech je zaměřena na činnosti jako nakupování, úklid, praní, dodávka jídel. [62]

Odborné poradenské služby jsou lidem s demencí hrazeny ze státních zdrojů částečně, ošetřujícím osobám pak vůbec. Obecné informační služby pro obě zmiňované skupiny jsou však státem financovány v plné výši. [62]

Na rozdíl od ostatních zmiňovaných států lidé s demencí nejsou vůbec umísťováni (pokud to nevyžaduje jejich zdravotní stav) v nemocnicích, psychiatrických zařízeních či nespécializovaných pobytových zařízeních. V domácí péči je odhadem 55 % lidí s demencí, zbylí pak ve specializovaných pobytových zařízeních a specializovaných ošetrovatelských domovech. [63]

V roce 2010 byla přijata národní strategie demence (The National Dementia Strategy of the Swedish National Board of Health and Welfare). Ta obsahuje např. doporučení pro diagnostiku, léčbu, léky, denní péči, osobní péči a obsahuje. I přesto v červnu roku 2017 Švédský premiér zdůraznil potřebu vzdělávání v problematice demence a zahájil jednání o tvorbě nového plánu. [43] [63]

Studie z roku 2014 se zabývá využíváním služeb center denní péče a upozorňuje na jejich pozitivní vliv. Pacienti si postupem času zvykají na systém péče, která se se zhoršujícím se onemocněním postupně přesune do pobytových zařízení. Ukazuje také na výhody sociálních kontaktů, které si lidé s demencí v těchto centrech vytvářejí. Nezapomíná ani na skutečnost, že využívání center denní péče umožňuje potřebný odpočinek ošetrovatelů. [64]

Dle výsledků studie provedené v roce 2002 byla lidem s demencí ve Švédsku poskytnuta formální péče v průměru o rozsahu 35 hod./měsíc. Množství neformální péče však bylo 8,5 větší, tedy 299 hod./měsíc. 65 % z poskytované formální péče tvořila centra denní péče. [65]

1.4 Shrnutí současného stavu

Problematika péče poskytované lidem s Alzheimerovou chorobou a jejího financování je aktuální ve všech státech světa. Problémem je neexistence dostatečných informací, které by odrážely skutečný stav.

Z analýzy současného stavu vyplynulo, že jedním z problémů, který komplikuje poskytování správné péče lidem s Alzheimerovou chorobou ve správnou dobu, je včasná diagnostika onemocnění. Není výjimkou, že je nemoc diagnostikována až v pozdějších fázích nemoci, což způsobuje komplikace jak pro nemocné, tak pro jejich rodiny.

Správný systém péče o osoby trpící ACH by měl obsahovat několik základních kroků. Prvním důležitým krokem je již zmiňované včasné určení diagnózy. Při diagnostikování v časně fázi je pacient v mnoha případech samostatný. Postupem času však dochází k omezení jeho schopností vykonávat základní životní činnosti. Se stupňující se nemocí tak nemocný potřebuje asistenci další osoby = pečovatele. Tím bývají nejčastěji neformální pečovatelé z řad rodiny či blízkých. Na jejich vzdělávání a podporu je ve všech výše zmiňovaných státech kladen velký důraz. Kromě neformálních pečovatelů poskytují péči v rodinném prostředí osobní asistenti, pečovatelské služby či služby výpomoci s domácností. Pro osoby s ACH, ale i jejich pečovatele, rodiny a přátele by měly být k dispozici odborné poradny (psychiatrické, geriatrické, sociálního poradenství). Je všeobecně uznávaným faktem, že pokud je nemocný člověk ve svém domácím sociálním prostředí, je to prospěšné jak pro pacienta, tak pro společnost. Pokud je to tedy možné, měl by nemocný do doby, kdy je to vhodné, zůstat v domácím prostředí. Se stupňováním nemoci, kdy je předpoklad, že bude nemocný umístěn do pobytového zařízení, je vhodné s nemocným navštěvovat centra denní péče (denní stacionáře, centra denních služeb). Zde si nemocný tvoří sociální kontakty, často s lidmi se stejnou nemocí, a zvyká si na režim v těchto zařízeních. Se zhoršujícím se stavem nemocného však mnohdy dochází k situaci, kdy pečovatel péči o nemocného nezvládá. V tuto chvíli přichází na řadu pobytová zařízení dlouhodobé péče. V ideálním případě by tato zařízení měla být specializována na lidi s Alzheimerovou chorobou či demencí obecně. Měla by uživatelům poskytovat dostatečné zdravotní, ošetrovatelské, ale i sociální služby. V těchto zařízeních by měli lidé stále vést plnohodnotný život tak, jak to jejich stav umožňuje.

V rámci zjišťování současného stavu došlo k porovnávání systému péče o osoby s ACH mezi Českou republikou a dalšími státy. Po prozkoumání dostupných informací byly vybrány 3 státy, ve kterých se nachází v systému péče inspirativní prvky. Těmito státy byly zvoleny: Německo, Francie a Švédsko. Jako hlavní inspirativní prvky, které mají pozitivní dopad na poskytování péče v uvedených zemích, byly zjištěny následující:

Německo

- povinné odvádění pojištění dlouhodobé péče (1,7 % hrubé mzdy)
- program vzdělávání hospicových zaměstnanců na problematiku demence
- vzdělávání nemocničního personálu a specialistů na problematiku ACH pomocí příruček a školení

Francie

- bezplatné vzdělávání pečovatелů pečujících o osoby s demencí
- sociální služby zajištěny obcemi
- koordinátor péče o osobu s ACH

Švédsko

- sociální péče pod místní správou = správou obcí
- zdravotní péče přechází z regionální správy pod správu místní
- souhrnné rozpočty pro zdravotní i sociální péči

Financování různých druhů péče se mezi státy, ale i v rámci jednoho státu mnohdy značně liší. Obecně však platí, že zdravotní péče je hrazena z veřejných zdrojů. Ostatní náklady spojené s pobytovými, sociálními či pečovatelskými službami hradí v zásadě uživatel, popřípadě rodina. Stát přispívá pouze na část nákladů pomocí příspěvků. Tyto příspěvky nesou různá označení: příspěvky na péči (ČR, Švédsko), příspěvek pro závislé osoby starší 60 let (Francie), příspěvek z pojištění dlouhodobé péče (Německo). Výše těchto příspěvků se v jednotlivých státech značně liší podle zařazení žadatelů do několika kategorií. Do těchto kategorií jsou lidé zařazováni na základě dvou principů: počtu hodin týdně, ve kterých žadatel potřebuje asistenci další osoby, nebo dle počtu základních životních činností, které žadatel bez asistence nezvládá. V každém státě existují i sociální programy, u kterých je možné zažádat o pomoc při hrazení péče.

Problematika dlouhodobé péče, kde se střetává péče zdravotní se sociální, je ve vybraných státech řešena následujícím způsobem. Systém, kdy zdravotní a sociální péči spravuje jedno ministerstvo, nalezneme ve Francii i Švédsku. V Německu je problematika dlouhodobé péče řešena Spolkovým ministerstvem zdravotnictví. Všechny uvedené státy tedy mají legislativně zaštitěnou spolupráci mezi rezortem zdravotnictví a rezortem sociálních služeb. Pro Českou republiku však toto tvrzení můžeme použít zcela okrajově. Jediné, co propojuje zdravotní a sociální péči v rámci dlouhodobé péče, je několik legislativních bodů upravujících poskytování zdravotní péče v zařízeních sociálních služeb.

2 Cíle a metody

V této kapitole jsou popsány postupy a metody, které jsou následně použity ke splnění vytyčených cílů diplomové práce.

Hlavním cílem diplomové práce je navrhnout vhodného procesního modelu poskytované péče pacientům s Alzheimerovou chorobou v prostředí ČR dle strategie P-PA-IA. U tohoto modelu je nutné určit způsoby jeho financování a uvést jeho náklady.

Pro stanovení vhodných států, ve kterých byly nalezeny inspirativní prvky v systému péče o osoby s ACH uvedené v *Kapitole 1.3* byla použita metoda komparace.

Procesní modely péče dle jednotlivých stádií onemocnění jsou vytvořeny na základě odborných názorů získaných při konzultaci se zástupci poskytovatelů péče za dodržení hodnot strategie P-PA-IA. Na základě procesních modelů byl sestaven vývojový diagram optimálního průchodu pacienta systémem péče v ČR.

Součástí diplomové práce je i komplexní shrnutí problematiky systému péče o osoby s ACH v ČR prostřednictvím nevážené SWOT analýzy. Zde je využito informací z přehledu současného stavu problematiky a z osobních rozhovorů poskytovatelů péče osobám s ACH.

2.1 Technika sběru dat

Informace uvedené v *Kapitole 1* byly získány pomocí sekundární analýzy dat. V té době došlo k vyhledávání, sesbírání, zpracování a vyhodnocení již existujících dat z odborných publikací (článků, knih, příruček, studií), webových stránek zaměřených na problematiku ACH, legislativních dokumentů, databází a statistických přehledů státních i nestátních organizací atd.

Při tvorbě jednotlivých procesních modelů péče o osoby s ACH bylo využito konzultací s poskytovateli péče. Nejprve byli prostřednictvím e-mailu kontaktováni poskytovatelé sociální a zdravotní péče s žádostí o konzultaci týkající se problematiky péče o pacienty s ACH v ČR. Jednalo se o zástupce služeb uvedených v *Kapitole 1.2.2* a v *Kapitole 1.2.4*. V e-mailové komunikaci byly uvedeny otázky, na které byla později zavedena diskuze. Následně došlo k osobním schůzkám, v případě potřeby k telefonickým hovorům či e-mailové komunikaci s kompetentními zástupci poskytovatelů péče. A to těch, kteří kladně odpověděli na žádost zaslou e-mailem. Celkem byla problematika péče o osoby s ACH diskutována výše uvedenými způsoby s 49 zástupci poskytovatelů péče. Konkrétně se jednalo o 10 praktických lékařů, 15 lékařů specialistů, 8 ředitelů sociálních pobytových zařízení, 4 hlavní sociální pracovnice sociálních pobytových zařízení, 9 vedoucích terénních a ambulantních sociálních služeb,

3 vrchní sestry zdravotní domácí péče. S uvedenými zástupci byla vedena diskuze na téma současné situace systému péče o osoby s ACH, rozdílů skutečného stavu oproti informacím získaným z literatury, názorům na možné zlepšení péče. Na základě informací získaných z rozhovorů byly vytvořeny procesní modely péče, a následný vývojový diagram, který je v souladu se strategií P-PA-IA.

Pro výpočet nákladovosti péče o osoby s ACH v ČR byly zpracovány údaje převzaté z platné legislativy, ze statistických dokumentů MPSV ČR, MZ ČR, ÚZIS či jiných strategických dokumentů ministerstev.

2.2 Komparace

Metoda komparace je založena na vzájemném srovnávání dvou a více procesů, systémů, dějů, metod atd. V sociální problematice byla tato metoda používána již v daleké historii. Dnes jsou komparační studie nezbytné pro vypracování mezinárodně uznávaných konceptů. Pro potřeby této práce došlo k srovnání systému péče poskytované osobám s ACH v ČR spolu se systémy v jiných státech. Výsledkem tohoto srovnání byly vybrány 3 státy (Francií, Německem, Švédskem), ve kterých byly nalezeny inspirativní prvky vyskytující se v procesu péče. [67]

2.3 SWOT analýza

SWOT analýza, jinak také analýza silných a slabých stránek, příležitostí a hrozeb je nástroj pro sumarizaci faktorů působících na systém z vnitřního i vnějšího prostředí. Pro potřeby této práce za systém považujeme systém péče poskytované osobám s Alzheimerovou chorobou v ČR. Nevýhodou SWOT analýzy je, že je subjektivní. Význam zkratky SWOT je následující:

- S: strengths = silné stránky
- W: weaknesses = slabé stránky
- O: oportunities = příležitosti
- T: threats = hrozby

Silné a slabé stránky popisují stav vnitřního prostředí systému a porovnává je s hlavními vlivy z okolí objektu. Tyto vlivy dělíme na příležitosti a hrozby. Ty vycházejí z vnějšího prostředí systému, a to jak makroprostředí, tak i mikroprostředí. Cílem SWOT analýzy je rozvíjet zjištěné silné stránky systému, potlačovat stránky slabé a současně být připraven na řešení hrozeb a příležitostí. [68] [69]

2.4 Tvorba procesního modelu péče

Cílem diplomové práce je vytvoření vhodného procesního modelu poskytované péče. Nejprve je tedy potřeba objasnit, co procesní model a modelování znamenají a jakými způsoby budou vytvářeny.

Modelováním se rozumí soubor aktivit, které vedou k vytvoření modelu zkoumaného systému. Procesní model je zjednodušený popis procesu, který reprezentuje strukturu a chování procesu reálného. Tento vytvořený model je možné podrobit řadě experimentů, na základě kterých dochází k získání informací o systému reálném a díky němuž je snazší předpovídat či optimalizovat jeho chování. Proces experimentování a získávání výsledků nazýváme simulací. [70] [71]

Základem pro modelování je porozumění modelované problematice spolu s definováním výstupů, které mají být modelováním získány. Dále je potřebné určit si design procesního modelu a jeho vývoj, následně model implementovat. Výstupem modelování je využití modelu pro reálný systém. [71]

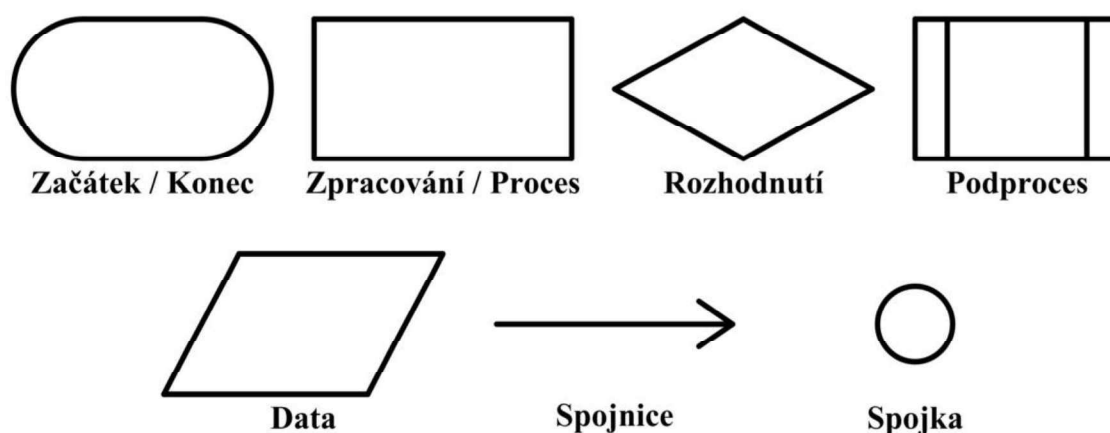
Pro tvorbu procesního modelu v této diplomové práci je použito názorů odborníků z řad poskytovatelů péče za dodržení doporučení vycházejících ze strategie P-PA-IA. Dále byl na základě vytvořených procesních modelů péče vytvořen vývojový diagram ideálního průchodu pacienta s ACH systémem péče v ČR.

2.5 Vývojový diagram

Vývojový diagram jako metoda byla poprvé představena v roce 1921. V průběhu let došlo ke vzniku několika druhů těchto diagramů zaměřujících se např. na toky dokumentů v systému, řízení toků v programu v rámci systému, řízení toků dat v systému či řízení toku zdrojů, ať lidských či materiálních. Dnes je jednou ze základních metod používaných k řízení kvality. Lze ho však aplikovat na velmi široké spektrum oblastí, přičemž nezastupitelné místo má i v rámci organizace sociálních služeb. [72] [73]

Vývojový diagram je metodou pro grafické znázornění procesního toku. Používá se především u složitějších procesů, kde hraje roli vykonávání i několika činností paralelně, jsou mezi nimi různé vazby a požadavky na vstupy a výstupy do procesu. Vývojový diagram by měl odhalit vnitřní vztahy uvnitř procesů a umožnit tak jejich lepší pochopení, odhalení míst způsobujících problémy. [72] [73]

Vývojové diagramy využívají přesně definované značky s jejich jednoznačným významem spolu s vpisováním stručných informací. Symboly spolu s jejich významem popisuje česká státní norma ČSN ISO 5807. Funkci tvorby vývojových diagramů obsahují i běžně používané textové editory. Na *Obrázku 11* jsou zobrazeny základní symboly používané při tvorbě vývojových diagramů. [72] [73] [74]



Obrázek 11: Vývojový diagram – symboly

Význam uvedených symbolů je následující:

- **Začátek/konec:** Tento symbol znázorňuje první (jeden výstup) a poslední krok (jeden vstup) v popisovaném procesu.
- **Zpracování/proces:** Tento symbol je nejvyužívanějším ve všech vývojových diagramech. Představuje typický krok/akci ve zkoumaném procesu. Může mít více vstupů, avšak pouze jeden výstup.
- **Rozhodnutí:** Symbol prezentuje bod, ve kterém je nutno zodpovědět otázku jednou z nabízených možností. Zpravidla se jedná na zodpovězení otázky odpovědí typu Ano/Ne, Pravda/Nepravda. Obvykle má jeden vstup a dva (ale i více) výstupů.
- **Podproces:** Zobrazuje skupinu kroků v procesu, které by mohly být tvořeny samostatným vývojovým diagramem, pomocí jednoho symbolu.
- **Data:** Značka udává vstup či výstup dat/informací do nebo z procesu.
- **Spojnice:** Tento symbol interpretuje směr toku dat či směr průběhu procesu, a to v závislosti na orientaci šipky.
- **Spojka:** Symbol znázorněný kruhem je používán v případě, kdy je potřebné spojit více toků procesu do toku jednoho, neboli znázorňuje přechod z jedné části vývojového diagramu do části jiné. Má vždy jeden vstup či jeden výstup.

2.6 Náklady

Součástí diplomové práce je stanovit náklady na jednotlivé druhy péče ve stanovených procesních modelech. Tyto náklady se liší dle sféry, ve které je péče poskytována. Předtím, než s náklady začneme pracovat, je nezbytné ujasnit si některé základní body, které do problematiky nákladů spadají, a které nám pomohou se lépe v této oblasti orientovat.

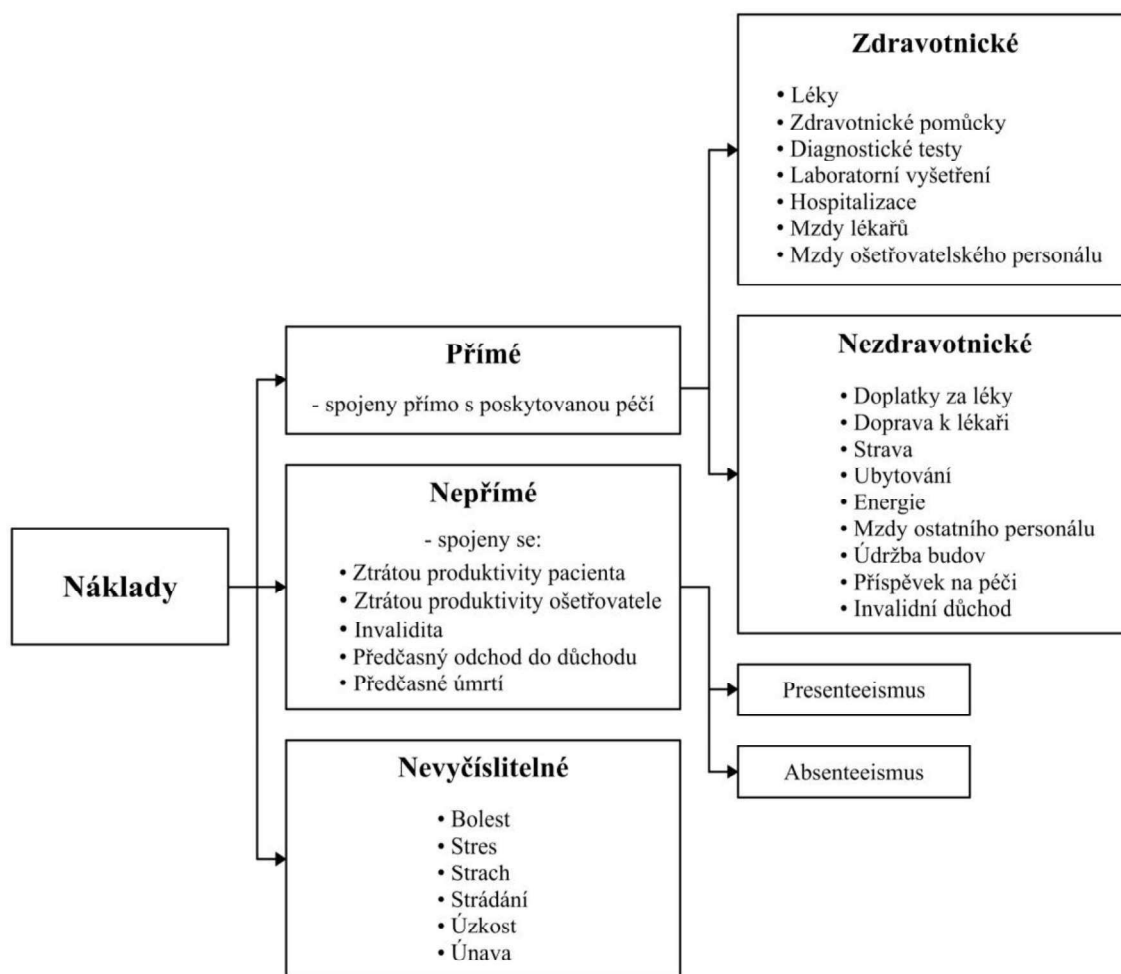
2.6.1 Členění nákladů

Existuje několik verzí členění nákladů. V této práci budou náklady rozčleněné na tyto skupiny: přímé zdravotnické, přímé nezdravotnické, nepřímé a nevyčíslitelné. Schéma tohoto členění spolu s vybranými položkami je znázorněno na *Obrázku 12*.

Přímé náklady obsahují položky, které spadají přímo do péče o člověka s Alzheimerovou chorobou. Dělíme je na zdravotnické a nezdravotnické náklady. Za **přímé zdravotnické náklady** lze ve zkoumané problematice považovat zejména náklady na mzdu lékařů a ošetřovatelského personálu, léky, zdravotní pomůcky, diagnostické testy, laboratorní vyšetření, hospitalizaci a další. **Přímé nezdravotnické náklady** pak spadají pod náklady, které hradí pacient či MPSV ČR. V tomto případě dopravu pacienta k lékaři, doplatky za léky a zdravotnické pomůcky, příspěvek na péči, invalidní důchod. Do této kategorie spadají ale také náklady na mzdy personálu, který se péče přímo neúčastní, náklady na stravu, ubytování, spotřebované energie, provoz budov atd.

Nepřímé náklady souvisí se ztrátou produktivity kvůli onemocnění. Mohou být počítány formou absenteeismu nebo presenteeismu. *Absenteeismus* představuje čas z pracovní doby, který pacient kvůli nemoci zamešká. Vyjadřován je v počtu dní. Je do něj zahrnována nemocenská dovolená, dočasná absence, časté návštěvy lékaře, pracovní neschopnost a další. *Presenteeismus* oproti tomu ukazuje omezení produktivity v pracovní činnosti kvůli přítomnosti onemocnění. Vyjadřuje se v procentech z pracovní doby a spadají pod něj např. menší pečlivost při provádění úkolů, snížené pracovní tempo, snížená kvantita vykonané práce. [75] [76]

Nevyčíslitelné náklady hrají vzhledem k diagnóze, která je v tomto případě chronická a nezvratná, významný vliv. Do této kategorie spadá stres, strach, bolest, úzkost aj. Tyto náklady nelze kalkulovat, proto se jimi nebudeme dále zabývat. [77]



Obrázek 12: Členění nákladů

2.6.2 Výpočet nákladů

K výpočtu výsledných nákladů můžeme použít jednu ze dvou metod. První metodou je metoda *macrocostingu*, tedy tzv. metoda odshora dolů. Při ní vycházíme většinou ze statistických či souhrnných dat, která následně rozpočítáváme na jednotlivé položky. *Microcosting*, tedy metoda zdola nahoru, spočívá v zaznamenávání jednotlivých nákladových položek, které se posléze sčítají do větších skupin. [78]

2.6.3 Perspektiva

Perspektiva je pohled aktéra péče, z něhož k nákladům přistupujeme. To, jaké náklady budeme uvažovat, se dle perspektiv liší. V ČR uvažujeme náklady z těchto perspektiv:

- Poskytovatel péče
- Plátce péče
- Příjemce péče
- Společnost

V případě Alzheimerovy choroby může být poskytovatelem péče zdravotnické, sociální zařízení či služba. V rámci zdravotní péče tedy mezi poskytovatele patří poskytovatelé domácí péče, hospicové péče, praktičtí lékaři, lékaři specialisté (geriatr, neurolog, psychiatr), léčebny dlouhodobě nemocných a psychiatrické léčebny. Poskytovatelé sociální péče jsou pak pečovatelské služby, služby osobní asistence a respitní péče, denní či týdenní stacionáře, domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Za poskytovatele péče pak můžeme považovat i rodinné příslušníky, kteří jsou definováni ve skupině péče neformální.

Plátce péče u diagnózy Alzheimerovy choroby se pak liší právě podle toho, kde je pacientovi daná péče poskytována. Pokud je pacient umístěn ve zdravotnickém zařízení, je jeho péče proplácena z veřejného zdravotního pojištění, tedy jsou plátcem zdravotní pojišťovny a to i v případě, že pacient využívá domácí či hospicovou péči. Jestliže je pacient umístěn v pobytovém sociálním zařízení nebo jsou mu poskytovány sociální služby, pak je tato péče hrazena z několika zdrojů. Zdravotní část péče pokrývá platba z veřejného zdravotního pojištění, tzv. hotelové služby (ubytování, strava) si pak hradí klient sám ze starobního důchodu či invalidního důchodu a v případě uznání také z Příspěvku na péči. Příspěvek na péči slouží k úhradě poskytnuté sociální péče/úkonů péče. Poskytovatel může čerpat dotační prostředky od zřizovatele určené na provoz služby nebo ze státního rozpočtu, pokud je poskytovatel zařazen ve střednědobém plánu sociálních služeb v příslušném kraji. Dotační prostředky mohou také poskytovat obce či města. Další komponentou financování může být sám klient, který péči doplácí z vlastních zdrojů. Do financování z vlastních zdrojů však mohou být zahrnuti i rodinní příslušníci, takže i oni mohou hrát roli plátce péče.

Příjemcem péče je v této problematice pacient s Alzheimerovou chorobou, kterému je péče poskytována. Nicméně v problematice je zahrnuta i respitní péče, která se zaměřuje na osoby pečující o pacienty s Alzheimerovou chorobou a to tím, že na krátký čas přijme veškerou zodpovědnost a povinnosti zmiňovaného pečujícího. V tomto případě lze za příjemce péče považovat pečovatele.

Perspektiva celospolečenská je nejsprávnější z ekonomického pohledu, nicméně v prostředí ČR je využívána minimálně. Zahrnuje náklady, které vznikají společnosti jako celku, pokud člověk onemocní Alzheimerovou chorobou. [75] [76] [77]

3 Výsledky

V této kapitole jsou popsány jednotlivé výsledky, které vedou ke splnění stanovených cílů práce. Nejprve je uvedena nevážená SWOT analýza systému péče o osoby s ACH v ČR. Následně jsou vytvořeny procesní modely péče. Pro splnění dílčího cíle práce, výpočet nákladů z perspektivy osoby s ACH, je definován vzorový pacient, pro kterého jsou náklady spojené s poskytovanou péčí počítány. Dále je na náklady pohlíženo z perspektivy zdravotních pojišťoven a poskytovatelů péče. Spojením procesních modelů s teoretickou částí a názory odborníků je vytvořen vývojový diagram ideální péče o osoby s ACH.

3.1 SWOT analýza

SWOT analýza systému péče o pacienty s ACH v ČR je vytvořena jako sumarizace poznatků získaných při zpracování teoretické části a z odborných názorů poskytovatelů péče. Na základě konzultací s poskytovateli péče byla pro potřeby této práce vypracována pouze nevážená SWOT analýza. Účelem SWOT analýzy je přehledně shrnutí silných a slabých stránek systému a upozornění na možné hrozby a příležitosti spojené s poskytováním péče osobám s ACH v ČR. Nevážená SWOT analýza byla zvolena z důvodu, že je velmi obtížné přiřazení vah, v případě vážené SWOT analýzy, z důvodu zkreslení hodnot kvůli skutečnosti, že by tyto hodnoty byly získány pouze od poskytovatelů péče. Do příležitostí je zahrnuto možné využití zjištěných inspirativních prvků z jiných států.

Silné stránky	Slabé stránky
<ul style="list-style-type: none">• Existence národního akčního plánu pro ACH• Vícezdrojové financování sociální péče• Rozšiřující se síť poskytovatelů DZR• Služby odborného sociálního poradenství zaměřené na klienty a rodinné příslušníky• Aktivity ČALS• Certifikace potvrzující kvalitu sociálních služeb Vážka	<ul style="list-style-type: none">• Nízké povědomí o ACH širokou veřejností• Diagnostikování v pozdní fázi nemoci• Nespolupráce mezi MPSV ČR a MZ ČR• Malý počet poskytovatelů hospicových služeb• Nízká edukace rodinných pečovatelů• Nedostačené financování zdravotních služeb v pobytových sociálních zařízeních• Zatížení rozpočtů rodinných příslušníků• Složitá orientace v nabízených službách• Umístování pacientů s ACH do zdravotnických zařízení z důvodu nízké kapacity pobytových sociálních zařízení

Příležitosti	Hrozby
<ul style="list-style-type: none"> • Pojištění dlouhodobé péče • Zodpovědnost za poskytování služeb na obcích • Jasně stanovení hranice zodpovědnosti • Navázání spolupráce a koordinace systémových změn mezi MPSV ČR a MZ ČR • Rozšíření a podpora edukačních programů pro rodinné pečovatele v rámci obce • Mediální kampaň na zvýšení povědomí o problematice • Vytvoření preventivního screeningového programu: MMSE test u praktického lékaře 	<ul style="list-style-type: none"> • Zvyšování počtu pacientů s ACH • Neochota rodinných příslušníků pečovat (zaměstnání) • Nedostatek financí ve státním rozpočtu i v rozpočtech domácností • Duplicita plateb mezi systémy zdravotním a sociálním • Neefektivní poskytování zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních z důvodů sociálních hospitalizací • Neefektivní vynakládání finančních prostředků v rámci zdravotnických zařízení

3.2 Procesní modely péče

V následujících kapitolách budou popsány jednotlivé procesní modely péče. Ta by měla být poskytnuta pacientům s Alzheimerovou chorobou dle stádia, ve kterém se onemocnění nachází. Tyto modely byly vytvořeny s pomocí výše uvedených zástupců poskytovatelů péče. Současně tyto modely vychází ze strategie P-PA-IA České alzheimerovské společnosti a splňují její podmínky. Vzhledem k většímu počtu možných poskytovatelů péče v každém stádiu bude uvedeno více variant, které přichází v úvahu. Nejprve budou jednotlivé systémy péče popsány z hlediska aktérů a začlenění do kontextu. Vzhledem k povaze onemocnění si každý pacient s ACH projde všemi fázemi onemocnění. Délka setrvání v jednotlivých fázích je značně individuální. Ve většině případů je však nemoc zachycena až v pokročilejších stádiích onemocnění. V navazující kapitole pak budou u jednotlivých procesních modelů vypočteny náklady, a to jak z hlediska osoby s ACH (jeho rodiny), tak z hlediska poskytovatele péče a z hlediska státu.

3.2.1 Popis zvolených procesních modelů

Stádium I

V počátečním stádiu ACH jsou lidé, kteří trpí tímto onemocněním, relativně soběstační. Vhodné je zajištění dohledu či dopomoci s některými aktivitami, avšak ne nutně nepřetržitě. Vzhledem ke skutečnosti, že pro člověka s ACH je prospěšné zůstat co nejdéle ve svém přirozeném sociálním prostředí, bude v této kapitole počítáno s tím, že osoba zůstane ve svém vlastním bytě.

Dopomoc a dohled v ideálním případě zajišťují rodinní příslušníci či známí. Pokud toto není z nějakého důvodu možné (nemocný příbuzné nemá, či je jejich bydliště vzdáleno od místa bydliště nemocného), je vhodné zajistit některou ze sociálních služeb. Mezi tyto služby řadíme služby osobní asistence nebo pečovatelské služby. Na pokrytí hrazení těchto služeb může člověk s ACH požádat o příspěvek na péči, jehož nárok a případná výše a další související podmínky jsou zakotveny v Zákoně č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách. Obecně však člověk, který nemusí být umístěn v pobytovém zařízení, má nárok na PnP I. maximálně II. stupně.

V této fázi je záhodno využít i služeb poradenských, především sociálního poradenství a ze zdravotní péče pak psychologické, geriatrické a neurologické ambulance.

Stádium II

Druhé stádium ACH tedy středně pokročilá a rozvinutá demence je odhadováno na dobu trvání 2-10 let. Pokud nemoc postupuje pomaleji, je člověk v této fázi poměrně dlouhou dobu. To se odráží i na možnostech péče, kterou je vhodné využít.

Budeme-li stále vycházet z toho, že člověku prospívá být v jemu známém prostředí, nejlepším způsobem péče je poskytnout neformální péči ať již přímo u osoby s ACH v jeho místě bydliště či u některého z příbuzných. Pokud bude nemocný ubytovaný ve zmíněném prostředí, nabízí se pak několik variant řešení.

První variantou je, že pečovatelem je rodinný příslušník, který zanechá zaměstnání a bude se plně věnovat péči o nemocnou osobu. Z prostudovaných zdrojů vyplývá, že nejčastěji je pečovatelem manžel/manželka. V případě vyššího věku nemocného, kdy je již vdovou/vdovcem, je nejčastějším pečovatelem dcera/syn nemocného. Nepřetržitá péče o pacienta s ACH je však velmi náročná jak po fyzické, tak především po psychické stránce. Potřebné je, aby péče, kterou pečující nemocnému poskytuje, byla efektivní. Efektivita péče však klesá s únavou, která dříve či později přijde u každého pečovatele, který je v kontaktu s nemocným téměř nepřetržitě. V takovémto případě je vhodné jednou za nějaký čas využít odlehčovacích služeb. Ty umožňují, že si pečující osoba může na omezeně krátkou dobu odpočinout, vyřešit vlastní osobní záležitosti

a nabrat síly potřebné pro správné poskytování péče. Nemocný je umístěn do zmiňované služby, která se o něj postará ve všech směrech, avšak na omezeně krátkou dobu (v rozmezí dnů). S progredujícím postupem onemocnění se péče stává více a více náročnou. V situaci, kdy onemocnění přechází do fáze III, přechází v ideálním případě péče z domácího prostředí do péče v pobytových sociálních službách.

Druhou variantou, kdy je nemocný ve vlastním prostředí je, že osoba, která s ním žije v domácnosti, nadále chodí do zaměstnání. V tomto případě lze využít několika služeb. Péče může být zajištěna prostřednictvím pečovatelské služby, osobní asistence, v případě potřeby zdravotní péče i domácí péčí. V těchto případech chodí pečovatelé do vlastního sociálního prostředí nemocného. Další možností je, že je péče o nemocného během pracovní doby pečující osoby zajištěna v denních stacionářích či centrech denních služeb.

V případě, kdy nemůže být nemocný ve vlastním sociálním prostředí, je umístěn nejlépe do pobytových sociálních zařízení. Primárním pobytovým zařízením poskytující péči osobám s Alzheimerovou chorobou jsou domovy se zvláštním režimem. V těch je splněno doporučení, kdy by osoby s ACH měly být umístěny v prostorách chráněného prostředí. Pod tímto pojmem si představujeme prostor zabezpečený proti nepozorovanému odchodu klientů. V chráněném prostředí se však klienti nesmí nacházet sami bez dozoru osob, kteří o ně pečují. Nespornou výhodou DZR je zajištění programových aktivit a činností, které mají na osoby v ACH ve 2. stádiu velmi pozitivní vliv. Těmto aktivitám je přizpůsobeno i samotné prostředí domovů. Dle strategie P-PA-IA je doporučeno, aby v těchto zařízeních připadalo na jednoho pracovníka 5-8 osob s demencí. V ideální situaci by mělo být zajištěno soukromí dlouhodobě ubytovaných ubytováním v jednolůžkových pokojích. Ve skutečnosti však převažují (z více jak 50 %) pokoje dvoulůžkové.

Stádium III

Stav nemocných v tomto stádiu onemocnění je komplikován poruchami chování či somatickými problémy. V této fázi jsou lidé vzhledem k náročnosti péče umístění ideálně v pobytových sociálních zařízeních (DZR). Dochází ke zvýšené nutnosti poskytnutí ošetrovatelské péče a zajištění trvalé přítomnosti kvalifikovaného zdravotnického pracovníka. Lidé v této fázi již neprofitují z programových aktivit, naopak je pro ně vhodná individualizovaná asistence. Avšak ani v tomto období nesmí být porušováno respektování práv a důstojnosti nemocných.

Terminální stádium

V terminálním stádiu hraje velmi důležitou roli poskytování zdravotní paliativní péče, především prostřednictvím hospicové péče. Ta může být poskytována terénně, ambulantně i v pobytových zařízeních. Zde jsou kladeny nároky především na co

nejdůstojnější dožití pacientů s ACH, snaha o maximální snížení bolestí umírající osoby a podpora blízkých osob. S touto péčí souvisí i nutnost většího počtu kvalifikovaného zdravotnického personálu a každodenní dostupnost lékařské péče. Vzhledem k tomu, že je v ČR nedostatečná kapacita lůžkových hospiců, je paliativní péče často poskytována ve zdravotnických pobytových zařízeních, kdy jsou konkrétně pacienti hospitalizováni na oddělení LDN.

3.2.2 Výpočet nákladů jednotlivých procesních modelů

Obsahem této kapitoly je určení nákladů na péči uvedenou ve vytvořených procesních modelech v závislosti na stádiu onemocnění. Tyto náklady budou zkoumány z hlediska jednotlivých perspektiv, konkrétně z perspektivy nemocného s ACH (jeho rodiny), poskytovatele služeb a z perspektivy zdravotních pojišťoven. Náklady budou vypočteny (pokud nebude uvedeno jinak) na 1 pacienta za 1 měsíc.

Všechna použitá data byla získána ze Statistické ročenky ČR, Zdravotnických ročenek ČR, Statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí a dalších statistických dokumentů ČSÚ, ÚZIS, MZ ČR, MPSV ČR a z dat získaných od zdravotních pojišťoven.

3.2.3 Vzorový pacient

Pro potřeby výpočtu nákladovosti služeb poskytnutých pacientovi s ACH je nejprve nutné definovat si vzorového pacienta. Ten bude nazýván *Osobou X*. Byl definován na základě následujících informací.

Alzheimerovou chorobou trpí převážně osoby starší 65 let (existují i případy mladších nemocných, avšak jen ve velmi malém procentu). Ve vztahu k věku osob trpí ACH jedna ze 13 osob starších 65 let, každá 5. osoba starší 85 let a každý 2. člověk starší 90 let. [13] [3]

Dle prevalenčních zahraničních studií se v ČR v roce 2015 vyskytovalo 156 tisíc lidí trpících demencí. Pokud budeme vycházet z literárních zdrojů, které tvrdí, že Alzheimerova choroba tvoří 62 % případů demence, vyskytovalo by se v roce 2015 v ČR 96 720 obyvatel s touto nemocí. [3]

MPSV ČR vydalo na PnP v roce 2016 celkem 23 045 948 tis. Kč. Průměrně měsíční počet vyplacených PnP pak by 345 961. Dle věkové kategorie 80-89 let pak bylo měsíčně vyplaceno 109 900 PnP za jeden kalendářní měsíc pro všechny stupně závislosti dohromady. Z této celkové finanční částky nelze statisticky oddělit výši vyplacených PnP pro osoby trpící ACH. Budou tedy použity průměrné hodnoty dle určitých stupňů závislosti. Aby vznikl nárok na PnP, musí osoba podat žádost o PnP

na příslušné krajské pobočce Úřadu práce a musí dojít k jejímu kladnému vyřízení. [79]
[80]

Pro potřeby diplomové práce je *Osoba X* žena ve věkovém rozmezí 80-89 let. Vzhledem k věku této ženy v roce 2016 a k průměrné době dožití mužů v ČR je předpokládáno, že je tato žena vdovou. Pobírá tedy kombinovaný důchod (starobní + vdovecký).

V procesních modelech, kdy bude *Osoba X* žít sama ve své domácnosti je za její příjem považován kombinovaný důchod a PnP v příslušné výši. U modelů, kdy *Osoba X* není schopna žít v domácnosti sama, uvažujeme, že pobývá ve společné domácnosti se svou dcerou a jejím manželem. Literatura uvádí, že téměř 2/3 neformálních pečovatelů v ČR jsou ženy, nejčastěji pak matky, manželky a dcery osob, o které pečují. V případech, kdy je to možné tedy bude *Osobě X* poskytována neformální péče a vzhledem k věku *Osoby X* uvažujeme za neformálního pečovatele právě dceru *Osoby X*. Dle potřeby bude využívat nějaké z dalších forem nabízených služeb. Do příjmů této domácnosti jsou v těchto modelech započítány položky, které by se v ní nevyskytovaly v případě, že by dcera *Osoby X* s manželem žili v domácnosti sami. Mezi tyto položky bude tedy započten opět kombinovaný důchod a PnP *Osoby X*. V situaci, kdy *Osoba X* nemůže pobývat sama, ani v domácnosti s dcerou, je *Osoba X* umístěna v sociálním bytovém zařízení, konkrétně v domově se zvláštním režimem. [81]

3.2.4 Náklady z perspektivy nemocného ACH a osob blízkých

Stádium I

Jednotlivé nákladové a příjmové položky byly převzaty ze statistických ročenek. V převážné většině se jedná o průměrné hodnoty či nejčastější hodnoty. Data jsou vztahena k roku 2016, což jsou poslední dostupná data.

V tomto stádiu uvažujeme, že osoba X žije ve své vlastní domácnosti sama. Využívá některé z forem sociální terénní péče, domácí zdravotní péče a dále o ni ve volném čase pečují příbuzní či blízcí.

Příjmy

Dle modelové situace poskytované péče vytvořené pro toto stádium onemocnění má *Osoba X* nárok na PnP stupně I. V roce 2016, pro který je přehled počítán, však došlo od 1. srpna ke změně výše tohoto příspěvku. Pro potřeby této práce je použita nová hodnota, která je platná dodnes. Rozdíl ve výši PnP je znázorněn v *Tabulce 2*. V roce 2016 byl průměrný měsíční počet vyplacených PnP v I. stupni závislosti ve věkové kategorii 80-89 let celkem 36 000 příspěvků. V daném stupni závislosti tedy bylo vyplaceno 31 680 000 Kč. [79]

Tabulka 2: Příspěvek na péči [80]

Stupeň závislosti	Výše PnP do 31.6.2016 za kalendářní měsíc	Výše PnP od 1.7.2016 za kalendářní měsíc
Stupeň I	800 Kč	880 Kč
Stupeň II	4 000 Kč	4 400 Kč
Stupeň III	8 000 Kč	8 800 Kč
Stupeň IV	12 000 Kč	13 200 Kč

Výše kombinovaného důchodu pro ženy v roce 2016 nejčastěji dosahovala částky 11 000-11 999 Kč za měsíc. Dále je počítáno s částkou nacházející se v polovině zmíněného intervalu, tedy 11 500 Kč. [82]

Kromě těchto dvou zmíněných položek nemá *Osoba X* žádný další nárok na příjem ze strany státu.

Tabulka 3: Příjmy: Stádium I

Příjmy	
Položka	Kč/měsíc
Kombinovaný důchod (starobní + vdovský)	11 500
Příspěvek na péči	880
Příjmy celkem	12 380

Náklady

Do celkových nákladů nemocného v této fázi onemocnění uvažujeme náklady spojené s poskytnutím sociálních služeb, náklady na ubytování, stravu a ostatní položky spojené s chodem a provozem běžné domácnosti.

V této fázi onemocnění je v procesním modelu uvažováno využití dvou různých variant sociálních terénních služeb, jejichž rozdíl je popsán v Kapitole 1.2.4. Ve *variantě I* využívá *Osoba X* služeb pečovatelské služby, ve *variantě II* jsou to služby osobní asistence. V obou případech musí být vyplněn formulář oznámení o poskytovateli pomoci. V případě osobního asistenta je k tomuto oznámení třeba přiložit smlouvu o poskytnutí pomoci.

Ve statistické ročence MPSV ČR je uvedeno, že v roce 2016 činila výše příjmů od klientů za rok 2016 pro pečovatelské služby 793 249 tis. Kč při celkovém počtu 106 673 klientů této služby. V případě služeb osobní asistence zaplatilo poskytovatelům 8 979 klientů (z toho 1 420 klientů mladších 18 let) celkovou částku ve výši 189 858 tis. Kč. Podle těchto dat činila průměrná roční úhrada od 1 uživatele služeb za rok 2016 v případě pečovatelské služby 7 436 Kč, v případě osobní asistence 21 145 Kč. Za měsíc šlo tedy o částku 620 Kč pro pečovatelskou službu a 1 762 Kč pro osobní asistenci. V tomto modelu je uvažováno, že *Osoba X* využívá buď služeb osobní asistence, nebo pečovatelskou službu s uvedenými náklady. Dále o ni ve volných chvílích pečují její blízcí. Je však na svobodné vůli klienta si zvolit, kolik hodin péče

využije u profesionálních poskytovatelů sociálních služeb, které jsou hrazeny z PnP. Ne všichni žadatelé o tyto služby získají od poskytovatelů kladnou reakci. Množství evidovaného počtu neuspokojených žadatelů o pečovatelskou službu bylo v roce 2016 celkem 1 654, u osobní asistence byl pak tento počet 907. [79]

V tomto modelu *Osoba X* využívá i služeb domácí zdravotní péče. Tu v roce 2016 využilo 141 369 pacientů. Tato péče je však hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Mají na ni nárok ty osoby, kterým ji předepíše jejich praktický lékař. Na výsledný dopad do rozpočtu domácnosti *Osoby X* tedy nebude mít využití domácí péče vliv. [79] [83]

Průměrně bylo v roce 2016 v domácnosti důchodců bez ekonomicky aktivních členů 1,47 členů. Z těchto 1,47 členů domácnosti byli všichni členové nepracující důchodci. Spotřební vydání na 1 člena takovéto domácnosti, což je *Osoba X*, byla za rok 2016 ve výši 121 998 Kč, za měsíc tedy spotřební vydání *Osoby X* činilo 10 167 Kč. V této částce jsou zahrnuty náklady spojené s nájmem, spotřebou energií, drobnými opravami domácnosti, dopravou, telekomunikací, potravinami, nápoji, odíváním atd. [84]

Výše uvedené náklady domácnosti *Osoby X* jsou shrnuty v *Tabulce 4* s variantou terénní sociální služby I a v *Tabulce 5* s variantou II.

Tabulka 4: Náklady: Stádium I, varianta I

Náklady	
Varianta I	
Položka	Kč/měsíc
Péče poskytnutá rodinným příslušníkem	zdarma
Péče poskytnutá pečovatelskou službou	620
Zdravotní péče poskytnuta službou domácí péče	hrazeno z veřejného zdravotního pojištění
Spotřební vydání	10 167
Náklady celkem	10 787

Tabulka 5: Náklady: Stádium I, varianta II

Náklady	
Varianta II	
Položka	Kč/měsíc
Péče poskytnutá rodinným příslušníkem	zdarma
Péče poskytnuta službou osobní asistence	1 762
Zdravotní péče poskytnuta službou domácí péče	hrazeno z veřejného zdravotního pojištění
Spotřební vydání	10 167
Náklady celkem	11 929

Dopad na rozpočet domácnosti

Z uvedených dat vyplývá, že pokud má *Osoba X* pouze příjmy od státu a za stanovených spotřebních vydání na 1 osobu v domácnosti nepracujících důchodců bez ekonomicky aktivních členů, ve variantě I s využitím služeb pečovatelské služby zbyde *Osobě X* na konci měsíce 1 593 Kč. Pokud *osoba X* využívá služeb osobní asistence, zbyde jí na konci měsíce 451 Kč.

Tabulka 6: Dopad na rozpočet domácnosti: Stádium I, varianta I

Varianta I	
Položka	Kč/měsíc
Příjmy celkem	12 380
Náklady celkem	10 787
Dopad na rozpočet domácnosti	1 593

Tabulka 7: Dopad na rozpočet domácnosti: Stádium I, varianta II

Varianta I	
Položka	Kč/měsíc
Příjmy celkem	12 380
Náklady celkem	11 929
Dopad na rozpočet domácnosti	451

Stádium II

Ve stádiu středně pokročilé a rozvinuté demence je možnost využití většího množství služeb. Vzhledem k tomu, že toto období může trvat i několik let, je pravděpodobné, že člověk s ACH během této doby vystřídá větší množství druhů péče v závislosti na konkrétní situaci. Níže jsou popsány procesní modely základních variant péče, které dle strategie P-PA-IA přicházejí v úvahu.

Varianta I

V tomto modelu žije *Osoba X* ve společné domácnosti s hlavním pečovatelem, kterým je rodinný příslušník. Dle studií jsou ve většině případů hlavními pečujícími osobami děti lidí trpících ACH, nejčastěji pak dcery. V této variantě je pečující osobou dcera osoby s ACH. Vzhledem k věku *Osoby X* žije ve společné domácnosti *Osoba X*, dcera *Osoby X* a její manžel. Vnučata *Osoby X* jsou v tomto případě již plnoletá, bydlí ve svých vlastních domácnostech. Onemocnění v této fázi je spojeno s větším nárokem na péči, kterou je nutné *Osobě X* věnovat. Dcera *Osoby X* z tohoto důvodu zanechala zaměstnání.

Do příjmů a výdajů domácnosti jsou zahrnuty pouze ty položky, které odlišují stav, kdyby v domácnosti nežila osoba s ACH.

Příjmy

V této modelové situaci má *Osoba X* nárok na PnP ve II. stupni závislosti. Měsíčně tedy získá příspěvek ve výši 4 400 Kč. Dále *Osoba X* pobírá kombinovaný důchod ve výši 11 500 Kč za měsíc. [80] [82]

Dcera *Osoby X* je uvedena na příslušné pobočce Úřadu práce jako hlavní pečující osoba (prostřednictvím oznámení o poskytovateli pomoci). Stát za ni tedy hradí sociální a zdravotní pojištění. Dcera *Osoby X* si v tomto případě musí nechat na Úřadě práce vystavit potvrzení o době poskytování péče, které musí být dále předáno příslušným institucím. Doba, kdy dcera *Osoby X* poskytuje péči, se započítává pro účely důchodového pojištění jako tzv. náhradní doba. [80]

Tabulka 8: Příjmy: Stádium II, varianta I

Příjmy	
Položka	Kč/měsíc
Kombinovaný důchod (starobní + vdovský)	11 500
Příspěvek na péči	4 400
Příjmy celkem	15 900

Náklady

Z hlediska nákladů této domácnosti jsou započítány spotřební vydání za 1 osobu ve výši 10 167 Kč měsíčně (stejně jako v procesním modelu *Stádium I*). Kvůli časové náročnosti na péči o *Osobu X* nechodí hlavní pečující do zaměstnání, tedy další nákladovou položkou je ušlá mzda dcery *Osoby X*. Vzhledem k výpovědní hodnotě bude za výši ušlé mzdy brán medián mezd pro ženy v roce 2016 a to v hodnotě 22 573 Kč měsíčně. Tato hodnota však odráží výši hrubé mzdy. Pro využití ve výpočtech musíme počítat čistou mzdou. Čistá mzda byla vypočtena z mediánu hrubé mzdy žen v ČR v roce 2016, kdy činila 17 614 Kč měsíčně. [82] [84]

Povinností pečující osoby je poskytování péče v odpovídajícím rozsahu a kvalitě. Pro dodržení těchto podmínek je vhodné občasné využití odlehčovacích služeb. V souvislosti vytvořených procesních modelů péče v závislosti na strategii P-PA-IA, která klade důraz na kvalitu péče, bude do nákladů této domácnosti započtena právě i tato služba. Tu využilo v roce 2016 celkem 12 632 klientů, z toho 770 osob mladších 18 let, 4 291 mužů a 7 571 žen. Zaevidováno pak bylo 2 389 neuspokojených žádostí o tuto službu. Celkově klienti v roce 2016 za odlehčovací služby zaplatili 249 229 tis. Kč. Na jednoho klienta tedy připadá částka 1 644 Kč měsíčně. [79]

Veškeré náklady spojené s poskytováním péče v tomto procesním modelu jsou uvedeny v *Tabulce 9*.

Tabulka 9: Náklady: Stádium II, varianta I

Náklady	
Položka	Kč/měsíc
Spotřební vydání	10 167
Ušlá mzda pečující osoby	17 614
Odlehčovací služby	1 644
Náklady celkem	29 425

Dopad do rozpočtu domácnosti

Výpočet ukazuje, jak finančně náročné je pro osobu blízkou se starat o osobu s ACH tímto stylem. K finanční zátěži je třeba připočíst i zátěž psychickou, se kterou se potýká nejen pečující osoba, ale i osoby jí blízké (v tomto případě např. manžel pečující osoby). Jestliže rozpočet domácnosti měsíčně utrpí ztrátu ve výši 13 525 Kč, za rok je tato částka již 162 300 Kč.

Tabulka 10: Dopad na rozpočet domácnosti: Stádium II, varianta I

Dopad na rozpočet domácnosti	
Položka	Kč/měsíc
Příjmy celkem	15 900
Náklady celkem	29 425
Dopad na rozpočet domácnosti	- 13 525

Vzhledem k tomu, jak dlouhá tato fáze nemoci může být, je reálné, že *Osoba X* dosáhne po určité době na PnP ve stupni závislosti III, jeho výše tedy bude 8 800 Kč/měsíc. Celkové příjmy domácnosti tak budou činit 20 300 Kč/měsíc, náklady zůstanou ve výši 29 425 Kč/ měsíc. Celkový dopad do rozpočtu domácnosti tedy bude -9 125 Kč měsíčně, ročně půjde o částku -109 500 Kč. [35]

Varianta II

Tato modelová situace procesu poskytování péče vychází z předpokladu, že *Osoba X* žije taktéž ve společné domácnosti se svou dcerou a jejím manželem. Na rozdíl od *varianty I*, dcera chodí do zaměstnání. O *Osobu X* se v době nepřítomnosti dcery v průběhu pracovního týdne stará pečovatel pečovatelské služby, tedy 5 dní v týdnu vždy po dobu 9 hodin. Zaměstnanec pečovatelské služby poskytuje pouze přímo obslužné úkony. Po návratu dcery ze zaměstnání přebírá péči o *Osobu X* dcera. Ta pečuje o *Osobu X* taktéž o víkendech a svátcích. Vzhledem ke zjednodušení situace bude předpokládáno, že stravu *Osobě X* připravuje dcera, tedy není zajišťována prostřednictvím žádné sociální služby, která tuto možnost nabízí.

Příjmy

Oproti běžné situaci v domácnosti bez *Osoby X* se příjmy navýší o položky starobního důchodu kombinovaného s vdoveckým a o PnP ve II. stupni závislosti. Příjmy jsou totožné jako v *Tabulce 8*, tedy 15 900 Kč za měsíc.

Náklady

Do nákladových položek jsou zahrnuta spotřební vydání *Osoby X* ve výši 10 167 Kč/měsíc a dále pak náklady spojené s hrazením pečovatelské služby. Uvažujeme, že péče poskytnutá prostřednictvím pečovatelské služby byla *Osobě X* poskytována v roce 2016 ve všechny pracovní dny. Těch bylo celkem 252. Měsíčně se jednalo průměrně o 21 pracovních dní. Služba byla poskytována vždy po dobu 9 hodin, což je doba, kterou tráví dcera *Osoby X* v zaměstnání, současně je to i běžná otevírací doba denních stacionářů. Maximální hranice úhrady za 1 hodinu poskytování pečovatelské služby je určena Vyhláškou č. 505/2006 Sb. na 130 Kč za hodinu. Pokud není péče poskytována celou hodinu, je suma poměrově krácena podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonů. Za těchto stanovených předpokladů činí náklady na pečovatelskou službu 24 570 Kč za měsíc. [35]

Tabulka 11: *Náklady: Stádium II, varianta II*

Náklady	
Položka	Kč/měsíc
Spotřební vydání	10 167
Pečovatelská služba	24 570
Náklady celkem	34 737

Dopad do rozpočtu domácnosti

Za uvedených podmínek péče o *Osobu X* zasáhne do rozpočtu domácnosti negativně, se ztrátou 18 837 Kč měsíčně. Ročně se jedná o částku 226 044 Kč.

Tabulka 12: *Dopad na rozpočet domácnosti: Stádium II, varianta II*

Dopad na rozpočet domácnosti	
Položka	Kč/měsíc
Příjmy celkem	15 900
Náklady celkem	34 737
Dopad na rozpočet domácnosti	- 18 837

Při uznání PnP ve III. stupni závislosti by se příjmy domácnosti rovnaly 20 300 Kč za měsíc, náklady by zůstaly nezměněny. Celkově by tedy v rozpočtu domácnosti scházelo 14 437 Kč měsíčně.

Varianta III

Další možností, která se v této fázi onemocnění nabízí, je nahrazení pečovatelské služby službou denního stacionáře. Osoba X pobývá v zařízení denního stacionáře v rámci běžné otvírací doby této služby, která se klasicky rovná 9 hodinám denně. Tedy 9 hodin každý pracovní den, což je doba odpovídající době využití pečovatelské služby ve *variantě II*. V modelové situaci *Osobu X* do denního stacionáře dováží osoba blízká za náklady, které vzhledem ke složitosti jejich určení nebudeme brát v úvahu. Strava *Osoby X* je zajištěna v rámci služeb denního stacionáře v rozsahu 3 hlavních jídel denně za úhradu 170 Kč denně (maximální výše určená Vyhláškou č. 505/2006 Sb.). Cena za stravu v rámci domácnosti (o víkendech a svátcích) bude poměrově odečtena při zachování požadavku 3 hlavních jídel denně. [35]

Příjmy

Příjmy domácnosti jsou totožné s příjmy uvedenými v *Tabulce 8* o celkové výši 15 900 Kč měsíčně.

Náklady

Maximální výše úhrady za službu denního stacionáře je stanovena Vyhláškou č. 505/2006 Sb. na hodnotu 130 Kč/hod. S využitím této služby v rozsahu 9 hodin denně po dobu 21 pracovních dní v měsíci činí náklady na službu denního stacionáře 24 570 Kč za měsíc. [35]

Spotřební vydání na 1 důchodce za potraviny a nealkoholické nápoje činilo v roce 2016 celoročně 29 244 Kč. Suma za 1 měsíc tak činila 2 437 Kč, za 1 den 80 Kč. V roce 2016 bylo celkem 252 pracovních dnů. V těchto dnech byla strava poskytována prostřednictvím služeb denního stacionáře, ve zbylých 113 dnech stravu zajišťovala dcera *Osoby X*. Při průměrném počtu 30 dní v měsíci je 21krát zajištěna strava prostřednictvím služby denního stacionáře s náklady 3 570 Kč měsíčně a po dobu 9 dnů v měsíci je strava poskytována dcerou v domácnosti o nákladech 720 Kč měsíčně. Celkové spotřební vydání (původně 10 167 Kč/měsíc) je tedy sníženo o potraviny a nealkoholické nápoje ve 21 pracovních dnech, kdy je zajišťuje služba denního stacionáře. Celková suma spotřebního vydání je po odečtení 8 450 Kč za měsíc. Do nákladových položek je tedy zahrnuto právě zajištění stravy v rámci služeb denního stacionáře o částce 3 570 Kč/měsíc. [84]

Tabulka 13: Náklady: Stádium II, varianta III

Náklady	
Položka	Kč/měsíc
Spotřební vydání	8 450
Denní stacionář	24 570
Strava (denní stacionář)	3 570
Náklady celkem	36 590

Dopad do rozpočtu domácnosti

Dopad do měsíčního rozpočtu domácnosti v tomto případě znamená ztrátu 20 690 Kč za měsíc, v případě uznaného PnP III. stupně závislosti ztrátu 16 290 Kč měsíčně.

Tabulka 14: Dopad na rozpočet domácnosti: Stádium II, varianta III

Dopad na rozpočet domácnosti	
Položka	Kč/měsíc
Příjmy celkem	15 900
Náklady celkem	36 590
Dopad na rozpočet domácnosti	- 18 837

Varianta IV

V případě, že skutečnosti brání tomu, aby *Osoba X* pobývala ve vlastním sociálním prostředí, je tato osoba umístěna do zařízení pobytových sociálních služeb. Tato situace může nastat, pokud se osoby blízké nemohou o *Osobu X* postarat, ať již z časové vytíženosti, vzdálenosti či nezájmu nebo z důvodu, že *Osoba X* žádné osoby blízké nemá. Uvedený procesní model vychází z předpokladu, že nejvhodnějším pobytovým zařízením pro osoby s ACH je domov se zvláštním režimem. V něm *Osoba X* tráví veškerý čas, tedy 365 dní v roce. Případné dny, které by *Osoba X* mohla trávit mimo DZR nebudou vzhledem k absenci jakýchkoliv odhadů brány v potaz. V DZR jsou *Osobě X* poskytovány veškeré potřebné služby: sociální, ošetrovatelské, lékařské, zajištění odpovídající stravy, ubytování aj. *Osoba X* má dle odborných názorů v tomto modelu nárok na PnP ve výši 8 800 Kč měsíčně, tedy je jí přiznán III. stupeň závislosti.

Příjmy

Příjmy *Osoby X* se rovnají součtu příjmů z kombinovaného důchodu (11 500 Kč/měsíc) a PnP pro III. stupeň závislosti ve výši 8 800 Kč měsíčně.

Tabulka 15: Příjmy: Stádium II, varianta IV

Příjmy	
Položka	Kč/měsíc
Kombinovaný důchod (starobní + vdovský)	11 500
Příspěvek na péči	8 800
Příjmy celkem	20 300

Náklady

Určení nákladů na služby poskytované v DZR je obtížnější, jelikož se zařízení liší svými zřizovateli, tedy i hrazení péče v nich je rozdílné. V ČR na konci roku 2016 fungovalo 307 DZR o celkové kapacitě 17 784 lůžek. Z tohoto počtu bylo 0 DZR státních, 183 pod správou samosprávních územních celků (obcí a krajů), 23 církevních a 101 tzv. ostatních. Za zřizovatele s označením „ostatní“ považujeme soukromé

zřizovatele. Zřizovatel je důležitý z hlediska hrazení poskytovaných služeb. Pokud je v DZR umístěna osoba s nárokem na PnP, připadá PnP automaticky v celé výši poskytovateli této péče, a to bez rozdílu zřizovatele. Zákon č. 108/2006 Sb. dále určuje, že po odečtení úhrady za ubytování a stravu v zařízeních DZR musí zbýt ubytované osobě alespoň 15 % jejího příjmu (PnP se do příjmu nezapočítává). Vyhláška č. 505/2006 Sb. dále uvádí, že výše maximální úhrady za 1 den je 210 Kč (zahrnuto ubytování, úklid, praní, žehlení atd. včetně provozních nákladů) a za celodenní stravu maximální úhradu ve výši 170 Kč denně. V případě, že by uživateli služby po uhrazení ubytování a stravy nezbylo zákonem uvedených 15 %, je poskytovatel povinen částku požadovanou k uhrazení dle požadavků snížit. Právě zde dochází v rozdílech úhrad péče různými zřizovateli. V DZR zřizovaných státem, samosprávně územními celky a církví nebude po uživateli služby či jeho rodině požadováno žádné doplácení péče. Částka neuhrazená klientem vzniklá z důvodu dodržení legislativních požadavků, však neznamena, že by bylo poskytování služby pro zřizovatele levnější. Chybějící finance hradí zřizovatel z několika zdrojů. Mezi tyto zdroje patří provozní dotace poskytované obcí či dotace ze státního rozpočtu. O ty smí poskytovatel žádat v případě, kdy je zařazen do tzv. střednědobého plánu sociálních služeb. V případě soukromého zřizovatele, který taktéž musí dodržovat legislativu, však financování prostřednictvím dotací nepřichází v úvahu. Na ně nemá soukromý poskytovatel dle zákona nárok. Proto se u pobytových sociálních zařízení se soukromým zřizovatelem často setkáváme s požadavkem na uhrazení tzv. „sponzorského daru/spoluúčasti rodiny/spoluúčasti osoby blízké“. Prostřednictvím těchto položek zřizovatel vyrovnává finanční rozdíly, které mu při poskytování služby vzniknou. Výši „spoluúčasti osoby blízké“ si zřizovatel sám stanoví bez jakýchkoli omezení. Pohybuje se v rámci tisíců Kč/měsíc (3-20 tis. Kč/měsíc) a odvíjí se např. od lokality či předpokládaného zastoupení movitých klientů. V případě, že by byl poskytovatel služby nucen snížit výši úhrady od uživatele kvůli požadavku zůstatku 15 % z příjmů, připočítává si soukromý zřizovatel rozdíl, který takto vznikne ještě k určené výši daru. [34] [35] [79]

V tomto procesním modelu uvažujeme, že má měsíc 30 dní. Celkové náklady (maximální) za pobyt a za stravu dle legislativy budou následující:

Tabulka 16: Úhrady DZR: Stádium II, varianta IV

Přehled úhrad DZR			
Položka	Počet dní	Výše úhrady v Kč/den	Výše úhrady v Kč/měsíc
Ubytování	30	210	6 300
Strava	30	170	5 100
Úhrada celkem			11 400

Pro porovnání jsou uváděny dvě varianty zřizovatelů. V první variantě *Osoba X* využívá služeb DZR zřizovaného obcí, ve variantě druhé pak služeb DZR se soukromým zřizovatelem.

Za příjmy *Osoby X* je považován kombinovaný důchod ve výši 11 500 Kč/měsíc a PnP ve III. stupni závislosti ve výši 8 800 Kč/měsíc. Za pobytové služby a stravu může dle legislativy *Osoba X* uhradit maximálně 85 % ze svých příjmů, tedy v tomto případě částku maximálně ve výši 9 775 Kč měsíčně.

V případě, že je zřizovatelem poskytovatele služby obec, jsou náklady *Osoby X* za ubytování, služby a stravu 9 775 Kč měsíčně. To znamená, že poskytovatel musel vzhledem k legislativě snížit nárok na úhradu od klienta o 1 625 Kč za měsíc. *Osobě X* zbyde 15 % z jejích příjmů, tedy 1 725 Kč. Současně poskytovateli připadá PnP v celé výši 8 800 Kč měsíčně.

Tabulka 17: Náklady DZR zřizovatel obec: Stádium II, varianta IV

Náklady DZR – zřizovatel obec	
Položka	Kč/měsíc
Požadovaná úhrada	11 400
Maximální úhrada od osoby X (85 % příjmů)	9 775
Příspěvek na péči	8 800
Náklady celkem	18 575

Při využití služeb DZR se soukromým zřizovatelem je po *Osobě X* požadováno zaplacení úhrady ve výši 85 % jejích příjmů tedy 9 775 Kč za měsíc. Dále je po *Osobě X*, respektive po osobách jí blízkých, požadována úhrada „spoluúčast osoby blízké“ ve výši 7 940 Kč měsíčně. Tato částka je stanovena na základě odborných názorů poskytovatelů péče jako částka průměrná. V uvedené situaci, kdy musí poskytovatel odečíst úhradu od klienta ve výši 1 625 Kč je tato částka požadována k zaplacení po osobě blízké *Osobě X*. Celkově tedy náklady za péči poskytovanou v DZR soukromým zřizovatelem za jeden měsíc činí 19 340 Kč. PnP v celé výši přísluší poskytovateli pobytových sociálních služeb.

Tabulka 18: Náklady DZR soukromý zřizovatel: Stádium II, varianta IV

Náklady DZR – soukromý zřizovatel	
Položka	Kč/měsíc
Požadovaná úhrada	11 400
Maximální úhrada od osoby X (85 % příjmů)	9 775
Spoluúčast osoby blízké	7 940
Doplatek vzniklý snížením úhrady od osoby X	1 625
Příspěvek na péči	8 800
Náklady celkem	28 140

Dopad do rozpočtu domácnosti

Pokud *Osoba X* nevyužije žádné další zpoplatněné fakultativní služby (kadeřník, doprava do města, masáž aj.) a její náklady budou odpovídat pouze uvedeným položkám, zbyde jí u obecního zřizovatele DZR měsíčně částka 1 725 Kč, tedy 15 % z jejích příjmů, které stanovuje zákon.

V případě využití služeb soukromého DZR zbyde oficiálně *Osobě X* částka totožná (1 725 Kč měsíčně). Avšak dopad do rozpočtu domácnosti, za který se nadále považuje domácnost dcery a jejího manžela, zasáhne povinnost zaplatit rozdíl v úhradě péče a úhrada spoluúčasti osoby blízké. V rozpočtu domácnosti se hrazení péče u soukromého zřizovatele ZDR měsíčně projeví ztrátou 7 840 Kč.

Tabulka 19: Dopad na rozpočet domácnosti: Stádium II, varianta IV

Dopad na rozpočet domácnosti	
Položka	Kč/měsíc
Příjmy celkem	20 300
Náklady celkem – DZR zřizovatel obec	18 575
Náklady celkem – DZR soukromý zřizovatel	28 140
Dopad na rozpočet domácnosti – DZR zřizovatel obec	1 725
Dopad na rozpočet domácnosti – DZR soukromý zřizovatel	-7 840

Stádium III

Ve třetím stádiu onemocnění, tedy těžké demenci uvažujeme u *Osoby X* taktéž s využitím pobytového sociálního zařízení, konkrétně DZR.

Položky, které budou mít dopad do rozpočtu domácnosti, budou tedy totožné jako ve *IV. variantě stádia II*, viz *Tabulka 19*.

V této fázi onemocnění bývá, dle odborných názorů, *Osoba X* již v takovém stavu, že nezvládá 9-10 z 10 určených životních potřeb. Získá tak nárok na PnP ve IV. stupni závislosti ve výši 13 200 Kč měsíčně. I přesto, že bude zachována potřeba využití stejné služby ve stejném rozsahu, jako tomu bylo u *II. stádia nemoci, varianty péče IV*, bude dopad do rozpočtu domácnosti totožný jak u soukromého zřizovatele, tak u DZR jehož zřizovatelem je obec. Rozdíl i přes vyšší PnP nenastane, jelikož dle zákona celá jeho výše náleží poskytovateli pobytové péče. U *Osoby X* v tomto stavu sice dochází k navýšení nákladů za poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče, která zahrnuje výkony zdravotnického personálu, zdravotnické prostředky a léčiva. Tyto položky jsou však propláceny z veřejného zdravotního pojištění zdravotními pojišťovnami, tudíž do rozpočtu domácnosti tato potřeba nikterak nezasáhne.

Terminální stádium

Terminální stádium je obecně považováno za dobu trvající 1 rok, před skončením života nemocného. V návaznosti na *III. stádium* budeme předpokládat, že je osoba umístěna v DZR. V této fázi onemocnění však významně vzrůstají nároky na poskytování kvalifikované zdravotní péče, převážně pak péče paliativní. *Osoba X* pobírá PnP ve výši 13 200 Kč pro IV. stupeň závislosti. U procesního modelu tohoto stádia ACH je uvažována doba posledních 6 měsíců života *Osoby X*, ve které má *Osoba X* nárok na paliativní péči. Formou poskytování paliativní péče je využití služeb hospicové péče.

Varianta I

Osoba X bude přemístěna z DZR do pobytového zdravotnického zařízení. Dle strategie P-PA-IA by měl být tímto zařízením lůžkový hospic. Nicméně v ČR jsou pacienti s ACH v terminálním stádiu do těchto zařízení těžko umístitelní. Kapacita hospiců je zaplňována především osobami s onkologickým onemocněním, kterým hospice dávají přednost. Vzhledem k těmto faktům je *Osoba X* v tomto procesním modelu hospitalizována na oddělení LDN. Zde je jí poskytnuta veškerá potřebná zdravotní péče, ale i péče sociální, psychická a duchovní. Vzhledem k faktu, že se jedná o zdravotnické zařízení, je zdravotní péče a vše s ní spojené hrazeno z veřejného zdravotního pojištění. Osoba, která je hospitalizována ve zdravotnickém zařízení, ztrácí po dobu hospitalizace nárok na PnP. V tomto případě je *Osoba X* hospitalizována po dobu posledních 6 měsíců života, kdy tedy nebude mít nárok na vyplacení PnP. Žadatel či příjemce PnP je ze zákona povinen písemně nahlásit nástup i propuštění do nebo ze zdravotnického zařízení. V případě, že toho není schopen, je toto povinen učinit poskytovatel péče uvedený v oznámení o poskytovateli pomoci.

Varianta II

Často se stává, že na posledních několik měsíců/týdnů života přecházejí nemocní z pobytových zařízení dožít do domácího sociálního prostředí. Po tuto dobu bude v této variantě pečující osobou *Osoby X* její dcera, přičemž bude využíváno služeb terénní hospicové služby. Dcera zanechá na tuto dobu zaměstnání. V tomto procesním modelu je tato situace uvažována na dobu posledních 6 měsíců života, na kterou je hospicová péče definována.

Příjmy

Do příjmu domácnosti, ve které žije *Osoba X*, její dcera a manžel dcery je započten PnP ve výši 13 200 Kč a kombinovaný důchod *Osoby X* ve výši 11 500 Kč/měsíc.

Tabulka 20: Příjmy: Terminální stádium, varianta II

Příjmy	
Položka	Kč/měsíc
Kombinovaný důchod (starobní + vdovský)	11 500
Příspěvek na péči	13 200
Příjmy celkem	24 700

Náklady

Mezi nákladové položky považujeme ušlou čistou mzdu pečující osoby ve výši 17 614 Kč měsíčně a spotřební vydání *Osoby X* ve výši 10 167 Kč. Náklady za zdravotní část terénní hospicové péče vzhledem k platbě z veřejného zdravotního pojištění neuvažujeme. Ostatní služby, převážně sociálního charakteru, jsou poskytovány dcerou *Osoby X*. Odlehčovací služby nejsou kvůli krátkodobému časovému rozpětí brány v potaz. V případě potřeby o *Osobu X* na nezbytně dlouhou dobu pečuje zeť *Osoby X* či jiná osoba blízká.

Tabulka 21: Náklady: Terminální stádium, varianta II

Náklady	
Položka	Kč/měsíc
Spotřební vydání	10 167
Ušlá mzda pečující osoby	17 614
Příjmy celkem	27 781

Dopad do rozpočtu domácnosti

Dopad do rozpočtu domácnosti v případě péče zahrnuté v této variantě u terminálního stádia ACH je -3 081 Kč za měsíc. Je předpokládáno, že tato péče je poskytována po dobu 6 měsíců. Pro rozpočet domácnosti se za půl roku jedná o částku -18 486 Kč.

Tabulka 22: Dopad na rozpočet domácnosti: Terminální stádium, varianta II

Dopad na rozpočet domácnosti	
Položka	Kč/měsíc
Příjmy celkem	24 700
Náklady celkem	27 781
Dopad na rozpočet domácnosti	-3 081

3.2.5 Náklady z perspektivy zdravotních pojišťoven

Zdravotní pojišťovny vynakládají za zdravotní péči o klienty trpící Alzheimerovou chorobou nemalé částky.

Dle veřejně dostupných a získaných dat zdravotních pojišťoven (VZP ČR, ZP MV ČR, ČPZP, ZPŠ, OZP) byla vytvořena *Tabulka 23* a *Tabulka 24* znázorňující počet registrovaných pacientů s ACH spolu s náklady na tyto pacienty v letech 2014-2016. V roce 2016 činil celkový počet pacientů s ACH registrovaných u uvedených zdravotních pojišťoven 47 845 pacientů. Náklady na pacienty s Alzheimerovou chorobou rok od roku narůstají. Zmíněné pojišťovny vyplatily na léčbu ACH v roce 2014 částku 962 mil. Kč, v roce 2016 přesáhly náklady 1,2 mld. Kč. V průměru na 1 klienta s ACH u uvedených zdravotních pojišťoven činí roční náklady na zdravotní péči související s ACH 26 559 Kč. Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna a Vojenská zdravotní pojišťovna ČR data neposkytla. [85] [86] [87]

Tabulka 23: Počet pacientů s AN registrovaných u zdravotních pojišťoven

Náklady na pacienty s ACH v mil. Kč			
Rok	2014	2015	2016
VZP ČR	32 037	35 862	38 543
ZP MV ČR	2 561	3 047	3 596
ČPZP	2 835	3 170	3 610
ZPŠ	280	319	370
OZP	1 388	1 556	1 726
Celkem	39 101	43 954	47 845

Tabulka 24: Náklady zdravotních pojišťoven na osoby s ACH

Náklady na pacienty s ACH v mil. Kč			
Rok	2014	2015	2016
VZP ČR	743,2	891,1	965,6
ZP MV ČR	100,2	116,1	148,0
ČPZP	82,0	84,6	112,1
ZPŠ	6,3	6,2	6,4
OZP	30,3	33,9	38,6
Celkem	962,0	1 131,9	1 270,7

Zdravotní pojišťovny hradí v péči o pacienty, kteří trpí ACH, poskytovatelům péče náklady spojené s péčí zdravotní. Tedy hradí i náklady na zdravotní péči vzniklou v zařízení sociálních služeb za splnění stanovených podmínek.

U terénních služeb (domácí péče, hospicová péče) jsou z veřejného zdravotního pojištění, tedy z rozpočtů zdravotních pojišťoven, hrazeny zdravotní úkony

ošetřovatelské, lékařské, diagnostické aj. V rámci ambulantních služeb jsou to pak činnosti vykazované pracovištěm praktických lékařů, neurologů, geriatrů a psychiatrů. Samozřejmostí je proplácení zdravotní péče poskytované ve zdravotnických pobytových zařízeních, ve kterých je pacient s ACH hospitalizován (nemocnice, LDN, psychiatrické léčebny atd.). Hrazeny jsou pak úkony vykázané lékaři či ošetřovatelským personálem provedené v sociálních ambulantních a pobytových zařízeních (denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro seniory, DZR). U pobytových sociálních zařízení je poskytování ošetřovatelské a lékařské péče klientům s ACH nutností. Tuto službu poskytuje ošetřovatelský personál, který je v těchto zařízeních přítomen v průběhu dne a lékařská péče je v převážné většině případů zajištěna docházkou praktických lékařů i lékařů specialistů dle předem smluvených ordinačních hodin.

Mezi položky, které jsou běžně zahrnovány mezi úhrady od zdravotních pojišťoven, patří diagnostická vyšetření: CT, MRI, SPECT, MMSE, vyšetření krve, vyšetření mozkomíšního moku, fyzikální vyšetření lékařem, zdravotnické pomůcky (především inkontinenční pomůcky), léčiva.

3.2.6 Náklady z perspektivy poskytovatele péče

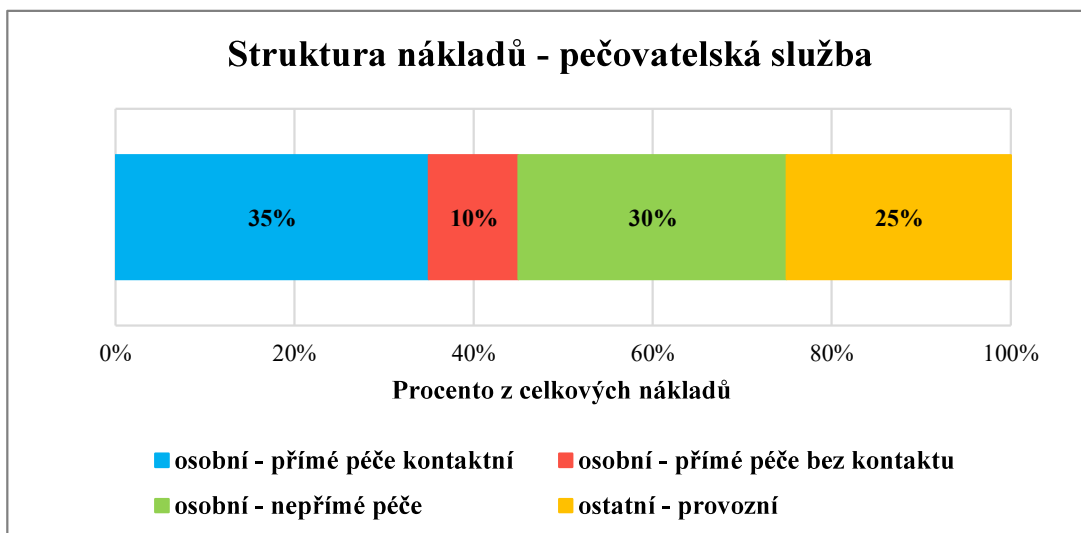
V této kapitole bude uvedena struktura nákladů spojených s poskytováním péče osobám s ACH dle vybraných poskytovatelů. Těmito poskytovateli jsou poskytovatelé terénních a pobytových zařízení sociálních služeb, jejichž služby byly využity v *Kapitole 3.2.1*. Data byla získána z dokumentu MPSV ČR „Kalkulace nákladů sociálních služeb“, který se zabývá problematikou nákladovosti pobytových a terénních/ambulantních sociálních služeb. Jeho nejaktuálnější verze byla zpracována v roce 2014. [88]

Pečovatelská služba

Pečovatelská služba poskytuje služby svým klientům nejčastěji terénní formou a jsou poskytovány dle předem domluvené požadované časové dotace. Z hlediska nákladů se počítají náklady této služby ve vztahu k tzv. kapacitní hodině. Při výpočtu nákladů byla tato služba zahrnuta do kategorie, kdy je pro ideální poskytování služby potřebný jeden klíčový pracovník. Tím je v případě pečovatelské služby přímo ten, který vykonává službu u klienta.

Osobní náklady tvoří dle uvedeného dokumentu 75 % veškerých nákladů pečovatelské služby. Struktura nákladů kapacitní hodiny pro pečovatelskou službu (*Obrázek 13*) byla stanovena následovně: 35 % osobní náklady přímé péče kontaktní, 10 % osobní náklady přímé péče bez kontaktu, 30 % osobní náklady nepřímé péče, 25 % ostatní náklady provozu. V roce 2014 činily celkové náklady na poskytnutí 1 kapacitní hodiny služby 466 Kč. Pro výpočet nákladů v roce 2016 bylo využito valorizační rovnice uvedené

v dokumentu. Dle tohoto vztahu byly náklady na poskytnutí jedné kapacitní hodiny péče v roce 2016 celkově 486 Kč. Vyhláška 505/2006 Sb. stanovuje, že poskytovatel pečovatelské služby může po klientovi žádat maximální úhradu 130 Kč/hodinu. Chybějící finance získává poskytovatel péče formou dotací od obce, kraje či státu nebo formou darů. [88]

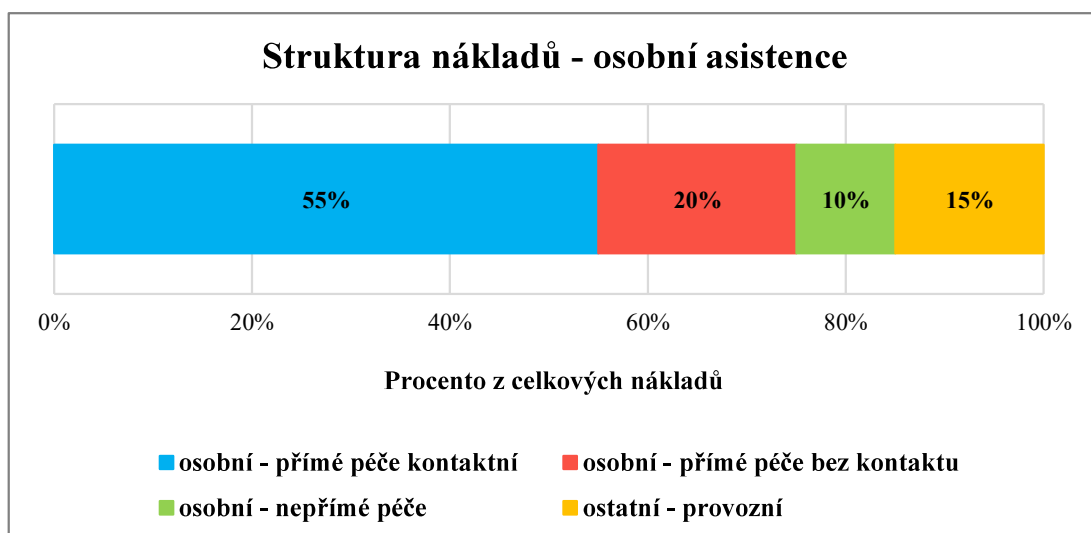


Obrázek 13: *Struktura nákladů – pečovatelská služba*

Osobní asistence

Služba osobní asistence je stejně jako pečovatelská služba zaměřena na poskytování péče osobám, které potřebují pomoc další fyzické osoby většinou terénní formou. Na rozdíl od pečovatelské služby je služba definována úkolově, nikoli časově. Nicméně jak legislativa, tak i dokumenty zabývající se nákladovostí této služby používají pro definování služby osobní asistence vztažené k hodině. I služby osobní asistence byly zařazeny do kategorie, kdy je pro poskytování služby potřebný jeden klíčový pracovník, který vykonává přímou sociální službu.

Osobní náklady tvoří průměrně 85 % z celkových nákladů osobní asistence. Kapacitní hodina osobní asistence je strukturována následovně (*Obrázek 14*): 55 % osobní náklady přímé péče kontaktní, 20 % osobní náklady přímé péče bez kontaktu, 10 % osobní náklady nepřímé péče, 15 % ostatní náklady provozu. Celkové náklady na 1 kapacitní hodinu poskytované služby dle výpočtu v roce 2016 činily 311 Kč. I v tomto případě však Vyhláška 505/2006 Sb. stanovuje maximální možnou výši úhrady ze strany klienta na 130 Kč/hodinu. [88]



Obrázek 14: Struktura nákladů – osobní asistence

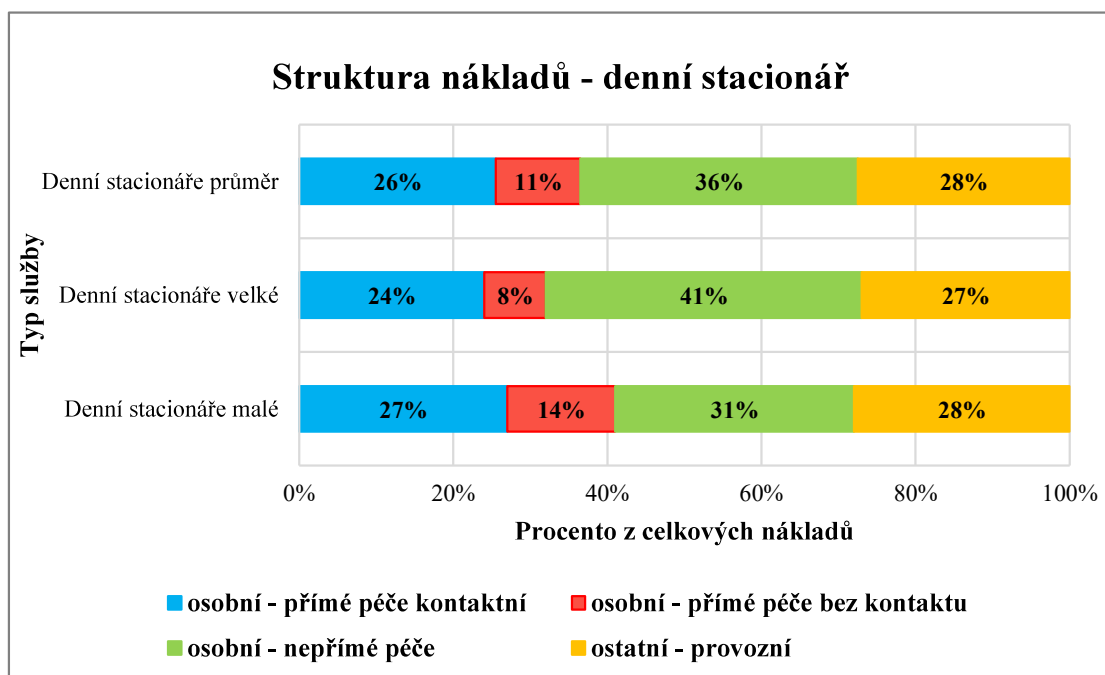
Denní stacionář

Denní stacionář je sociální služba poskytovaná ambulantní formou, kdy klienti navštěvují zařízení v rámci otevíracích hodin. Tyto stacionáře mají běžnou otevírací dobu v pracovních dnech po dobu 9 hodin, tak aby pokryly čas, kdy jsou hlavní pečující osoby v zaměstnání. Klientům denního stacionáře je poskytována péče za maximální úhradu stanovenou legislativou na 130 Kč/hodinu. Dále pak mohou klienti využít zajištění stravy v rozsahu 3 hlavních jídel denně (maximálně 170 Kč/den) nebo oběda (maximální sazba činí 75 Kč/oběd). Poskytovatelé dále nabízejí další možné služby, jako například možnost svozu klientů do zařízení za stanovený poplatek.

Dokument MPSV ČR zařazuje denní stacionáře do kategorie služeb, ve kterých jsou pro poskytnutí ideální péče potřební dva pracovníci, kteří poskytují přímou sociální službu současně. Je tomu tak z důvodu, že v denním stacionáři se pracovníci starají o skupinu lidí, tedy mají na starosti více klientů najednou. Dle strategie P-PA-IA by měl být počet osob ve skupině maximálně 15 při počtu pracovníků 2 a více, dle konkrétních potřeb a náročnosti péče o jednotlivé klienty ve skupině.

Podíl osobních nákladů na celkových nákladech denních stacionářů je 72 %. Celkové náklady na 1 kapacitní hodinu poskytované péče prostřednictvím denního stacionáře jsou ve výše zmíněném dokumentu rozděleny do dvou skupin. Náklady skupiny malých denních stacionářů (kapacita do 10 míst) by dle přepočtu v roce 2016 činily 512 Kč za kapacitní hodinu, velké denní stacionáře (kapacita do 40 míst) 633 Kč za kapacitní hodinu. Průměrně tedy jedna hodina péče poskytované v denním stacionáři vyjde provozovatele služby na 573 Kč. Struktura nákladů v denních stacionářích je znázorněna na *Obrázku 15*. Z něho je patrné, že u tohoto druhu služby už je značně navýšen podíl na náklady spojené s osobními náklady za nepřímou péči. Tato skutečnost je dána způsobem poskytování péče, kdy v těchto zařízeních tráví klienti část dne. Je zde tedy nutné navýšit personál, který zajišťuje např. přípravu stravy, úklid, dopravu

klientů, ale také je nutný větší počet administrativního a řídicího personálu. Osobní náklady zaměstnanců poskytujících přímou péči pak činí v průměru 26 % z celkových nákladů. [88]

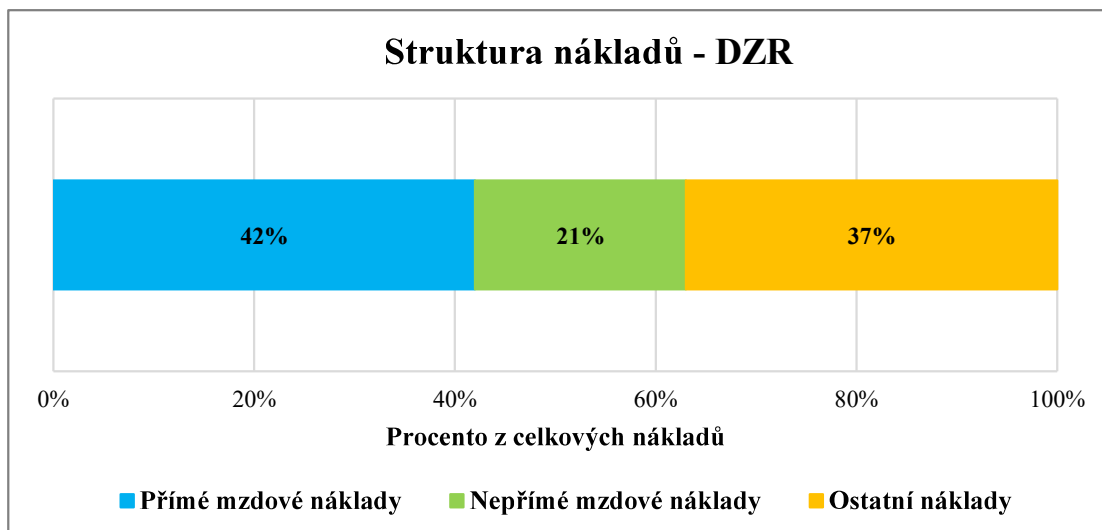


Obrázek 15: Struktura nákladů – denní stacionář

Domov se zvláštním režimem

Domov se zvláštním režimem je pobytové zařízení poskytující primárně sociální služby, přičemž musí být v případě potřeby zajištěno poskytnutí zdravotní služby. S pobytem klientů přes noc souvisí i odlišné nároky na poskytovatele. Ti musí kromě sociální a zdravotní péče zajistit poskytnutí ubytování, stravy a dalších služeb svým klientům. Podíl osobních nákladů činí 63 % z celkových nákladů. U pobytových služeb jsou náklady vztaženy na 1 lůžko za rok nebo za měsíc. Přímé náklady na 1 lůžko za rok byly pro rok 2016 stanoveny na částku 99 776 Kč. Měsíční náklady na 1 lůžko tedy v roce 2016 byly 8 135 Kč. Struktura nákladů je znázorněna na *Obrázku 16*. Osobní náklady tedy činily 63 % z celkových nákladů na poskytování této sociální služby. [88]

Z údajů uvedených ve Statistické ročence MPSV ČR z roku 2017 je patrný rozdíl v ekonomických ukazatelích DZR dle zřizovatele služby. Výrazný je zde rozdíl v příjmech prostřednictvím státních dotací či dotací od zřizovatele, kdy u krajských DZR přesahují příjmy z dotací 39 % z celkových příjmů, 33 % u DZR zřizovaných obcí. U DZR zřizovaných církví a soukromých se dotace podílí na celkových příjmech pouze z 12 %. Na dotace však mají nárok pouze ti zřizovatelé, kteří jsou zařazeni ve střednědobém dobém plánu sociálních služeb. Ostatní zřizovatelé tuto možnost příjmů nemají. V *Tabulce 25* jsou shrnuta hlavní data týkající se DZR, vztažena k roku 2016. K 31. 12. 2016 byla kapacita DZR využívána z 95 %. [79]



Obrázek 16: Struktura nákladů – DZR

Tabulka 25: DZR dle zřizovatele [79]

Zřizovatel	Stát	Kraj	Obec	Ostatní	
				Soukromá	Církevní
Počet zařízení	0	117	66	101	23
Kapacita (počet lůžek)	0	6 921	4 010	6 276	577
Počet klientů při 95% využití kapacity	0	6 575	3 810	5 962	548
Příjmy celkem (v tis. Kč)	0	2 667 435	1 425 171	2 051 290	
Příjmy z úhrad za péči, stravu, pobyt (v % z celkových příjmů)	0	51,5	57,1	65,9	
Příjmy z dotací od státu a zřizovatele (v % z celkových příjmů)	0	39,8	33,3	12,0	
Výdaje celkem (v tis. Kč)	0	2 630 334	1 438 993	2 038 991	
Výdaje neinvestiční (v tis. Kč)	0	2 576 049	1 407 067	1 975 634	

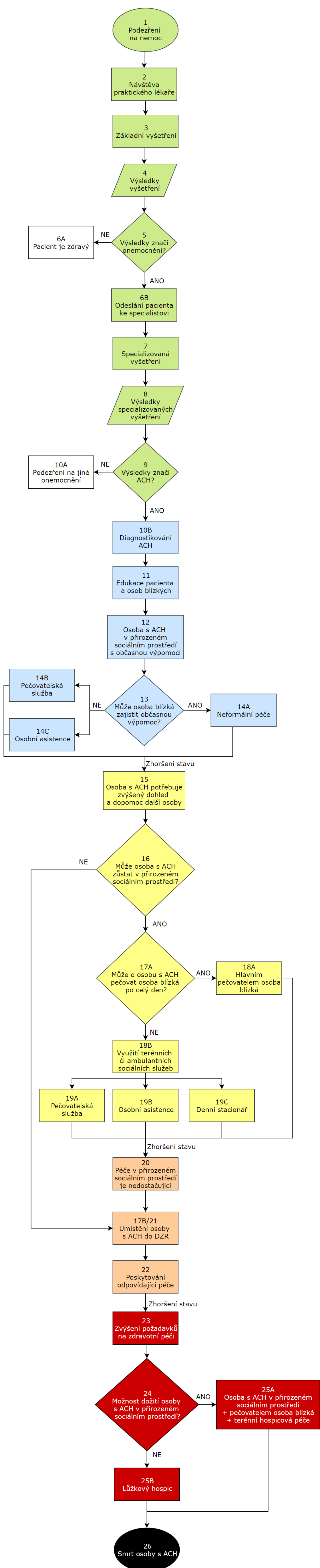
Za předpokladu, že veškeré neinvestiční výdaje byly v roce 2016 použity na uhrazení poskytnuté péče a služeb s ní spojených (zahrnující přímé a nepřímé osobní náklady a náklady spojené s provozem zařízení) a za předpokladu využití kapacity všech DZR bez rozdílu zřizovatele z 95 % jejich kapacity byly výdaje za 1 lůžko na měsíc následující: 32 650 Kč v DZR zřizovaných krajem, 30 780 Kč v DZR zřizovaných obcí a 25 288 Kč v ostatních DZR. Data zvláště pro soukromé DZR a DRZ zřizované církví nejsou k dispozici. Data, ze kterých byly výdaje vypočteny, jsou uvedena v *Tabulce 25*.

3.3 Vývojový diagram

Na základě vytvořených a výše uvedených procesních modelů péče pro jednotlivá stádia ACH byl vytvořen vývojový diagram. Vývojový diagram obsahuje optimální průchod osoby s ACH procesem poskytované péče spolu se zobrazením základních rozhodovacích momentů, kterými by si měla osoba s ACH a její blízcí projít. Diagram je sestaven za dodržení základních principů strategie P-PA-IA a za zajištění maximální možné kvality poskytovaných služeb, a to od stavu, kdy je reálné podezření na onemocnění ACH až po smrt pacienta. Vývojový diagram je zobrazen na *Obrázku 17*.

Jednotlivé fáze ve vývoji ACH jsou ve vývojovém diagramu rozlišeny barevně dle strategie P-PA-IA následujícím způsobem:

- Zelená Stav před diagnostikováním ACH
- Modrá 1. fáze ACH: počínající a mírná demence
- Žlutá 2. fáze ACH: středně pokročilá a rozvinutá demence
- Oranžová 3. fáze ACH: těžká demence
- Červená Terminální stádium
- Černá Smrt osoby s ACH
- Bílá Stavy nesouvisející s ACH



Obrázek 17: Vývojový diagram

Níže jsou stručně popsány jednotlivé body vývojového diagramu.

- 1 V bodu 1 vývojového diagramu hrají podstatnou roli osoby blízké osobě, u které je podezření, že by mohla trpět nějakým onemocněním. Toto podezření může vzniknout, pokud dotyčný trpí poruchou paměti, a to především krátkodobé. Za další signál nemoci mohou blízcí považovat změnu chování dotyčného, výkyvy nálad či poruchu časové a místní orientace. Je potřebné, aby si okolí takovýchto změn všimalo a nepovažovalo je za běžnou součást stárnutí.
- 2 Pokud si osoba sama či jeho blízcí myslí, že může dotyčný trpět nějakým onemocněním, měli by v první řadě navštívit praktického lékaře.
- 3 Praktický lékař provede především důkladnou anamnézu a v ideálním případě zjistí informace o stavu nemocného od blízké osoby. Dále by měl provést základní testy kognitivních funkcí a vyšetření krve.
- 6B Pokud praktický lékař pojme podezření na možnost onemocnění ACH či jinou chorobou, odešle pacienta k lékaři specialistovi. V ČR je to: psychiatr, geriatr či neurolog.
- 7 Specialista provede specializovaná vyšetření, mezi které patří baterie testů. Nejčastěji se jedná o testy kognitivních funkcí jako MMSE test či Test hodin. Mezi další již méně využívané testy lze zařadit škálovací systém Alzheimer's Disease Assessment Scale nebo Disability Assemenet for Dementia. Pro vyloučení jiných příčin nemoci pak specialista předepíše vyšetření CT, MRI, SPECT, PET mozku či odběr mozkomíšního moku.
- 8 Neexistuje žádný test, který by ACH prokázal se stoprocentní přesností, avšak výsledky některých testů mohou na tuto nemoc ukázat. ACH může být definitivně prokázána až pomocí pitvy. ACH je stanovena především na základě vyloučení jiných etiologií demence či jiných poruch nebo onemocnění.
- 10A Výsledky testů mohou ukázat na jiné onemocnění (např. frontotemporální demenci).
- 10B Pokud nebyla prokázána žádná jiná nemoc a výsledky získané při specializovaných testech značí ACH, je tato nemoc diagnostikována. Významným problémem je, že je ACH diagnostikována v počátečních fázích pouze ojediněle.
- 11 Pokud lékař diagnostikuje ACH, měl by edukovat jak nemocnou osobu, tak její rodinu a blízké. Zmínění by měli být seznámeni s nemocí, možnostmi léčby, péče a prognózou do budoucna. ACH je nemoc nevléčitelná. Existují však léky, které průběh nemoci mohou značně

- zpomalit či dokonce na nějakou chvíli zastavit. I z tohoto důvodu je včasné diagnostikování velmi důležité.
- 12 Dle odborných názorů je pro osobu s ACH nejvhodnější, pokud může zůstat ve vlastním sociálním prostředí, a to tak dlouho, dokud to její stav a ostatní okolnosti umožňují. Jedná se o místo bydliště nemocného, ale např. i o domácnost jeho rodiny či blízkých. V první fázi ACH nemocný nepotřebuje neustálý dohled. Stačí pouze občasné zajištění výpomoci (např. větší úklid domácnosti).
 - 13 Blízké osoby si tedy musí klást otázku, zda jsou schopny zmíněnou občasnou výpomoc zajistit.
 - 14A V případě, že osoba blízká může částečně pečovat o osobu s ACH, poskytuje nemocnému tzv. neformální péči.
 - 14B, Pokud okolnosti nedovolují využití neformální péče, je vhodné využít
 - 14C terénních sociálních služeb pečovatelské služby a osobní asistence.
 - 15 S postupem nemoci však nemocný potřebuje nepřetržitou pomoc další osoby, která klade velkou časovou, ale i psychickou zátěž na pečující osoby. Druhá fáze nemoci může trvat i několik let.
 - 16 V této fázi nemoci je na místě se ptát, zda i ve zmíněné situaci může zůstat osoba s ACH v přirozeném sociálním prostředí. Pokud toto nelze zajistit, je nemocný umístěn do pobytového sociálního zařízení specializovaného na péči o osoby s demencí – do domova se zvláštním režimem.
 - 17A Jestliže je uskutečnitelné ponechání nemocného v přirozeném sociálním prostředí, musí se osoby blízké rozhodnout, jaký bude další krok ve výběru péče.
 - 18A V případě, že je osoba blízká schopna poskytovat péči nemocnému v dostatečné kvalitě, a to nepřetržitě a rozhodne-li se, že zanechá kvůli péči o nemocného zaměstnání, stává se z ní hlavní pečující osoba zajišťující neformální péči.
 - 18B Není-li možné využít neformální péče v průběhu celého dne, je vhodné, aby osoba s ACH ve druhé fázi nemoci využívala sociálních služeb terénních či ambulantních.
 - 19A, Terénní sociální službou je pečovatelská služba či osobní asistence.
 - 19B Ta osobě s ACH poskytuje služby po dobu, kdy o nemocného nemůže pečovat osoba blízká, většinou v rámci pracovní doby pečující osoby blízké.
 - 19C Možné je také využít služeb ambulantních, jako jsou denní stacionáře.

- 20 Vzhledem k tomu, že ACH nelze vyléčit, je neodkladné její postupné zhoršování. Postupem času tedy poskytování péče v přirozeném sociálním prostředí bude nedostačující. Stane se tak z toho důvodu, že stav nemocného si žádá zvýšené využití ošetrovatelské a lékařské péče, kterou není možné v domácím prostředí zajistit.
- 17B/ Dojde-li nemoc do tohoto stádia, je vhodné nemocného umístit
21 do domova se zvláštním režimem, kde je mu poskytována veškerá potřebná péče.
- 23 Ani tento stav není udržitelný navždy. Postupně dojde nemoc do stádia terminálního, kdy je hlavní zajistit nemocnému dostatečnou paliativní péči. Terminální stádium trvá maximálně několik měsíců.
- 24 Nemocní si velmi často přejí umírat v domácím prostředí.
- 25A Pokud je to přání nemocného, a pokud má nemocný osobu blízkou, která je ochotna jeho přání splnit, je nemocný přemístěn do přirozeného sociálního prostředí. Zde zpravidla poskytuje sociální péči osoba blízká a paliativní péče je zajištěna hospicovou terénní péčí.
- 25B Pobytovým zařízením, určeným pro umírající osoby je lůžkový hospic. Tato služba by byla vhodná i pro umírající osoby s ACH. V ČR je však kapacita těchto zařízení zaplněna převážně onkologickými pacienty. Pro zajištění dostatečné paliativní péče jsou tak nemocní umísťováni do LDN i přesto, že to není dle strategie P-PA-IA ideální varianta.
- 26 Paliativní péče by měla zajistit, že umírající zemře důstojně a s co nejmenšími bolestmi. Poskytování tohoto druhu péče se zaměřuje i na pomoc pozůstalým.

3.4 Shrnutí výsledků

V této kapitole jsou shrnuty výsledky, které byly v rámci zpracování praktické části práce zjištěny.

Ze *SWOT analýzy* vyplývá, že důležitou roli hraje v poskytování péče a jejím financování MZ ČR a MSPV ČR. Informace spojenou s touto problematikou vychází z praktických zkušeností poskytovatelů péče a ze současného stavu. V něm bylo zmíněno, že tyto dva resorty spolu téměř nespolupracují a v procesu péče o osoby s ACH neexistuje téměř žádná koordinace mezi jejich činnostmi. To se odráží především na zjištěných slabých stránkách systému a na druhé straně možné řešení aktuální situace se projevilo ve volbě příležitostí. Mezi další příležitosti byly zařazeny inspirativní prvky, které byly nalezeny při zpracování současného stavu. Možností implementace těchto prvků do prostředí ČR se diplomová práce vzhledem k obsáhlosti problematiky a nedostatku informací nezabývá. Mezi silné stránky byla zařazena skutečnost, že v posledních letech roste množství poskytovatelů sociální péče zaměřené na osoby s demencí v domovech se zvláštním režimem. Spolu s poskytováním péče souvisí i možnost získání certifikátu kvality poskytované péče certifikátem *Vážka*. Kladně je hodnocena také činnost ČASL, která poskytuje odborné poradenství v problematice Alzheimerovy choroby a vydává dokumenty, které se tímto tématem zabývají. V části zabývající se hrozbami je upozorněno na přibývajícím množství osob s ACH způsobenou stárnutím populace. Se zvyšujícím se množstvím nemocných souvisí do budoucna zvyšování požadavků na péči, množství jejich poskytovatelů a s náročností lidí také zvyšování kvality poskytované péče. Vzhledem k vývoji životního stylu, kdy velké procento lidí věnuje svou energii budování kariéry, lze předpokládat, že bude klesat počet osob, které budou v případě potřeby ochotny o své blízké s ACH pečovat.

Tvorba procesních modelů péče v závislosti na stádiu onemocnění byla uskutečněna především za pomoci odborných názorů poskytovatelů péče. Modely vycházely ze snahy ponechat osobu s ACH co nejdéle v jeho přirozeném sociálním prostředí. Osoby, které zůstávají ve svém vlastním sociálním prostředí mají, dle názoru odborníků, vyšší kvalitu života než ti, kteří jsou umístěni do pobytových zařízení. V případech, kdy to není možné či to již vzhledem k jeho stavu není ideální, nemocný využívá služeb DZR. Pro možné určení příjmů, nákladů a dopadu do rozpočtu domácností ve vztahu k využívané péči o osobu s ACH byla vytvořena dle získaných statistických dat *Osoba X*.

Celkem bylo vytvořeno 11 procesních modelů péče. Stručný přehled všech vytvořených procesních modelů péče v jednotlivých fázích nemoci je uveden v *Tabulce 26*. V tabulce je uveden stručný popis péče a finanční stránka jednotlivých využitých služeb. Jsou v ní zobrazeny celkové příjmy a výdaje domácností, ve kterých žije *Osoba X* a celkový dopad do rozpočtu způsobený pouze započtením položek spojených s poskytnutou péčí. Všechny tyto údaje jsou spočteny za 1 měsíc.

Tabulka 26: Přehled procesních modelů péče

Stádium ACH	Procesní model péče	Stručný popis	Výše PnP (Kč/měsíc)	Příjmy domácnosti celkem (Kč/měsíc)	Výdaje domácnosti celkem (Kč/měsíc)	Dopad do rozpočtu domácnosti (Kč/měsíc)
Stádium I	Varianta I	<ul style="list-style-type: none"> Osoba X v domácnosti sama Pečovatelská služba 	880	12 380	10 787	1 593
	Varianta II	<ul style="list-style-type: none"> Osoba X v domácnosti sama Osobní asistence 	880	12 380	11 929	451
Stádium II	Varianta I	<ul style="list-style-type: none"> Domácnost: Osoba X, dcera, manžel dcery Pečující osoba – dcera Dcera zanechala zaměstnání Odlehčovací služby 	4 400	15 900	29 425	-13 525
			8 800	20 300	29 425	-9 125
	Varianta II	<ul style="list-style-type: none"> Domácnost: Osoba X, dcera, manžel dcery Pečující osoba – dcera Pečovatelská služba v době výkonu zaměstnání dcery 	4 400	15 900	34 737	-18 837
			8 800	20 300	34 737	-14 437
	Varianta III	<ul style="list-style-type: none"> Domácnost: Osoba X, dcera, manžel dcery Pečující osoba – dcera Denní stacionář v době výkonu zaměstnání dcery Úprava nákladů za stravu 	4 400	15 900	36 590	-20 690
			8 800	20 300	36 590	-16 290
	Varianta IV a)	<ul style="list-style-type: none"> DZR – zřizovatel obec 	8 800	20 300	18 575	1 725
	Varianta IV b)	<ul style="list-style-type: none"> DZR – soukromý zřizovatel 	8 800	20 300	28 140	-7 840
Stádium III	Varianta I a)	<ul style="list-style-type: none"> DZR – zřizovatel obec 	13 200	24 700	22 975	1 725
	Varianta I b)	<ul style="list-style-type: none"> DZR – soukromý zřizovatel 	13 200	24 700	32 540	-7 840
Terminální stádium	Varianta I	<ul style="list-style-type: none"> LDN 	-	11 500	-	11 500
	Varianta II	<ul style="list-style-type: none"> Domácnost: Osoba X, dcera, manžel dcery Pečující osoba – dcera Dcera zanechala zaměstnání Terénní hospicové služby 	13 200	24 700	27 781	-3 081

Za příjmy do rodinného rozpočtu jsou v procesních modelech považovány starobní důchod kombinovaný s vdovským *Osoby X* o celkové výši 11 500 Kč měsíčně a příspěvek na péči ve výši závislé odvíjející se od přiznaného stupně závislosti (880 Kč/4 400 Kč/ 8 800 Kč/13 200 Kč za měsíc). Na PnP nemá *Osoba X* nárok v terminálním stádiu nemoci ve variantě procesního modelu péče I, kdy bylo zvoleno poskytování péče ve zdravotnickém zařízení LDN. Zde je *Osoba X* hospitalizována po dobu 6 měsíců do své smrti. V tomto případě je veškerá péče hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

Nákladové položky zahrnují náklady spojené s poskytovanou péčí. Dále v případě využití neformální péče či služeb terénních (pečovatelská služba, osobní asistence) jsou do položkových nákladů započtena spotřební vydání na osobu pobírající starobní důchod ve výši 10 167 Kč měsíčně. Pro výpočet nákladů na poskytovanou péči byla použita statistická data a dále pak maximální možné sazby pro sociální péči stanoveny Vyhláškou č. 505/2006 Sb. Částka 10 167 Kč na spotřební vydání byla převzata ze statistiky Českého statistického úřadu vztažena k roku 2016. Spotřební vydání zahrnují základní výdaje osoby na potraviny, nápoje, nájemné, energie, drobné opravy, ošacení, dopravu, léky, telekomunikaci atd. Částka je poměrově krácena u II. stádia nemoci II. varianty péče o částku připadající na potraviny a pití v rámci pracovních dní. V tyto dny *Osoba X* využívá služeb denního stacionáře, který *Osobě X* zajišťuje stravu v rozsahu 3 hlavních jídel denně o měsíčních nákladech 3 570 Kč/měsíc. V této variantě byla tedy výše spotřebního vydání 8 450 Kč/měsíc. Se spotřebním vydáním se dále nepočítá v procesních modelech, ve kterých je využíváno pobytových sociálních služeb v zařízeních DRZ a ve zdravotnickém zařízení LND. Zde jsou do nákladů započteny veškeré náklady na poskytnutí této péče.

Jak je znatelné z *Tabulky 26*, péče, která je potřebná věnovat osobě s ACH, má velký dopad do rozpočtu domácnosti, ve kterých nemocná osoba žije. Na konci měsíce zůstává rozpočet domácnosti bez ztráty pouze v případě, kdy je nemocný v počátečním stádiu onemocnění, tzn. ve stádiu I. Ve všech dalších fázích onemocnění je poskytovaná péče velmi nákladná a měsíční ztráty rozpočtů se pohybují v řádech tisíců Kč. Výjimku tvoří péče poskytovaná ve zdravotnickém zařízení LDN, jelikož je veškerá péče hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Další možností, kde péče nezasáhne záporně do rozpočtu je využití služeb DZR zřizovaného obcí (nebo krajem). Zde musí dle zákona zbýt osobě, které je poskytována péče minimálně 15 % z jejích příjmů. Proto je měsíční zůstatek v rozpočtu domácnosti totožný ve II. i III. fázi onemocnění. Ve všech ostatních procesních modelech znamenal dopad do rozpočtu domácností za 1 měsíc značnou zátěž pro osoby blízké. Nejznatelnější úbytek financí znamenal využití služeb pečovatelské služby a denního stacionáře ve II. fázi onemocnění, kdy se o *Osobu X* nemohla postarat dcera, která dále chodila do zaměstnání. V případě přiznaného PnP ve 2. stupni závislosti byl měsíční rozpočet přečerpan o částku 18 837 Kč za pečovatelskou službu a dokonce 20 690 Kč za službu denního stacionáře.

Znatelný je i rozdíl v nákladech za služby DZR, jehož zřizovatelem je obec a DZR, jehož zřizovatel je soukromý. V prvním případě dopad do rozpočtu činil +1 725 Kč/měsíc, ve druhém pak -7 840 Kč/měsíc.

Při zjišťování nákladů, které vznikají v rámci poskytování zdravotní péče osobám trpícím Alzheimerovou chorobou, bylo využito dat z veřejně přístupných zdrojů a dále pak dat, která na podnět žádosti poskytly zdravotní pojišťovny. Data byla získána od 5 ze 7 zdravotních pojišťoven, konkrétně od Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR, České průmyslové zdravotní pojišťovny, Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny Škoda a Oborové zdravotní pojišťovny zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví. Nepodařilo se získat data od Vojenské zdravotní pojišťovny ČR a dále pak Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny. Z dat zbývajících 5 pojišťoven je patrné, že počet osob s diagnostikovanou ACH narůstá (viz *Tabulka 23*) V roce 2014 jich bylo registrováno 39 101, v roce 2016 pak počet stoupl na 47 845. Se vzrůstajícím počtem registrovaných pojištěnců s ACH rostou i náklady zdravotních pojišťoven spojené s poskytováním zdravotní péče jejich klientů. V roce 2016 přesáhly náklady na osoby s ACH 1,27 mld. Kč.

Pro zjištění nákladů poskytovatelů sociální péče lidem s ACH bylo využito dokumentu MPSV ČR – Kalkulace nákladů sociálních služeb. Zde byly uvedeny zjištěné náklady jednotlivých poskytovatelů rozčleněny na poskytovatele terénní a ambulantní péče a na poskytovatele péče pobytové. Náklady první uvedené skupiny jsou vztaženy na 1 kapacitní hodinu péče, náklady pobytových služeb se pak stanovují na 1 lůžko za rok či měsíc. Náklady byly stanoveny pro rok 2014 s doporučením postupu výpočtu pro rok 2016. Konkrétně jsou v této práci uvedeny náklady těch poskytovatelů sociálních služeb, jejichž služby byly využity ve vytvořených procesních modelech, tedy: pečovatelská služba, služba osobní asistence, denní stacionář a DZR se soukromým zřizovatelem a zřizovatelem obecním.

Náklady pečovatelské služby na 1 kapacitní hodinu péče činí 486 Kč, z toho 75 % nákladů tvoří náklady osobní. U služeb osobní asistence osobní náklady tvoří až 85 % veškerých nákladů při kapacitních nákladech na 1 hodinu péče o částce 311 Kč. Služba denního stacionáře poskytuje 1 kapacitní hodinu péče za 433 Kč s osobními náklady 72 %. U zmiňovaných služeb je však stanovena maximální výše úhrady Vyhláškou č. 505/2006 Sb. od klienta za 1 hodinu péče na 130 Kč. V DZR jsou průměrné náklady tímto dokumentem stanoveny za 1 lůžko a měsíc na 8 135 Kč. Dle legislativy však mohou zřizovatelé DZR žádat po klientovi úhradu za péči a stravu o maximální hodnotě 85 % příjmů klienta za měsíc. Rozdíly, které ve financování péče vznikají, jsou pak hrazeny formou dotací či od plateb osob blízkých, darů atd. Při udělování dotací je zřetelný rozdíl v poskytovateli služby. U DZR zřizovaných krajem tvořili dotace 39 % z celkových příjmů, u DZR jejichž zřizovatelem je obec, pak tyto příjmy dosahovaly 33 % a u soukromých DZR pouze 12 % z celkových příjmů. U poskytovatelů pečovatelské služby, denního stacionáře a DZR může být poskytována klientům i strava

při maximální úhradě stanovené legislativou na 170 Kč/den za 3 hlavní jídla nebo 75 Kč/den za oběd. Ze statistických údajů MPSV ČR dále vyplývají rozdíly v nákladech za 1 lůžko na měsíc v závislosti na zřizovateli. V DZR zřizovaných krajem činí náklady na 1 lůžko a měsíc 32 650 Kč, obcí zřizované DZR provozují pak lůžko měsíčně s náklady 30 780 Kč a DZR s ostatními zřizovateli (církve a soukromý zřizovatel) dokáží náklady za 1 lůžko na měsíc snížit až na 25 288 Kč. Tyto částky se mezi sebou značně liší a rozdíl mezi těmito reálnými částkami a částkou vypočtenou dle vzorce MPSV ČR je taktéž velmi výrazný.

Vývojový diagram představuje průchod osoby s ACH procesem péče v rámci ČR vytvořený na základě uvedených jednotlivých procesních modelů. Uvedený postup systémem péče splňuje kritéria strategie P-PA-IA od podezření na nemoc až po smrt osoby s ACH. Proces tak, jak je znázorněn na vývojovém diagramu, představuje ideální využití služeb nabízených v ČR. Nicméně vzhledem k výše uvedeným procesním modelům je zřejmé, že poskytování vhodné a kvalitní péče je velmi finančně nákladné, jak pro poskytovatele, plátce, ale především pro nemocné a jejich blízké. Dlouhodobě je tedy poskytování takovéto péče především finančně neudržitelné a se zvyšujícím se množstvím nemocných trpících ACH se bude tato situace zhoršovat.

4 Diskuze

Tato kapitola je věnována diskuzi nad zjištěnými informacemi z teoretické části a nad výsledky získanými při zpracování části praktické. Uváděné informace byly získány z citované literatury a především při rozhovorech s poskytovateli péče. Diskuze je pro lepší orientaci rozdělena na diskuzi k teoretické části a na diskuzi k praktické části práce.

Diskuze k teoretické části

Bylo zjištěno, že některé ze služeb poskytovaných a využívaných v ČR nejsou vzhledem k povaze nemoci zcela vhodné. Příkladem nevhodné, přesto hojně využívané služby jsou sociální pobytová zařízení – domovy pro seniory. Tato zařízení nejsou ve většině případů přizpůsobena specifickým potřebám osob trpících ACH. Osoby s ACH by měly být primárně umísťovány do specializovaných domovů se zvláštním režimem, či do domovů pro seniory, které mají zvláštní oddělení určená pro osoby s ACH či jinou formou demence. Klasické domovy pro seniory jsou nevhodné např. kvůli skutečnosti, že domovy pro seniory nejsou z legislativního hlediska povinny zajistit kontrolovaný vstup a odchod osob do a ze zařízení. To v případě člověka trpícího ACH může mít fatální důsledky. Je zde reálné nebezpečí, že osoba s ACH umístěná v takovémto zařízení nekontrolovaně toto zařízení opustí. Tito klienti mohou být prostorově i časově dezorientovaní. Hrozí tedy, že vzhledem ke svému stavu vůbec netuší, kde se nachází, nebo nedokáží určit, jak dlouho jsou mimo zařízení či nejsou schopni najít cestu zpět. To pak může vést například k podchlazení nemocného, komplikacím vzniklým neužitím léků. Existuje i reálná možnost nebezpečí účasti např. na automobilové nehodě. Pokud bychom tuto situaci považovali za reálnou, bylo by jistě nutné upozornit na vzniklý problém složky integrovaného záchranného systému. V důsledku toho by vznikly mimořádné náklady spojené s poskytováním péče o osobu s ACH v mezioborové úrovni. Další skutečnost ukazující na nevhodnost umístění osoby s ACH do domova pro seniory je fakt, že v těchto zařízeních je na 1 lůžko průměrně 0,74 pracovníka. U domovů se zvláštním režimem pak kvůli zvýšené potřebě péče umístěných osob připadá na 1 lůžko 1 pracovník. I přes uvedené skutečnosti dle údajů ČALS z roku 2015 tvoří až 70 % klientů ubytovaných v domovech pro seniory osoby trpící demencí, tedy více než 16 % osob z celkového počtu lidí trpících demencí. V domovech se zvláštním režimem je pak umístěno okolo 9 % osob s demencí. [3]

Lidem s ACH v terminálním stádiu nemoci by měla být poskytována taková péče, která dostatečně pokryje zvýšenou náročnost zdravotní péče, především paliativní. V této fázi nemoci hrají významnou roli léky tlumící bolest a je nutností zajištění ošetrovatelské, lékařské, ale i sociální péče na dostatečné úrovni. Tato péče by měla být zajišťována ideálně formou hospicových služeb ať již terénních či pobytových. Jedná se o zdravotnická zařízení. Nicméně v ČR bylo v roce 2016 k dispozici pouze 468 lůžek

hospicové péče. Dle poskytovatelů péče je ale situace v ČR taková, že lidé s ACH nemají téměř možnost být umístěni v pobytových hospicích. Do těchto zařízení jsou umisťovány převážně osoby v terminálních stádiích onkologických onemocnění. Proto v mnoha případech dochází k umisťování osob trpících ACH v konečné fázi života nejčastěji do LDN. V LDN je pacientům poskytována dostatečná péče, ačkoli se nejedná o péči dle strategie P-PA-IA zcela ideální. V procesních modelech pro terminální stádium byla vytvořena a nákladově spočítána varianta umístění *Osoby X* na oddělení LDN. Nicméně ve vývojovém diagramu byl uveden lůžkový hospic vzhledem k ideálnímu poskytnutí péče. Další variantou péče v terminálním stádiu bylo umístění umírajícího pacienta do domácího prostředí za využívání terénní formy hospicové péče. Tato varianta byla určena vzhledem k výsledkům výzkumu agentury STEM/MARK z roku 2013, kdy 78 % dotázaných Čechů uvedlo, že si přeje zemřít doma. Ve skutečnosti ale 60 % lidí umírá v nemocnici a 9 % v ústavech dlouhodobé péče. [89] [90] [91]

V procesu péče o osoby s ACH hraje výraznou roli ve všech zemích světa poskytování neformální péče. Avšak data týkající se neformální péče jsou značně odlišná v závislosti na kulturních a společenských rozdílech či demografii a jedná se převážně o expertní odhady. Dle OECD tvoří poskytování neformální péče v celkovém množství dlouhodobé péče 70–90 %. Společnost Alzheimer Europe ve své ročence uvádí, že v České republice v roce 2013 využívalo neformální péči okolo 100 000 lidí s demencí, přičemž na 1 nemocného připadali dle odhadů 2-3 pečující. Nejčastěji jsou neformálními pečovateli děti, partneři, ale i přátelé či sousedé osob, kteří péči potřebují. Ženy pak tvoří 2/3 neformálních pečovatelů. Evropské severské státy mají nejrozvinutější systém formální dlouhodobé péče. Současně je v těchto státech nejvyšší podíl osob poskytující neformální péči. Nejvýznamnější skupinou osob poskytující neformální péči jsou osoby starší 50 let. Statistika OECD z let 2005-2007 udává procentuální množství neformálních pečovatelů starších 50 let poskytující pomoc s aktivitami denního života ve státech uvedených v práci následovně: Francie 28,2 %, Česká republika 31,8 %, Německo 32,4 % a Švédsko 39,7 %. Rozsah poskytované neformální péče ve většině států OECD je nižší než 10 hodin týdně. Nicméně v ČR, Polsku a ve státech jižní Evropy více než 30 % pečovatelů poskytuje neformální péči v týdenním rozsahu větším než 20 hodin. Na rozdílné množství poskytované neformální péče v jednotlivých zemích mají vliv společenské a kulturní rozdíly, možnost využití formální péče, odlišná sociální a rodinná politika. Problémem spojeným s poskytováním neformální péče je pokles účasti pečovatelů na trhu práce. Ve většině případů je s poskytováním neformální péče spojen odchod pečovatele ze zaměstnání spíše než snížení pracovního úvazku. Toto tvrzení neplatí pro severské státy. V souvislosti se zanecháním zaměstnáním a skutečností, že většinu pečovatelů tvoří ženy, je u pečovatelů zvýšené riziko vzniku chudoby. Tento fakt byl dokázán i v rámci výpočtu dopadů péče na rozpočet domácností s osobou s ACH v praktické části této práce. Jak

již bylo v práci zmíněno několikrát, poskytování neformální péče není náročné jen časově, finančně, fyzicky, ale i psychicky. O tom svědčí o 20 % častější výskyt nemocí spojených s duševním zdravím u pečovatелů v porovnání s osobami, které neformální péči neposkytují. Duševní zdraví poskytovatelů neformální péče je pak zasaženo intenzivněji, pokud žijí s nemocným přijímajícím péči ve společné domácnosti. Osoby trpící ACH vzhledem k povaze onemocnění velmi často zapomínají. Pro pečovatele je tedy důležité obrnit se trpělivostí při neustálém opakování informací. Psychicky velmi náročné jsou pak situace, když nemocný svého pečovatele nepoznává, přestože jde o partnera, dítě či jinou blízkou osobu. Pro pečovatele je také velmi složité smířit se se stavem svého blízkého, který se neustále zhoršuje. Je důležité, aby se blízcí připravili na neodvratitelný fakt, že nemocný vlivem nemoci zemře. V důsledku demografického vývoje, kdy zjednodušeně řečeno společnost stárne, dojde ke snížení počtu pečovatелů, a to jak formální, tak neformální péče. Vezmeme-li v potaz trend dnešní doby, kdy mladí lidé dávají přednost kariéře a výše uvedenému faktu, že neformální pečovatелé zanechávají zaměstnání, dá se předpokládat, že i ochota pečovat o své blízké bude klesat. Spolu se zvyšováním počtu nemocných bude dopad na potřeby poskytování dlouhodobé péče výrazný a je potřebné tuto situaci začít řešit. [3] [81]

Co se týká dostupnosti některých dalších uváděných služeb, je záhodné zmínit, že při zpracovávání práce bylo zjištěno, že je v ČR velmi obtížné sehnat lékaře specialistu. Ať se jedná o ambulantního neurologa či psychiatra, jejich kapacity jsou velmi plné a nové klienty berou ve většině případů tehdy, pokud jiný jejich klient zemře. Z tohoto tvrzení ale musíme vyloučit lékaře pracující v rámci větších zdravotnických zařízení, jako jsou nemocnice. Pobytová sociální zařízení, zvláště pak domovy se zvláštním režimem však mají velmi často nasmlouvanou spolupráci právě s psychiatrem či neurologem, který je jejich klientům k dispozici v předem domluveném časovém rozsahu. Ještě horší je situace při hledání geriatra. Lékařů s touto specializací není v ČR mnoho. Nicméně pozitivní je informace, že někteří poskytovatelé pobytových služeb, kterým závisí na nabízené kvalitě jejich služeb, spolupracují s geriatrií. Cílem jejich práce je poskytování péče seniorům, kdy zmapují jejich celkový stav (onemocnění, výživu, celkový fyzický stav, léky, psychiku atd.) a dle zjištěných informací upraví medikamenty či doporučí vhodnou zdravotní péči.

V rámci současného stavu problematiky bylo upozorněno i na systém péče o osoby s ACH v zemích, ve kterých byly nalezeny inspirativní prvky a dále pak na problematiku spojenou s poskytováním dlouhodobé péče na rozhraní MZ ČR a MPSV ČR. Tyto body budou vzhledem k souvislostem diskutovány v rámci diskuze k praktické části práce.

Diskuze k praktické části

Hlavním cílem diplomové práce bylo vytvoření procesních modelů vhodné péče o osoby s ACH v ČR. Tyto modely byly vytvořeny pro jednotlivé fáze demence s dodržením požadavků strategie P-PA-IA. Modely a následné finanční dopady těchto modelů byly vytvořeny pro vzorového pacienta nazývaného *Osoba X*. Vlastnosti této osoby byly stanoveny na základě statistických údajů a studií. *Osoba X* je pro potřeby této práce žena ve věkovém rozmezí 80-89 let Vzhledem k průměrnému věku dožití je vdovou, která má nárok na kombinovaný důchod. *Osoba X* žije v první fázi ACH sama ve svém domově za využití terénních služeb. V dalších stádiích nemoci pak žije ve společné domácnosti se svou dcerou a jejím manželem. Dcera je vzhledem k věku matky považována za starší 50 let a v procesních modelech je primárně počítáno s tím, že je hlavním neformálním pečovatelem. Věkově tedy dcera zapadá do skupiny osob, které nejčastěji poskytují neformální péči. V práci jsou ale zpracovány i případy, kdy o *Osobu X* nemůže pečovat neformální pečující nepřetržitě či vůbec žádného neformálního pečujícího nemá. *Osoba X* má dále v jednotlivých procesních modelech nárok na příspěvek na péči ve výši odpovídající stupni onemocnění. Nicméně jde pouze o vytvořeného vzorového pacienta. Ve skutečnosti existuje velké množství proměnných, které mají dopad na možnosti volby poskytované péče. Podstatný vliv na volbu péče o osobu s ACH má skutečnost, zda nemocný může využít neformální péče poskytované pečovatelem. Tím ve většině případů bývají partneři. Alzheimerova choroba je však onemocnění postihující převážně osoby ve vysokém věku. Je tedy pravděpodobné, že nemocný již partnera mít nebude z důvodu jeho smrti. Důvodem pro neposkytnutí neformální péče partnerem ve vysokém věku může být i vlastní zdravotní stav potenciálního pečovatele a fyzická zátěž, kterou již partner není schopný zvládat. Dalšími nejčastějšími pečovateli jsou děti osob, které péči potřebují, jiní příbuzní či přátelé nebo dokonce sousedé. I přesto, že nyní bylo vyjmenováno velké množství osob, které mohou neformální péči osobě s ACH poskytnout, není ojedinělým případem, že nemocný žádnou osobu blízkou, která by o něj pečovala, nemá. K takovéto situaci může dojít hned z několika důvodů. Osoba s ACH nemá žádné příbuzné, její nejbližší žijí v zahraničí či daleko od místa bydliště a buď nemocný, či potenciální pečovatel se odmítá přestěhovat či to není možné např. vzhledem k velikosti domácnosti. S tím pak souvisí i pomoc při financování péče o osobu s ACH. Dalším faktorem hrajícím roli při volbě péče je výše finančních příjmů nemocného, našetřené úspory a již zmíněná finanční podpora blízkých. Jak vyplývá z finanční analýzy jednotlivých procesních modelů péče v této práci, je finanční nákladovost péče velmi zatěžující. Nemocní, kteří se musí spoléhat pouze na své vlastní příjmy a úspory, většinou na výběr v péči vzhledem k nedostatku financí nemají. Musí tedy volit možnost umístění do zařízení, u kterých je zřizovatelem stát. Nicméně kapacity těchto zařízení bývají často plné a čekací doby jsou v rámci měsíců. V tu dobu tedy dochází k situaci,

kdy pacient nemá dostačující péči a v důsledku toho dochází k rychlejšímu zhoršení jeho stavu. S financováním péče souvisí i různá výše především starobních důchodů.

Dostupnost služeb uvedených v procesních modelech se velmi liší, a to především ve vztahu k rozmístění jednotlivých poskytovatelů služeb dle krajů. Poměrově nejvíce neuspokojených žádostí o sociální služby v roce 2016 bylo zaznamenáno v Jihomoravském a Zlínském kraji. V rámci celé ČR bylo za rok 2016 zaznamenáno celkem 1 654 neuspokojených žádostí o pečovatelskou službu a 907 žádostí o službu osobní asistence. Počet neuspokojených žadatelů o sociální služby v domovech se zvláštním režimem byl pak v roce 2016 již alarmující, činil 21 334 žadatelů. [79]

V jednotlivých vytvořených vývojových diagramech jsou primárně využity ty služby, které splňují požadavky na ideální péči uvedené ve strategii P-PA-IA. Nicméně vzhledem k následnému zjišťování dopadů těchto modelů na rozpočet domácností bylo u terminálního stádia v jedné z variant počítáno s využitím péče poskytované na odděleních LDN z důvodu nedostatku lůžek v hospicových službách. Tato problematika byla diskutována výše.

Dílčím cílem diplomové práce je analýza financování péče z několika perspektiv. Nejprve bude diskutována problematika financování péče z perspektivy osoby s ACH a jejích blízkých. Pro splnění tohoto cíle byly analyzovány příjmy domácností s osobu trpící ACH, výdaje těchto domácností na péči a běžné výdaje osob a tyto hodnoty pak byly zpracovány v podobě dopadů na rozpočet domácností. Zjištěné finanční položky jsou shrnuty v *Tabulce 26*. Z tabulky je patrné, jak velmi finančně náročné je hrazení péče poskytované v dostatečném rozsahu a kvalitě ve všech fázích nemoci. Částky jsou uvedeny v Kč za jeden měsíc. Pro příklad, o jak velké sumy se v rámci dopadu na rozpočet domácnosti jedná, bude uveden následující procesní model. Budeme vycházet z předpokladu, že pro nemocného je vhodné, aby po dobu, po kterou je to možné, byl ve svém vlastním sociálním prostředí a za předpokladu, že je vhodné využití neformálního pečovatele. Dále pak v rámci poskytování neformální péče je pro zachování kvality poskytované péče záhodno využít odlehčovacích služeb. Poskytování uvedené péče ve II. stádiu nemoci, kdy již nemocný potřebuje dohled další osoby nepřetržitě, tedy pečovatel musí zanechat zaměstnání a může dle délky stádia trvat po dobu 2-10 let. Nemocnému je v této fázi nemoci uznám příspěvek na péči maximálně ve třetím stupni závislosti. V uvedené variantě dopad do rozpočtu domácnosti značí -14 437 Kč měsíčně. Při délce trvání tohoto stádia po dobu 10 let by se domácnost, ve které žije osoba s ACH, musela vyrovnat se ztrátou 1,7 mil. Kč. Na základě vytvořených procesních modelů však může být dopad do rozpočtů méně dramatický (při kratší době trvání jednotlivých stádií nemoci), na druhou stranu ale i zásadně horší v závislosti na zvoleném druhu péče a výši priznaného PnP.

Následně bylo financování péče o osoby s ACH z perspektivy zdravotních pojišťoven. Ty hradí z veřejného zdravotního pojištění zdravotní část péče o nemocné

osoby. V počátečních stádiích nemoci se jedná o úhradu položek spojených s diagnostikou ACH. V průběhu nemoci jsou pak hrazeny léky, a to především kongitiva a v případě potřeby také antidepresiva, antipsychotika nebo anxiolytika. Z veřejného zdravotního pojištění jsou taktéž hrazeny náklady spojené s pravidelnými kontrolami u specialistů a poskytování domácí zdravotní péče, pokud ji předepíše praktický lékař. Hrazeny jsou taktéž zdravotnické pomůcky, přičemž u osob trpících ACH jsou v této kategorii používány především inkontinenční pomůcky. S progredujícím onemocněním vzrůstají nároky právě na zdravotní péče. Nemocný se stává imobilní, je tedy potřebné zajistit dostatečnou ošetrovatelskou péči. V terminálním stádiu hrají nevyhnutelnou roli léky tlumící bolest v takové míře, aby byl stav před smrtí pro pacienta co nejméně bolestný. Pro potřeby této práce byly zjištěny z veřejně přístupných zdrojů či na žádost poskytnuty údaje o počtu klientů s diagnostikovanou ACH (*Tabulka 23*) a náklady s nimi spojené (*Tabulka 24*) od 5 ze 7 zdravotních pojišťoven fungujících v ČR, u kterých je pojištěno téměř 90 % pojištěnců. Jak již bylo zmíněno, se stárnutím populace vzrůstá i počet osob s ACH. Tento trend vychází i z poskytnutých údajů od zdravotních pojišťoven. Se vzrůstajícím počtem nemocných neodlučitelně souvisí i větší finanční náročnost na hrazení péče. Ta v poskytnutých údajích přesáhla v roce 2016 1,2 mld. Kč. Data však nebyla získána od Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny a Vojenské zdravotní pojišťovny ČR, které dohromady pokrývají okolo 10 % pojištěnců v ČR. Je tedy pravděpodobné, že skutečný počet klientů s ACH a tedy i náklady na zdravotní péči jsou ve skutečnosti v rámci ČR ještě vyšší. Dle dat získaných od OZP činily v roce 2016 průměrné náklady na léčbu Alzheimerovy choroby bez léčiv na 1 klienta trpícího touto nemocí 20 201 Kč/rok. Po přičtení nákladů na léčiva ze skupiny anticholinesteráz tj. kognitiv se průměrné náklady zvýšily na 22 377 Kč/rok. Organizace Alzheimer's Disease International však ve svých výročních zprávách v průběhu let opakovaně upozorňuje na skutečnost, že i v těch nejvyspělejších státech světa je diagnostikována demence pouze u 20-50 % skutečně nemocných. V méně rozvinutých státech se pak počet diagnostikovaných osob trpících demencí pohybuje okolo 10 %. Je tedy otázkou, kolik osob s demencí, potažmo s Alzheimerovou chorobou, skutečně v současnosti trpí. Množství osob trpících ACH je tedy pouze odhadem vytvořeným na základě prevalenčních studií. Je otázkou, v jaké míře hrazené náklady spojené s diagnózou Alzheimerovy choroby odpovídají položkám, které byly skutečně spojeny s touto nemocí. Při rozhovorech s lékaři byla zjištěna skutečnost, že dochází k vykazování některých výkonů pod diagnózou ACH zejména při procesu diagnostikování nemoci, ačkoli ve skutečnosti jde o určení diagnózy zcela jiné. Děje se tak z toho důvodu, že zdravotní pojišťovny tento výkon u požadované diagnózy neproplácí, nicméně u diagnózy ACH ano. Je možné, že tato situace byla pouze ojedinělá, ale je také možné, že ostatní lékaři tuto informaci poskytnout či potvrdit pouze nechtěli. [1] [85] [86]

Náklady z perspektivy poskytovatelů péče byly v práci uvedeny u těch, kteří figurovali ve vytvořených procesních modelech a též pouze u poskytovatelů sociálních služeb. V případě uvedených ambulantních a terénních služeb, tedy pečovatelské služby, osobní asistence a denního stacionáře se náklady uvádějí ve vztahu k jedné kapacitní hodině poskytované péče. Dle kalkulačního vzorce pro výpočet nákladovosti jednotlivých typů sociálních služeb vytvořeném MPSV ČR jsou náklady na 1 kapacitní hodinu péče mezi výše uvedenými službami znatelně rozdílné. Náklady na 1 kapacitní hodinu péče poskytnutou službou osobní asistence byly pro rok 2016 stanoveny na výši 311 Kč, pro pečovatelskou službu 483 Kč a pro služby denního stacionáře na 573 Kč. I přesto je Vyhláškou č. 505/2006 Sb. uvedena výše maximální úhrady od klientů za poskytování uvedených služeb ve stejné výši 130 Kč/hod. Lze tedy diskutovat nad tím, zda je stanovení stejné maximální výše úhrady pro všechny poskytovatele spravedlivé a zda toto nemůže být překážkou vzniku nových poskytovatelů služeb. Z jiného hlediska však uvedené služby poskytují svým klientům velmi podobný sortiment služeb. Nabízí se tedy otázka, proč se náklady na 1 kapacitní hodinu péče značně liší. V případě denních stacionářů může být důvodem vyšších nákladů potřeba pronájmu prostor, ve kterých je služba poskytována. S tím i související náklady na údržbu těchto prostor. Nicméně na druhou stranu v těchto centrech připadá na jednoho zaměstnance větší počet klientů. V rámci terénních služeb pečovatelské služby a osobní asistence poskytuje vždy jeden zaměstnanec v daném okamžiku službu pouze jednomu klientovi. Rozdíl mezi těmito dvěma službami je ten, že osobní asistence poskytuje služby klientům ve větším časovém rozsahu a na jednoho zaměstnance tudíž připadá menší počet klientů (1-2). Terénním poskytovatelům sociálních služeb pak vznikají na rozdíl od ambulantních náklady spojené s dopravou zaměstnanců na místo výkonu práce, nejčastěji formou automobilu. S tím souvisí náklady na opravy a pohonné hmoty. Diskuze nad stejnou maximální výší úhrady a nad odlišnou nákladovostí podobných služeb by tedy mohla vést ke značně rozsáhlejší diskuzi. V případě pobytových sociálních služeb, konkrétně domovů se zvláštním režimem, jsou pak náklady uváděny v souvislosti s 1 lůžkem za měsíc či rok. V terénních a ambulantních služeb převažují vzhledem k jejich povaze náklady osobní. U služeb pobytových tvoří osobní náklady také většinový podíl z celkových nákladů, nicméně je zde znatelnější podíl i ostatních nákladů, mezi které se řadí náklady spojené s poskytovanou pobytovou péčí. Těmi jsou míněny náklady na elektřinu, vodu, teplo, ale také náklady spojené s přípravou a poskytováním stravy, praní prádla, úklidu prostor atd. Dle kalkulačního vzorce MPSV ČR měly v roce 2016 náklady na 1 lůžko a měsíc dosahovat výše 8 135 Kč. Nicméně z dostupných statistických údajů vyplývá, že reálné náklady, které v roce 2016 připadaly v DZR na 1 lůžko a měsíc byly několikanásobně vyšší. Konečná výše pak byla velmi odlišná v zařízeních s různými zřizovateli služby. U DZR, jejichž zřizovatelem je kraj, připadaly v roce 2016 náklady na 1 lůžku za měsíc ve výši

32 650 Kč, u obecních DZR 30 780 Kč a u ostatních zřizovatelů (tedy soukromých a církevních) DRZ pak byla výše nákladů 25 288 Kč. Maximální výše úhrady za pobyt ve všech DRZ bez rozdílu zřizovatele je dána Vyhláškou č. 505/2006 Sb. na 210 Kč/den a 170 Kč za celodenní stravu, případně 75 Kč za oběd. Je tedy na místě se ptát, jak je možné, že poskytování stejné služby u různých zřizovatelů je tak nákladově rozdílné. Tento stav může mít souvislost s výší příjmů prostřednictvím dotací. Nejvíce dotací získávají krajská zařízení (39 % z celkových příjmů), následují zařízení obecní (33 %) a výrazně nižší příjmy z dotací mají DZR ostatních zřizovatelů (12 %). Rozdíl úhrad ze strany klientů je ten, že krajské a obecní DZR mohou po klientovi žádat úhradu maximálně ve výši 85 % z jeho příjmů. Rozdíl mezi náklady a získanou částkou od klienta je tedy srovnávám právě formou dotací. Soukromý zřizovatel má pak na dotace právo pouze v případě, že je zahrnut do střednědobého plánu sociálních služeb. V případě, že podmínku pro udělení dotace nesplní, kryje vzniklý rozdíl z peněz od osoby blízké klientovi, u které tato skutečnost nastala. Tato finanční částka se nejčastěji nazývá „spoluúčast osob blízkých“. Tuto položku si pak zřizovatel může zvolit, v jakékoli výši uzná za vhodné. Většinou jde o částky v rozmezí několika tisíc Kč, lze najít ale i poskytovatele služeb, kteří po blízkých klientů žádají takovouto spoluúčast ve výši 15 tis. Kč i výše. Výše těchto příspěvků se pak odvíjí např. od lokality, ve které se DZR nachází nebo od cílové skupiny klientů. Nicméně jedním z faktorů, které mohou mít vliv na to, že DZR ostatních zřizovatelů dokáží poskytnout stejný rozsah služeb s náklady nižšími o více než 7 tis. Kč za měsíc oproti krajským DZR je ten, že tyto poskytovatelé se snaží hledat způsoby možných úspor. Naproti tomu krajské a obecní DRZ v případě nedostatku financí zažádají o dotaci, které uhradí potřebné výdaje. Vliv na nižších nákladech ostatních zřizovatelů DZR může mít i to, že si soukromí poskytovatelé navzájem konkurují, a to především výší zmíněných příspěvků osob blízkých. Konkurence obecně vede k vytváření tlaku na snížení nákladů. Pokud propojíme informace uvedené u financování dle zřizovatelů DZR s informacemi vycházejícími z analýzy dopadů péče do rozpočtů domácností osoby s ACH, dojdeme bezesporu k výsledku, že osoby, které nemají dostatečný příjem na úhradu spoluúčasti osoby blízké, si nemohou dovolit využití služeb soukromých DZR. Jsou tedy nuceni čekat na uvolnění místa v krajských a obecních zařízeních. V ČR sice vzrůstá počet DZR, nicméně jde převážně právě o soukromé DZR. Fakt, že výše příjmů nemocných a jejich blízkých zásadně ovlivňuje možnost volby ideální péče, se promítá i do diskuze spojené s vývojovým diagramem. [35] [79] [88]

Vývojový diagram (*Obrázek 17*) propojuje současný stav problematiky s vytvořenými procesními modely péče o osoby s ACH v prostředí České republiky. V diagramu je znázorněn ideální průchod pacienta systémem péče od podezření na onemocnění až po smrt nemocného. Ve vývojovém diagramu jsou uvedeny důležité rozhodovací momenty, kdy je nutné řešit výběr z více možných druhů péče. V prvních fázích onemocnění může tato rozhodnutí učinit sám nemocný, se zhoršující se nemocí

se však volba péče odvíjí od předem vyřčených přání nemocného nebo je zcela v rukách blízkých. V reálných situacích je však rozhodovací proces zkomplikován nemožností využití některého z uvedených druhů péče. K této situaci může dojít z několika důvodů. Prvním je nedostatečná kapacita volných míst u zvoleného druhu péče. Další komplikací je situace, kdy nemocný nemá žádné osoby blízké, které by mu mohli poskytnout neformální péči. Tedy je o možnost volby tohoto druhu péče vhodného zejména v počátečních stádiích nemoci ochuzen. Posledním důvodem pro nemožnost výběru vhodné péče je nedostatek finančních prostředků, ze kterých bude péče hrazena. Tento bod úzce souvisí s bodem předešlým, tedy že se na financování péče nemohou podílet nejbližší nemocného. Právě financování je velkým problémem, který brání v možnosti poskytování vhodné péče o osoby s Alzheimerovou chorobou. Vzhledem k dlouhodobému charakteru nemoci financování péče značně zatěžuje rozpočet blízkých osob (viz *Tabulka 26*), přičemž blízcí se, pokud je to možné, snaží potřebnou péči hradit. Nicméně toto může vést k zadlužování blízkých osob a z dlouhodobého hlediska je pro méně movité rodiny hrazení této vhodné péče finančně neudržitelné. Takovýto vývoj má několik důsledků. Kromě finančních potíží způsobených blízkým osobám je pak osobě s ACH poskytována nedostačující péče. Může se jednat o nedostačující druh, rozsah či kvalitu péče. To má za důsledek zrychlené zhoršování stavu nemocného, jehož život není prožíván v takové kvalitě, v jaké by bylo možné a vede k předčasnému úmrtí. Ačkoli je uvedený vývojový diagram znázorněním vhodných druhů péče o osoby s Alzheimerovou chorobou, je zajištění jeho reálného fungování nereálné i na státní úrovni. Náklady, které na péči vynakládají zdravotní pojišťovny, MPSV ČR prostřednictvím PnP či dotací pro poskytovatele sociálních služeb a již zmiňovaní nemocní s osobami blízkými, jsou obrovské. Spolu s rostoucím počtem osob trpících ACH, snižujícím se počtem neformálních pečovateliů a s rostoucími náklady za zdravotní péči bude dodržování jednotlivých fází vývojového diagramu čím dál méně uskutečnitelné. Základním problémem vývojového diagramu, a tedy i procesních modelů péče je tedy nedostatek financí. Tento problém by však mohl být řešitelný za pomoci implementace inspirativních prvků zjištěných v cizích zemích při zpracování současného stavu problematiky. Kvůli rozsahu práce není možné se jednotlivým inspirativním prvkům věnovat do větší hloubky, bude však nastíněna možnost jejich využití v rámci ČR.

Časté problémy v poskytování péče osobám trpících ACH vznikají z důvodu nespolupráce a nekoordinace činností s touto péčí související mezi MZ ČR a MPSV ČR. Ve všech uvedených státech je spolupráce mezi sektorem zdravotním a sociální zajištěna. Buďto problematiku zdravotní a sociální péče zaštiťuje 1 ministerstvo nebo je koordinace jednotlivých činností v rámci poskytování dlouhodobé péče legislativně dána. V ČR je problematika vznikající na pomezí kompetencí, práv a povinností těchto dvou ministerstev diskutována již delší dobu. Nicméně do dnešního dne neexistuje žádná aktivnější snaha o vyřešení tohoto problému, kdy by bylo nutné navázat

spolupráci a koordinaci systémových změn mezi oběma ministerstvy. Se změnou v organizaci jejich fungování by souvisela i úprava legislativy. Za jeden z důvodů, proč stále není tento problém aktivně řešen, může být považována velmi častá změna na pozici ministra zdravotnictví. Řešení vytvoření jednoho společného ministerstva v prostředí vzhledem k historickému vývoji nepřichází v úvahu. Vhodné by bylo zajištění spolupráce ministerstev v rámci dlouhodobé péče.

Dalším možným inspirativním prvkem, který by bylo možné v upravené formě přijatelné pro ČR využít, je zavedení povinných odvodů na dlouhodobou péči tak, jak je tomu v Německu. V Německu je na pojištění dlouhodobé péče odvádělo 1,7 % hrubé mzdy, kdy stejný podíl odvádí zaměstnanec i zaměstnavatel. Vzhledem k tomu, že v ČR je stejný zdravotnický systém jako v Německu, tedy Bismarkovský, a v současné době je taktéž odváděno určité procento z hrubého platu na zdravotní i sociální pojištění, nemělo být zavedení povinných odvodů na pojištění dlouhodobé péče znamenat výraznější problém. Samozřejmě by se muselo počítat s vlnou kritiky z řad občanů, ale žádná změna značící krácení příjmů osob nikdy neměla pozitivní odezvu. Nicméně peníze na zajištění dlouhodobé péče nejen o osoby s ACH budou z hlediska budoucnosti potřebné zajistit. Pokud by se reálně uvažovalo o povinném zavedení odvodů dlouhodobé péče, muselo by být legislativně přesně stanoveno, které ministerstvo by mělo přerozdělování financí na starosti a jaké služby by do pojištění dlouhodobé péče přesně spadaly. Toto je rozhodně cesta, která by po překročení počátečního odporu mohla vést k novému zdroji tak potřebných financí. [50]

Od severských států by mohlo dojít k převedení zodpovědnosti za zajištění dostatečného množství sociálních služeb na úroveň obcí. Tento způsob správy funguje i ve Francii. To znamená, že by bylo starostů obce, nikoli státu či kraje zajistit dostatečné množství potřebných kapacit jednotlivých sociálních služeb. Obce by se taktéž podílely na hrazení péče udělováním dotací poskytovatelům sociálních služeb, kteří by splnili podmínky pro jejich udělení. Mezi tyto podmínky by mohla být zařazena nutnost poskytování kvalitních služeb zajištěná vzděláváním osob pracujících v sociálních službách na problematiku ACH a demence obecně. V kompetenci obcí by pak bylo i poskytování bezplatného vzdělání o Alzheimerově chorobě neformálním pečovatelům tak, jako tomu je ve Francii.

Poslední inspirativní prvek, který je zajímavé zdůraznit, pochází z Francie. Ve Francii existuje tzv. koordinátor péče o osoby trpící ACH, který řídí a má přehled o všech formách péče, která by měla být dané osobě poskytnuta, na kterou má nárok, a která skutečně poskytnuta byla. Pokud by v ČR existovala takováto ústřední osoba řídící péči o osoby s ACH, mohlo by to vést k úspoře nákladů na péči. Ideálním vzděláním pro pozici koordinátora by byl psycholog, geriatr či neurolog. Koordinátor by např. věděl o všech vyšetřeních, která nemocný podstoupil, tudíž by došlo k vyloučení opakování stejných vyšetření. Koordinátor by dále sledoval stav nemocného a určoval optimální výši PnP a vhodný typ péče. Pokud by měl koordinátor

lékařské vzdělání a za předpokladu, že by měl přístup k veškerým zdravotním údajům nemocného, mohl by optimálně řídit léky, které nemocný bere. Na základě rozhovorů s geriatry bylo zjištěno, že pokud má geriatr informaci o veškerých lécivech, které senior bere, dojde ve většině případů k vyloučení těch léciv, která senior bere již pouze ze zvyku nebo těch, jejichž účinky jsou vzájemně kontraproduktivní. V důsledku dojde tedy k úsporám za léciva.

Problém nedostatku neformálních pečovatelů bude vzhledem k demografickému vývoji stále více podstatný. V současné době je role neformálních pečovatelů oceňována velmi nedostatečně. Neformální pečovatelé ve většině případů kvůli péči o osobu blízkou zanechávají zaměstnání. Ušlou mzdu však nedostatečně pokrývá výše PnP určeného osobě, která péči jiné osoby potřebuje i v případě, že by celý PnP připadl právě neformálnímu pečovateli. Zdravotní pojištění za neformálního pečovatele odvádí stát, sociální pojištění taktéž pečující osoba odvádět nemusí. Ve vztahu k výpočtu důchodu se pak doba, po kterou je osoba pečovatelem, považuje za náhradní dobu pojištění. I přes všechny tyto okolnosti hrozí neformálním pečovatelům zvýšené riziko chudoby. Neformální pečovatelé jsou v ČR také nedostatečně informováni, je jim poskytována nízká míra vzdělání v oblasti péče či není dostačující zajištění psychologického poradenství. Jsou znevýhodněni i ze sociálního hlediska, jelikož většinu času tráví s osobou, o kterou pečují. Přesto poskytování neformální péče jako takové má na společnost pozitivní sociální i ekonomický vliv, kdy šetří náklady spojené s hrazením formálních služeb. Do budoucna je tedy potřebné diskutovat nad možným zlepšením situace neformálních pečovatelů. [80] [81]

Závěr

Diplomová práce se zabývá problematikou péče poskytované osobám trpícím Alzheimerovou chorobou. Hlavním cílem diplomové práce bylo vytvoření procesních modelů péče o osoby s ACH v ČR.

Současný stav problematiky je věnován systému péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou v ČR a v Německu, Francii a Švédsku. V uvedených cizích zemích byly nalezeny inspirativní prvky v procesu péče o osoby s ACH. Péčí je myšlena dlouhodobá zdravotní, sociální a neformální péče, popis druhů a forem péče, legislativní ustanovení a způsoby jejich financování. Ze zpracování současného stavu vyplynula potřeba komentovat skutečnost, že na poskytování zmiňované dlouhodobé péče se v českém prostředí podílí MZ ČR a MPSV ČR, které spolu nedostatečně spolupracují a jejichž činnosti nejsou dostatečně koordinovány. To vede ke vzniku častých komplikací při zajištění a financování dlouhodobé péče.

Z analýzy současného stavu v ČR dále vyplynulo, že se problematikou systému péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou spolu s jejím financováním ještě nikdo nezabýval. Existuje dostatek zdrojů řešící problematiku vždy jedné konkrétní formy péče. Neexistuje však žádný ucelený dokument, ve kterém by byla problematika zpracována v rozsahu všech možných možností péče. V ČR se problematikou Alzheimerovy choroby zabývá Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2016–2019. Je nutno podotknout, že ani ve světových zdrojích nebylo nalezeno mnoho studií, které by tuto problematiku zpracovávaly kompaktně. Ve velké míře byly zastoupeny studie řešící nákladové povahy různých druhů péče.

Hlavním cílem diplomové práce bylo vytvoření procesních modelů péče v závislosti na Strategii P-PA-IA. Tyto modely byly vytvořeny na základě odborných konzultací s poskytovateli péče. Dílčími cíli bylo určení nákladovosti péče z pohledu nemocného a jeho blízkých, zdravotních pojišťoven a poskytovatelů péče. Získána byla data od 5 ze 7 zdravotních pojišťoven působících v ČR. Náklady poskytovatelů byly řešeny u těch poskytovatelů péče, kteří byli zahrnuti ve vytvořených procesních modelech. Na základě vytvořených procesních modelů byl sestaven vývojový diagram znázorňující ideální průchod nemocného systémem péče o osoby s ACH v ČR a hlavní rozhodovací momenty při volbě ideální formy péče.

Práce obsahuje ucelený přehled forem péče o osoby s ACH v ČR. Mohla by být použita jako dokument poskytující seznámení s problematikou osobám, které jsou postaveny před rozhodnutí volby vhodné péče. Vzhledem ke zjištěné současné situaci týkající se především financování vhodných druhů péče, by práce mohla sloužit jako podklad pro řešení tohoto nedostatku systému ze strany MZ ČR a MPSV ČR.

Všechny cíle diplomové práce byly splněny.

Citovaná literatura

- [1] Alzheimer's Disease International. *Alzheimer's Disease International*. b.r. Dostupné také z: <https://www.alz.co.uk/>
- [2] MKN-10. *ÚZIS*. b.r. Dostupné také z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
- [3] MÁTLOVÁ, Martina, Iva HOLMEROVÁ a Ondřej MÁTL. Zpráva o stavu demence 2016. *Česká alzheimerovská společnost, o.p.s.* 2016. Dostupné také z: <http://www.alzheimer.cz/res/archive/004/000480.pdf?seek=1492589048>
- [4] Eurostat Database. *Eurostat*. b.r. Dostupné také z: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
- [5] *OECD.Stat*. b.r. Dostupné také z: <http://stats.oecd.org>
- [6] HOLMEROVÁ, Iva a Martina MÁTLOVÁ. *Dopisy České alzheimerovské společnosti. 2., rozš. vyd.* Praha, 2012. DOI: ISBN 978-80-86541-31-0.
- [7] HOLMEROVÁ, Iva a Martina MÁTLOVÁ. *Na pomoc pečujícím: příručka pro pečující rodinné příslušníky a další blízké lidi s demencí*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2014. DOI: ISBN 978-80-86541-33-4.
- [8] PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada, 2007. DOI: ISBN 9788024714905.
- [9] HOLMEROVÁ, Iva a A KOL. *Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA: péče a podpora lidem postiženým syndromem demence* [online]. Praha: Česká alzheimerovská společnost, o. p. s., 2014 [cit. 2018]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/archive/003/000390.pdf?seek=1455023161>
- [10] *Česká gerontologická a geriatrická společnost*. b.r. Dostupné také z: www.cggs.cz
- [11] ČESKO, . Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2016-2019. *Alzheimer's Disease Interational*. b.r. Dostupné také z: <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/plans/Czech-Natonal-Dementia-Strategy-2016-2019.pdf>
- [12] HRADCOVÁ, D., L. HÁJKOVÁ, M. MÁTLOVÁ, H. VAŇKOVÁ a I. HOLMEROVÁ. *Quality of care for people with dementia in residential care settings and the "Vážka" Quality Certification System of the Czech Alzheimer Society*. 2014. Dostupné také z:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878764914002265>. ISSN 1878-7649.

- [13] ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, . Certifikované služby. *Česká alzheimerovská společnost*. 2017. Dostupné také z: <http://www.alzheimer.cz/certifikace-vazka/certifikovane-sluzby/>
- [14] MAREŠOVÁ, P. a V. ZAHÁLKOVÁ. *The economic burden of the care and treatment for people with Alzheimer's disease: the outlook for the Czech Republic*. 2016. Dostupné také z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27470305>
- [15] Deklarace z Glasgow. *Alzheimer Europe*. b.r. Dostupné také z: <http://alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Glasgow-Declaration-2014/Other-languages/Cesky>
- [16] MÁTL, Ondřej a Martina MÁTLOVÁ, Zpráva 2015, ed. *Zpráva o stavu demence 2015*. 2015. Dostupné také z: <http://www.alzheimer.cz/res/archive/002/000331.pdf?seek=1452679851>
- [17] Péče o pacienty léčené pro demence v ambulantních a lůžkových. *ÚZIS ČR*. 2013. Dostupné také z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-pacienty-lecene-pro-demence-ambulantnich-luzkovych-zarizenich-cr-letech-2008-2012>. Aktuální informace č. 57/2013.
- [18] *Národní centrum domácí péče České republiky*. b.r. Dostupné také z: <http://www.domaci-pece.info>
- [19] *Osobní asistence - Informační portál*. b.r. Dostupné také z: <http://www.osobniasistence.cz>
- [20] VURM, Vladimír, Petra ZIMMELOVÁ a Ludmila ŠVEHLOVÁ. *Rukověť pro poskytovatele sociálních služeb v oblasti problematiky seniorů*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2008. DOI: ISBN 978-80-7394-090-4.
- [21] *Česká Alzheimerovská společnost*. b.r. Dostupné také z: <http://www.alzheimer.cz>
- [22] Psychiatrická péče 2015. *ÚZIS ČR*. 2016. DOI: ISBN 978-80-7472-151-9. Dostupné také z: www.uzis.cz/node/7576
- [23] JONES, Jarka. Průvodce sociálními službami pro seniory. *Domov pro seniory Elišky Purkyňové*. b.r. Dostupné také z: <https://www.dsepurkynove.cz/pruvodce/ldn.html>

- [24] ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČVELA. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 2014. DOI: ISBN 978-80-247-4544-2.
- [25] Český statistický úřad. b.r. Dostupné také z: www.czso.cz
- [26] ČESKO, . *Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů č. 48/1997 Sb.* b.r. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>
- [27] Health spending. *OECD Data* [online]. 2017 [cit. 2018]. Dostupné z: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>
- [28] ČESKO, . *Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2017 č. 348/2016 Sb.* b.r. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-348>
- [29] ČESKO, . *Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.* b.r. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
- [30] Sociální služby. *MPSV ČR* [online]. 2016 [cit. 2018]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/18661>
- [31] Centrum denních služeb. *Centrum sociálních služeb Poruba - příspěvková organizace* [online]. b.r. [cit. 2018]. Dostupné z: <http://www.cssporuba.cz/informace-centrum/>
- [32] Sociální pojištění. *MPSV ČR*. 2017. Dostupné také z: <http://www.mpsv.cz/cs/1349>
- [33] MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 201. DOI: ISBN 978-80-262-0041-3.
- [34] ČESKO, . *Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.* b.r. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108?text=505%2F2006>
- [35] ČESKO, . *Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.* b.r. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>
- [36] Slovník sociálního zabezpečení. *MPSV ČR*. 2016-2017. Dostupné také z: <http://slovník.mpsv.cz/>
- [37] World Alzheimer Report 2013. *Alzheimer's Disease International*. 2013. Dostupné také z: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2013.pdf>

- [38] *Ekonomika online*. b.r. Dostupné také z: <http://ekonomikaonline.cz/>
- VEPŘEK, Pavel. Jak rozbourat zeď mezi zdravotním a sociálním systémem?.
- [39] *Občan v síti*. 2011. Dostupné také z: <http://sdruzeniobcan.cz/index.php?cmd=page&id=10&LanguageID=1>
- [40] Podpis Memoranda o spolupráci na optimalizaci sítě zdravotních a sociálních služeb. *MZ ČR* [online]. 2011 [cit. 2018]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/podpis-memoranda-o-spolupraci-na-optimalizaci-site-zdravotnich-a-socialnich-sluzeb_4919_1.html
- [41] *The Alzheimer's Association* [online]. 2017 [cit. 2018]. Dostupné z: <http://www.alz.org>
- [42] Alzheimer Sverige. *Alzheimer Sverige* [online]. 2016 [cit. 2018]. Dostupné z: <http://www.alzheimersverige.se>
- [43] National Dementia Strategies. *Alzheimer Europe* [online]. 2018 [cit. 3]. Dostupné z: <http://www.alzheimer-europe.org>
- [44] CHEVREUL, Karine, Karen Berg BRIGHAM, Isabelle DURAND-ZALESKI a Cristina HERNÁNDEZ-QUEVEDO. France: Health system review. *WHO Regional Office for Europe*. 2015. Dostupné také z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/297938/France-HiT.pdf
- [45] RODWIN, Victor. The Health Care System Under French National Health Insurance: Lessons for Health Reform in the United States. *American Journal of Public Health*. 2003. Dostupné také z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447687/>
- [46] France: 2007 Social support systems. *Alzheimer Europe*. 2009. Dostupné také z: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2007-Social-support-systems/France>
- [47] France: National policies covering the care and support of people with dementia and their carers. *Alzheimer Europe*. 2013. Dostupné také z: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2013-National-policies-covering-the-care-and-support-of-people-with-dementia-and-their-carers/France>
- [48] FROMENTIN, Remy. *Healthcare networks for the management of Alzheimer's disease in France*. 2006. Dostupné také z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1479-8301.2006.00123.x/full>

- [49] GERVES, C., P. CHAUVIN a MM. BELLANGER. *Evaluation of full costs of care for patients with Alzheimer's disease in France: The predominant role of informal care.* 2014. Dostupné také z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851014000025>
- [50] BUSSE, Reinhard a Miriam BLÜMEL. Germany: Health system review. *WHO: Regional Office for Europe.* 2014. Dostupné také z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/255932/HiT-Germany.pdf?ua=1
- [51] ALZHEIMER EUROPE, . Germany: 2005 Home Care. *Alzheimer Europe.* 2005. Dostupné také z: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2005-Home-care/Germany>
- [52] ALZHEIMER EUROPE, . Germany: 2007 Social support systems. *Alzheimer Europe.* b.r. Dostupné také z: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2007-Social-support-systems/Germany>
- [53] ALZHEIMER EUROPE, . Germany: 2013 National policies covering the care and support of people with dementia and their carers. *Alzheimer Europe.* 2013. Dostupné také z: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2013-National-policies-covering-the-care-and-support-of-people-with-dementia-and-their-carers/Germany>
- [54] HAUSNER, L. a L. FROELICH . Alzheimer's disease – Germany. *European Geriatric Medicine.* 2010. Dostupné také z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187876491000118X>
- [55] KORFF, Lasse, Lennart WEEGEN, Sarah MOSTARDT, Sonja IVANCEVIC, Jürgen WASEM a Anke WALENDZIK. *Situation Review of Care Deficits and Care Management Programs for Alzheimer's Disease in Germany.* 2013. Dostupné také z: http://bl7bh5vf9y.search.serialssolutions.com/?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info%3Aofi%2Fenc%3AUTF-8&rft_id=info%3Aaid%2Fsummon.serialssolutions.com&rft_val_fmt=info%3Aofi%2Ffmt%3Akev%3Amtx%3Ajournal&rft.genre=article&rft.atitle=Situation+Review+of+Care+De. ISSN: 1568-4156.
- [56] GURLIT, S., R. THIESEMANN, B. WOLFF, J. BROMMER a M. GOGOL. *Caring for people with dementia in general hospitals: An education curriculum from the Alzheimer's Society of Lower Saxony, Germany.* 2013. Dostupné také z:

http://bl7bh5vf9y.search.serialssolutions.com/?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info%3Aofi%2Fenc%3AUTF-8&rft_id=info%3Aasid%2Fsummon.serialssolutions.com&rft_val_fmt=info%3Aofi%2Ffmt%3Akev%3Amtx%3Ajournal&rft.genre=article&rft.atitle=Caring+for+people+with+deme

- [57] SWEDEN, . Ministry of Health and Social Affairs. *The Government of Sweden*. 2017. Dostupné také z: <http://www.government.se/government-of-sweden/ministry-of-health-and-social-affairs/>
- [58] LEŽOVIČ, Mário, Daniela MIHINOVÁ, Jana BABJAKOVÁ, Andrej KOVÁČ a Miroslav PASTUCHA. *Poskytovanie a financovanie zdravotnej starostlivosti vo vybraných krajinách EÚ* [3]. VII. 2007. DOI: ISSN 1337-1789. Dostupné také z: <http://verejnezdravotnictvo.szu.sk/SK/2010/3/Lezovic.pdf>
- [59] BURGESS, Lizzy. Integration of Health and Social Care:. *Scottish Parliament the Information Center*. 2012. Dostupné také z: http://www.parliament.scot/ResearchBriefingsAndFactsheets/Factsheets/SB_12-48.pdf
- [60] WIMO, Anders, Linus JÖNSSON, Laura FRATIGLIONI, Per Olof SANDMAN, Anders GUSTAVSSON, Anders SKÖLDUNGER a Lennarth JOHANSSON. *The societal costs of dementia in Sweden 2012 – relevance and methodological challenges in valuing informal care*. 2016. Dostupné také z: <https://alzres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13195-016-0215-9>
- [61] ALZHEIMER EUROPE, . Sweden: 2005 Home Care. *Alzheimer Europe*. b.r. Dostupné také z: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2005-Home-care/Sweden>
- [62] ALZHEIMER EUROPE, . Sweden: 2007 Social support systems. *Alzheimer Europe*. 2007. Dostupné také z: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2007-Social-support-systems/Sweden>
- [63] ALZHEIMER EUROPE, . Sweden: 2013 National policies covering the care and support of people with dementia and their carers. *Alzheimer Europe*. 2013. Dostupné také z: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2013-National-policies-covering-the-care-and-support-of-people-with-dementia-and-their-carers/Sweden>
- [64] BÖKBERG, Christina, Gerd AHLSTRÖM, Staffan KARLSSON, Ingalill Rahm HALLBERG a Ann-Christin JANLÖV. *Best practice and needs for improvement in the chain of care for persons with*. 2014. ISSN: 1472-6963.

- [65] WIMO, Anders, Eva von STRAUSS, Gunilla NORDBERG, Franco SASSI a Lennarth JOHANSSO. *Time spent on informal and formal care giving for persons with dementia in Sweden*. 2002. Dostupné také z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851002000106>
- [66] TAHAL, Radek a A KOLEKTIV. *Marketingový výzkum: Postupy, metody, trendy* [online]. Praha: Grada Publishing, a.s., 2017 [cit. 2018].
- [67] MUNKOVÁ, Gabriela. *Sociální politika v evropských zemích* [online]. Praha: Karolinum, 2004 [cit. 2018].
- [68] SEDLÁČKOVÁ, Helena a Karel BUCHTA. *Strategická analýza: 2. přepracované a doplněné vydání* [online]. Praha: C. H. Beck, 2006 [cit. 2018].
- [69] JAKUBÍKOVÁ, Dagmar. *Strategický marketing: Strategie a trendy* [online]. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008 [cit. 2018].
- [70] HOLČÍK, Jiří a Otakar FOJT. *Modelování biologických systémů (vybrané kapitoly)* [online]. Brno: Vysoké učení technické v Brně, 2001 [cit. 2017]. ISBN 80-214-2023-5.
- [71] KŘIVÝ, Ivan a Evžen KINDLER. *Simulace a modelování* [online]. Ostrava: Přírodovědecká fakulta ostravské univerzity, 2001 [cit. 2017]. Dostupné z: <http://vendulka.zcu.cz/Download/Free/SkriptaKindlerMS.pdf>
- [72] SVOZILOVÁ, Alena. *Projektový management: Systémový přístup k řízení projektů* [online]. Praha: Grada Publishing, a.s., 2016 [cit. 2018].
- [73] MALÍK HOLASOVÁ, Věra. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách* [online]. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014 [cit. 2018].
- [74] LÉVAY, Radek. *Vývojové diagram*. *Ikvalita.cz* [online]. 2008 [cit. 2018]. Dostupné z: <http://www.ikvalita.cz/download/kap2.pdf>
- [75] ROGALEWICZ, Vladimír a Ivana JUŘIČKOVÁ. *Hodnocení zdravotnických technologií* [online]. Kladno: ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE, Fakulta biomedicínského inženýrství, 2014 [cit. 2017]. Dostupné z: https://predmety.fbmi.cvut.cz/sites/default/files/predmet/1671/metodicka_prirucka/17PMSHZT_20141101_002909_409756c33ec4747a05cd1acdcda0d9e2.pdf
- [76] JOEL, E. a B.A. SEGEL. *Cost of Illness Studies a Primer* [online]. RTI International, 2006 [cit. 2017]. Dostupné z: https://www.rti.org/sites/default/files/resources/COI_Primer.pdf

- [77] GOODMAN, Clifford. *HTA 101: INTRODUCTION TO HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT* [online]. Virginia: The Lewin Group, 2014 [cit. 2017]. Dostupné z: https://www.nlm.nih.gov/nichsr/hta101/HTA_101_FINAL_7-23-14.pdf
- [78] RAZZOUK, Denise. *Methods for Measuring* [online]. Sao Paulo: Centre of Economic Mental Health, Department of Psychiatry, Universidade Federal de Sao Paulo, 2017 [cit. 2017]. Dostupné z: <file:///C:/Users/Zuzana/Downloads/9783319552651-c1.pdf>
- [79] MPSV, . Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2016. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 2017 [cit. 2018]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/31493/Statisticka_rocenka_z_oblasti_prace_a_socialnich_veci_2016.pdf
- [80] MPSV, . Příspěvek na péči. *Integrovaný portál MPSV* [online]. 2016 [cit. 2018]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>
- [81] WIJA, Petr. Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD (III) - poskytování neformální péče a její dopad na zaměstnanost a zdraví. *ÚZIS ČR: Aktuální informace 33* [online]. Praha, 2012 [cit. 2018]. Dostupné z: file:///C:/Users/Zuzana/Downloads/33_12.pdf
- [82] ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, . Statistická ročenka České republiky - 2017. *Český statistický úřad* [online]. 2017 [cit. 2018]. DOI: ISBN 978-80-250-2778-3. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/statisticka-rocenka-ceske-republiky>
- [83] ÚZIS, . Stručný přehled činnosti oboru domácí zdravotní péče za období 2007–2016. *ÚZIS* [online]. 2017 [cit. 2018]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/rychle-informace/strucny-prehled-cinnosti-oboru-domaci-zdravotni-pecce-za-obdobi-2007-2016>
- [84] ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, . Vydání a spotřeba domácností: statistiky rodinných účtů za rok 2016. *Český statistický úřad* [online]. 2017 [cit. 2018]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vydani-a-spotreba-domacnosti-statistiky-rodinnych-uctu-2016>
- [85] TICHÝ, Oldřich. Analýza: Nemocných s Alzheimerem přibylo za tři roky o 22 %, náklady se blíží miliardě. *VZP ČR*. 2016. Dostupné také z: <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/analiza-nemocnych-s-alzheimerem-pribylo-za-tri-roky-o-22-naklady-se-blizi-miliarde>

- [86] Alzheimerem trpí o 27 procent lidí více, než před třemi lety - tisková zpráva ČPZP. *Česká průmyslová zdravotní pojišťovna* [online]. 2017 [cit. 2018]. Dostupné z: <https://www.cpzp.cz/clanek/5055-0-Alzheimerem-trpi-o-27-procent-lidi-vice-nez-pred-tremi-lety.html>
- [87] [Http://zpmvcr.cz.gds1.active24.cz/pojistovna/aktuality/tiskova-zprava-naklady-na-lecbu-alzheimerova-choroba/](http://zpmvcr.cz.gds1.active24.cz/pojistovna/aktuality/tiskova-zprava-naklady-na-lecbu-alzheimerova-choroba/). *Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR* [online]. 2017 [cit. 2018]. Dostupné z: <http://zpmvcr.cz.gds1.active24.cz/pojistovna/aktuality/tiskova-zprava-naklady-na-lecbu-alzheimerova-choroba/>
- [88] KISLINGEROVÁ, Eva a Hana SCHOLLEOVÁ. Kalkulace nákladů sociálních služeb: Kalkulační vzorec. *Podpora procesů v sociálních službách* [online]. 2014 [cit. 2018]. Dostupné z: <http://www.podporaprocessu.cz/wp-content/uploads/2013/01/Kalkulace-nakladu.pdf>
- [89] NOVÁKOVÁ, Zdeňka. *Národní zdravotnický informační systém - ekonomické zpravodajství* [online]. Praha, 2017 [cit. 2018]. Dostupné z: file:///C:/Users/Zuzana/Downloads/nzis_rep_2017_E03_luzkovy_fond_2016.pdf
- [90] KŘÍŽOVÁ, Eva, Hana JANEČKOVÁ a Jaromír BĚLÁČEK. *Family Carers' Perspectives on Integrated Community Care in the Czech Republic*. b.r. DOI: 10.21101/cejph.a4463. Dostupné také z: http://apps.szu.cz/svi/cejph/show_en.php?kat=archiv/2016-4-07
- [91] ÚZIS ČR, . *Zdravotnická ročenka České republiky 2016* [online]. Praha, 2017 [cit. 2018]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>

Seznam obrázků

Obrázek 1: Počet osob s ACH v ČR	14
Obrázek 2: Péče o pacienty s ACH v ČR.....	15
Obrázek 3: Zdravotní péče	17
Obrázek 4: Psychiatrická ambulantní péče r. 2015	18
Obrázek 5: Počet ambulantních pacientů s dg. G30 dle kraje v r. 2012	19
Obrázek 6: Procentuální zastoupení diagnóz u dg. G30	21
Obrázek 7: Procentuální zastoupení lůžkových zařízení u dg. G30 v r. 2008-2012 ...	22
Obrázek 8: Procentuální zastoupení lůžkových zařízení u dg. G30 v r. 2008-2012 ...	22
Obrázek 9: Sociální služby poskytované lidem s ACH v ČR.....	24
Obrázek 10: Výdaje na zdravotnictví v % z HDP.....	30
Obrázek 11: Vývojový diagram – symboly	42
Obrázek 12: Členění nákladů	44
Obrázek 13: Struktura nákladů – pečovatelská služba.....	67
Obrázek 14: Struktura nákladů – osobní asistence.....	68
Obrázek 15: Struktura nákladů – denní stacionář	69
Obrázek 16: Struktura nákladů – DZR.....	70
Obrázek 17: Vývojový diagram	72

Seznam tabulek

Tabulka 1: ACH ve vybraných zemích	31
Tabulka 2: Příspěvek na péči	52
Tabulka 3: Příjmy: Stádium I	52
Tabulka 4: Náklady: Stádium I, varianta I	53
Tabulka 5: Náklady: Stádium I, varianta II.....	53
Tabulka 6: Dopad na rozpočet domácnosti: Stádium I, varianta I.....	54
Tabulka 7: Dopad na rozpočet domácnosti: Stádium I, varianta II.....	54
Tabulka 8: Příjmy: Stádium II, varianta I	55
Tabulka 9: Náklady: Stádium II, varianta I.....	56
Tabulka 10: Dopad na rozpočet domácnosti: Stádium II, varianta I.....	56
Tabulka 11: Náklady: Stádium II, varianta II	57
Tabulka 12: Dopad na rozpočet domácnosti: Stádium II, varianta II	57
Tabulka 13: Náklady: Stádium II, varianta III	58
Tabulka 14: Dopad na rozpočet domácnosti: Stádium II, varianta III	59
Tabulka 15: Příjmy: Stádium II, varianta IV.....	59
Tabulka 16: Úhrady DZR: Stádium II, varianta IV	60
Tabulka 17: Náklady DZR zřizovatel obec: Stádium II, varianta IV.....	61
Tabulka 18: Náklady DZR soukromý zřizovatel: Stádium II, varianta IV	61
Tabulka 19: Dopad na rozpočet domácnosti: Stádium II, varianta IV	62
Tabulka 20: Příjmy: Terminální stádium, varianta II.....	64
Tabulka 21: Náklady: Terminální stádium, varianta II.....	64
Tabulka 22: Dopad na rozpočet domácnosti: Terminální stádium, varianta II.....	64
Tabulka 23: Počet pacientů s AN registrovaných u zdravotních pojišťoven	65
Tabulka 24: Náklady zdravotních pojišťoven na osoby s ACH.....	65
Tabulka 25: DZR dle zřizovatele	70
Tabulka 26: Přehled procesních modelů péče.....	77

Seznam příloh

Příloha 1: Hrazení sociálních služeb dne Vyhlášky č. 505/2006 Sb.	105
Příloha 2: Příspěvek na péči pro osoby starší 18 let	106
Příloha 3: Výdaje vybraných zemí na zdravotnictví v % z HDP	107
Příloha 4: Výdaje vybraných zemí na zdravotnictví na 1 obyvatele	107
Příloha 5: Přehled použitých studií	108

Příloha 1: Hrazení sociálních služeb dne Vyhlášky č. 505/2006 Sb. [35]

Forma sociální péče	Druh sociální péče	Základní úhrada	Poznámka k základní úhradě	Doplňkové služby a jejich úhrady	
Terénní	Osobní asistence	130 Kč za hodinu, podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonů	pokud poskytování služby, včetně času nezbytného k zajištění úkonů, netrvá celou hodinu, výše úhrady se poměrně krát		
	Pečovatelská služba	130 Kč za hodinu, podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonů	pokud poskytování služby, včetně času nezbytného k zajištění úkonů, netrvá celou hodinu, výše úhrady se poměrně krát	170 Kč denně za celodenní stravu	v rozsahu minimálně 3 hlavních jídel, včetně provozních nákladů souvisejících s přípravou stravy
				75 Kč za oběd	
				30 Kč za dovoz nebo donáška jídla	
	115 Kč za velký nákup	například týdenní nákup, nákup ošacení a nezbytného vybavení domácnosti			
	70 Kč za kg prádla	praní a žehlení ložního a osobního prádla, popřípadě jeho drobné opravy			
	Tísňová péče	maximální výše úhrady za poskytování tísňové péče se rovná skutečným nákladům na provoz technických komunikačních prostředků.			
Ambulantní	Sociální poradenství	bezplatně			
	Centra denních služeb	130 Kč za hodinu, podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonů	pokud poskytování úkonů, včetně času nezbytného k jejich zajištění, netrvá celou hodinu, výše úhrady se poměrně krátí	170 Kč denně za celodenní stravu	v rozsahu minimálně 3 hlavních jídel, včetně provozních nákladů souvisejících s přípravou stravy
	Denní stacionáře			75 Kč za oběd	
Lůžková	Týdenní stacionáře	210 Kč denně celkem za: ubytování, úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení,	včetně provozních nákladů souvisejících s poskytnutím ubytování	170 Kč denně za celodenní stravu	v rozsahu minimálně 3 hlavních jídel, včetně provozních nákladů souvisejících s přípravou stravy
	Domovy pro seniory				
	Domovy se zvláštním režimem			75 Kč za oběd	

Příloha 2: Příspěvek na péči pro osoby starší 18 let [35]

Základní životní potřeby:			
1)		Mobilita	
2)		Orientace	
3)		Komunikace	
4)		Stravování	
5)		Oblékání a obouvání	
6)		Tělesná hygiena	
7)		Výkon fyziologické potřeby	
8)		Péče o zdraví	
9)		Osobní aktivity	
10)		Péče o domácnost	
Stupeň	Míra závislosti	Počet nezvladatelných základních životních potřeb	Výše PnP/měsíc
Stupeň I	lehká závislost	3–4	880 Kč
Stupeň II	středně těžká závislost	5–6	4 400 Kč
Stupeň III	těžká závislost	7–8	8 800 Kč
Stupeň IV	úplná závislost	9–10	13 200 Kč

Příloha 3: Výdaje vybraných zemí na zdravotnictví v % z HDP [5]

Stát / rok	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Česká republika	5,7	5,9	6,2	6,6	6,4	6,4	6,2	6,0	6,4	7,3	6,9	7,0	7,0	7,8	7,7	7,3	7,3
Švédsko	7,4	8,0	8,4	8,5	8,3	8,3	8,2	8,1	8,3	8,9	8,5	10,7	10,9	11,	11,1	11,0	11,0
Francie	9,5	9,7	10,0	10,0	10,1	10,2	10,0	10,0	10,1	10,8	10,7	10,7	10,8	10,9	11,1	11,1	11,0
Německo	9,8	9,9	10,1	10,4	10,1	10,3	10,1	10,0	10,2	11,2	11,0	10,7	10,8	11,0	11,1	11,2	11,3

Příloha 4: Výdaje vybraných zemí na zdravotnictví na 1 obyvatele [5]

Údaje v přepočtu na paritu kupní síly ve vybraných zemích OECD (\$ PPP)

PPP: V přepočtu dle kupní síly s ohledem na cenovou hladinu v dané zemi

Stát / rok	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Česká republika	934	1041	1139	1290	1342	1425	1514	1609	1728	1974	1880	2001	2028	2330	2386	2466	2544
Švédsko	2178	2396	2575	2714	2830	2842	3066	3275	3482	3547	3544	4668	4860	5003	5065	5226	5488
Francie	2484	2658	2853	2828	2947	3101	3254	3407	3563	3774	3860	4010	4063	4292	4367	4530	4600
Německo	2613	2730	2870	3033	3100	3297	3503	3661	3901	4131	4359	4510	4695	4922	5119	5353	5551

Příloha 5: Přehled použitých studií

Č. studie	Název studie	Rok	Autor	Předmět	Použitá metoda
ČR					
1	Quality of care for people with dementia in residential care settings and the “Vážka” Quality Certification System of the Czech Alzheimer Society [12]	2014	Hradcová, D.; Hájková, L.; Mátlová, M.; Vaňková, H.; Holmerová, I.	Kvalita služeb	deskripce
2	The economic burden of the care and treatment for people with Alzheimer’s disease: the outlook for the Czech Republic [14]	2016	Marešová, Petra; Zahálková, Veronika	Náklady na léčbu a péči o pacienty s CH	nákladová analýza vypracovaná z veřejně přístupných zdrojů a nestrukturovaných rozhovorů
Francie					
3	Healthcare networks for the management of Alzheimer’s disease in France [48]	2006	Fromentin, Remy	Zdravotnická zařízení pro osoby s ACH	deskripce
4	Evaluation of full costs of care for patients with Alzheimer’s disease in France: The predominant role of informal care [49]	2014	Gerves, C; Chauvin, P; Bellanger, MM	Náklady na péči o pacienty s ACH	cost of illness
Germany					
5	Alzheimer’s disease – Germany [54]	2010	Hausner, L; Froelich, L	Problematika ACH v Německu se zaměřením na neformální péči	deskripce
6	Situation Review of Care Deficits and Care Management Programs for Alzheimer’s Disease in Germany [55]	2013	Lasse Korff; Lennart Weegen; Sarah Mostardt; Sonja Ivancevic; Jürgen Wasem; Anke Walendzik	Zlepšení nedostatků v péči o pacienty s ACH	systematická rešerše, internetový průzkum
7	Caring for people with dementia in general hospitals: An education curriculum from the Alzheimer’s Society of Lower Saxony, Germany [56]	2013	Gurlit, S; Thiesemann, R; Wolff, B; Brommer, J; Gogol, M	Vzdělávání v problematice ACH	deskripce

Č. studie	Název studie	Rok	Autor	Předmět	Použitá metoda
Švédsko					
8	The societal costs of dementia in Sweden 2012 – relevance and methodological challenges in valuing informal care [60]	2016	Wimo, A; Jonsson, L; Fratiglioni, L; Sandman, PO; Gustavsson, A; Skoldunger, A; Johansson, JL	Náklady na neformální péči	cost od illness se sociální perspektivou
9	Best practice and needs for improvement in the chain of care for persons with dementia in Sweden: a qualitative studybased on focus group interviews [64]	2014	Bokberg, C; Ahlstrom, G; Karlsson, S; Hallberg, IR; Janlov, AC	Zlepšení péče o osoby s ACH	kvantitativní rozhovor
10	Time spent on informal and formal care giving for persons with dementia in Sweden [65]	2002	Wimo, Anders; von Strauss, Eva; Nordberg, Gunilla; Sassi, Franco; Johansson, Lennarth	Formální a neformální péče	postupná lineární regresní analýza