

Univerzita Hradec Králové

Fakulta informatiky a managementu

Katedra ekonomie

Vybrané druhy nákladů na péči o seniory

Diplomová práce

Autor: Bc. Jakub Betka
Studijní obor: Informační management
Vedoucí práce: doc. Ing. Mgr. Petra Marešová, Ph.D.

Hradec Králové

duben 2018

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem svou diplomovou práci zpracoval samostatně a s použitím uvedené literatury

V Hradci Králové dne 05.04.2018

podpis autora práce

Poděkování

Touto cestou bych chtěl poděkovat doc. Ing. Mgr. Petře Marešové, Ph.D. za cenné odborné návrhy a připomínky, které mi při zpracování diplomové práce poskytla.

Dále bych chtěl poděkovat všem, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření a pomohli tak uskutečnit a podpořit tuto práci.

Anotace

Diplomová práce „Vybrané druhy nákladů na péči o seniory“ se věnuje oblasti analýzy a vyčíslení nepřímých a dalších nákladů na péči o seniory a dlouhodobě nesoběstačných osob. Práce se dále zabývá obecným pojmem senior a současným pohledem na globální problém stárnutí populace. Součástí práce je analýza všech spojených nákladů z veřejně dostupných zdrojů, které jsou podpořeny empirickou částí diplomové práce.

V empirické části jsou znázorněny výsledky dotazníkového šetření mezi pacienty seniory a dlouhodobě nemocnými. Vyhodnocení zrcadlí obdržaná data o výši nákladů za léčbu z pohledu nepřímých a přímých nákladů. Výsledky této práce jsou dále porovnávány s dalšími vědeckými pracemi zabírajícími se stejnou problematikou.

Klíčová slova

náklady, druhy nákladů, členění nákladů, přímé náklady, nepřímé náklady, metody zjišťování nepřímých nákladů, senior, stárnutí populace, dlouhodobá péče, strategie péče o seniory, domácí péče

Annotation

The diploma thesis "Selected Costs of Care for the Elderly" deals with the area of analysis and quantification of indirect and other costs of care for the elderly and long-term unemployed. The thesis also deals with the general concept of a senior and the current view of the global problem of population aging. Part of the thesis is the analysis of all connected costs from publicly available sources, which are supported by the empirical part of the diploma thesis.

The empirical part presents the results of the questionnaire survey between the elderly and the long-term patients. The evaluation mirrors the received data on the cost of treatment in terms of indirect and direct costs. The results of this work are further compared with other scientific papers dealing with the same issue.

Keywords

Costs, cost types, cost breakdown, direct costs, indirect costs, indirect cost methods, senior, population aging, long-term care, senior care strategies, home care

OBSAH

1	ÚVOD	8
2	CÍL A METODIKY PRÁCE	10
3	TEORETICKÁ VÝCHODISKA	14
3.1	Náklady	15
3.2	Členění nákladů ve zdravotnictví	17
3.3	Metody zjišťování nepřímých nákladů	20
3.3.1	Metoda opportunity / Oportunitní náklady	20
3.3.2	Metoda Proxy	22
3.3.3	Metoda CVM a CA	22
3.3.4	Metoda ocenění životních podmínek	25
3.4	Senioři v České republice	25
3.4.1	Senior a jeho definice	25
3.4.2	Rodina seniora	26
3.4.3	Stárnutí a starobyllost	26
3.4.4	Strategie péče o seniory	28
3.4.5	Sociální zabezpečení seniorů	30
3.5	Zdravotní a sociální formy péče	31
3.5.1	Domácí péče jako neformální péče	32
3.5.2	Terénní péče jako formální péče	32
3.5.3	Ústavní péče jako státní péče	33
4	PRAKTICKÁ ČÁST	34
4.1	Analýza aktuálního stavu zdravotní péče	35
4.1.1	Vývoj dlouhodobé péče o seniory	35
4.1.2	Demografické ukazatele vývoje obyvatelstva	38
4.1.3	Náklady / výdaje do zdravotnictví – ČR	41
4.1.4	Náklady / výdaje do zdravotnictví – EU 27 a vybrané země	42
4.2	Dotazníkové šetření mezi formálními a neformálními pečovateli	44
4.2.1	Zkoumané organizace dotazníkového šetření	45

4.3	Výsledky dotazníkového šetření	48
4.3.1	Charakteristika respondentů – pečovatelů	48
4.3.2	Charakteristika pac. v návaznosti na zdrav. vybavení a druhu nemoci	51
4.3.3	Časová charakteristika péče o pacienta	54
4.3.4	Pokročilejší statistické metody	56
4.3.5	Shrnutí výsledků dotazníkového šetření	61
4.3.6	Srovnání výsledků šetření se zahraničím.....	63
4.4	Náklady na pacienty a seniory.....	65
4.4.1	Analýza výdajů na péči v ČR – vlastní šetření	65
4.5	Zhodnocení výs. ekon. zátěže dl. nem. seniorů s jinými chr. nemoc.	77
5	DOPORUČENÍ.....	80
6	ZÁVĚR.....	82
7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	83
8	OBSAH TABULEK A GRAFŮ.....	91
9	PŘÍLOHY	93

1 ÚVOD

Existuje mnoho různých typů dlouhodobých nemocí, které vyžadují výjimečnou péči a zdroje nutné k jejímu poskytnutí. Tyto nemoci vyžadují neustálou péči, včetně speciálního zařízení a medikaci poskytovanou z dlouhodobého hlediska. Dále vedle toho existují nemoci, které nemají žádný jiný důvod než jen věk, především stáří. To znamená, že starší populace má vyšší riziko a častější případy závažných krátkodobých i dlouhodobých onemocnění. Celá tato problematika dělá ze seniorů zvláštní část společnosti, která má své potřeby. V pozici seniora se koneckonců bez rozdílu pohlaví, současného pracovního zařazení a sociálního statusu ocitne většina z nás. Současné predikce vývoje nám říkají, že průměrný věk populace v globálním měřítku roste. Podle současných statistických mediánů bude v Evropě v roce 2060 průměrný věk 60 let. Mnohé další studie z roku 2010 uvádí 50% nárůst počtu obyvatel ve věku 80 let a vyšším. To dělá toto téma práce velice aktuální.

Tyto dvě skupiny lidí – dlouhodobě nemocní a senioři, tvoří samostatnou kapitolu v ekonomice kterékoli země světa. Každá země má své vlastní způsoby výpočtu ekonomické zátěže seniorů a jejich blízkých. S tím také souvisí politika a postavení daných zemí k tomuto problému ve formě dotací do různých druhů sociálních a ekonomických věcí. Nicméně v současné době jsou státy schopny jasně vyčíslit pouze náklady přímé, které obsahují jasně průhledné a počitatelné náklady. Tyto náklady obsahují například: hospitalizaci, ambulantní péči, částečně i medikamenty apod. Současně se každý pacient, pečovatelé a obecně rodiny potýkají s náklady nepřímými. Cílem této práce je vysvětlit, co tyto náklady znamenají, jakým způsobem je možné je vyčíslit a jednoznačně definovat, z čeho se tyto náklady nejčastěji skládají.

Práce je rozdělena na dvě hlavní části – na teoretickou a praktickou. V teoretické části je diskutováno několik témat, souvisejících s náklady na péči o seniory a dalšími pacienty, kteří potřebují dlouhodobější a individuální péči. V souvislosti se specifikací nákladů budou v práci vysvětleny pojmy spojené se seniory, jejich potřeby, sociální zabezpečení, zdravotní a sociální formy péče včetně dělení do podskupin. Dále je probrán pojem senior a vše s ním úzce související. V závěru

teoretických pojmů budou probrány zdravotní i sociální formy péče o seniory. V praktické části pak bude pomocí výše zmíněného dotazníkového šetření analyzována a šetřena problematika péče o seniory a pacienty. V závěru budou vyčísleny nepřímé náklady a vzor kalkulace těchto nákladů.

2 CÍL A METODIKY PRÁCE

Cíl práce

Cílem diplomové práce je specifikovat vybrané skupiny nepřímých nákladů na péči o seniory ve vztahu k závislosti na pomoci jiné osoby ať rodinné či blízké. Pro dosažení cíle celé práce bude provedeno:

- retrospektivní analýza dat – přímé a nepřímé náklady z veřejně dostupných databází (ÚZIS, ČSU apod.),
- za účelem zjištění konkrétní výše nepřímých nákladů u osob v ČR bude provedeno dotazníkové šetření,
- rozmístění dotazníku mezi pečovatele a následné zanalyzování,
- zpracování dat z dotazníkového šetření statistickými a matematickými metodami,
- výběr metody kalkulace nepřímých nákladů,
- vyjádření přímých a nepřímých nákladů na vybranou skupinu dlouhodobě nemocných seniorů v České republice.

Dotazníkové šetření

Cílem dotazníkového šetření bylo stanovit níže vypsané a zkoumané hypotézy H1-H4, které budou následně vyhodnoceny a analyzovány za pomoci programu SPSS. Jako nejvhodnější metody s ohledem na konstrukci dotazníku bylo zvolit převážně Test dobré shody Chí-kvadrát a dále pak Spearmanův koeficient pořadové korelace. Hypotézy jsou konstruovány tak, aby podpořily základní výstupy o náročnosti a časové vytíženosti pečovatele vůči seniorovi nebo pacientovi.

Testovací hypotézy budou následující:

- *H1: Existuje závislost mezi měsíčními výdaji za pečovatelské služby a počtem hodin práce pečovatele.*
- *H2: Existuje závislost mezi časem stráveným s pacientem a časem, který s pacientem tráví pečovatel.*
- *H3: Existuje závislost mezi pohlavím a časem stráveným s pacientem.*
- *H4: Existuje závislost mezi časem stráveným s pacientem a potřebou speciálního vybavení.*

Veškerý sběr těchto dat probíhal ve čtyřech oslovených organizacích a u několika fyzických osob pečujících o své blízké z domu. Sběr dat započal na konci roku 2016 a byl ukončen a analyzován roku 2017.

Výčet oslovených organizací:

- Agentura domácí péče – České Meziříčí
- Domov dědina – Opočno / České Meziříčí / Přepychy
- Domácí hospic Setkání – Rychnov nad Kněžnou
- Oblastní charita – Hradec Králové

Dotazník byl konstruován a vytvořen jako polostrukturovaný typ. V tomto typu dotazníku se objevují jak standardizované otázky, tak otázky otevřené. Dotazník se celkem skládá z 17 otázek. Z toho 12 otázek jsou standardního typu, kdy dotazovatel má vždy na výběr z přesně vymezených škál odpovědí. Další 4 otázky jsou typu polostandardních, kde k dané škále může osoba připsat jednu svoji a jednu otázku otevřenou.

V bloku číslo 1 se nacházejí obecné informace o pečovateli, jeho pohlaví, věk, vztah k pečující osobě, pracovní poměr, měsíční příjmy, pracovní a pečovatelská vytíženost k pečující osobě. S tímto blokem je provázána kapitola 4.3.1 Charakteristika respondentů – pečovatelů. Blok číslo 2 se zaměřuje více na pacienta a na náklady spojené s léčbou a pečovatelské služby. K bloku 2 korespondují

kapitoly 4.3.3 Časová charakteristika péče o pacienta a 4.4 Náklady na pacienty a seniory.

Výstupy šetření budou děleny na:

- základní výstupová data,
- pokročilejší výstupová data

K dosažení a vizualizaci jednoduchých neboli základních dat, bylo nutno překlopit papírovou formu dotazníku do elektronické vizualizace. Tato data byla následně utříděna do podoby základních grafů pro snadnou představu tak jak je znázorněno v kapitole 4.3 a v příslušných podkapitolách. K vytvoření pokročilejších výstupů, bylo využito softwaru IBM SPSS. S přihlédnutím k formě dotazníku bylo nejvíce využito testu dobré shody chí-kvadrát, který nám dovoluje ověřování hypotéz v kontingenční tabulce. Dále byl na jedné z hypotéz testován Spearmanův koeficient pořadové korelace. Více o této problematice viz. kapitola 4.3.4.

Statistické zpracování hypotéz

Pro sledování závislostí mezi otázkami byl použit χ^2 test nezávislosti v kontingenční tabulce a Spearmanův korelační koeficient. Všechny postupy byly provedeny podle Pecákové (2011) a Hindlse a kol. (2007). Testy provedeny v softwaru SPSS a byly vyhodnoceny na 5 % hladině významnosti.

Chí-kvadrát test byl použit k nalezení závislosti mezi dvěma nominálními proměnnými. Nejprve byla vždy sestavena kontingenční tabulka, která vzniká setříděním jednotky souboru podle dvou kvalitativních znaků, např. znaku A, který může nabývat r variant a znak B, který lze rozdělit na s variant. Četnosti uvnitř tabulky můžeme označit n_{ij} . První index označuje i -tou variantu znaku A, druhý index j -tou variantu znaku B. Okrajové neboli marginální četnosti označujeme pouze jedním indexem, druhý je nahrazen tečkou.

Tato statistika testuje hypotézu:

H₀: Znaky v kontingenční tabulce jsou nezávislé

H₁: non H₀ neboli znaky jsou závislé.

Testovaná statistika G má při platnosti nulové hypotézy X² rozdělení se stupni volnosti $v=(r-1) * (s-1)$. Pro test volíme opět obvyklou hladinu významnosti $\alpha = 0,05$.

K analýze vzájemných lineárních vztahů dvou číselných proměnných byl využit Spearmanův korelační koeficient. Tento koeficient lze využít v případech, kdy je malý rozsah souboru, data nemají normální rozdělení nebo pokud jsou zkoumané proměnné ordinální. Ve všech těchto případech je vhodné použít Spearmanův koeficient pořadové korelace

$$r_s = 1 - \frac{6 \cdot \sum_{i=1}^n d_i^2}{n \cdot (n^2 - 1)},$$

kde d_i jsou diference pořadových čísel uspořádaných hodnot veličin X a Y (p_i a q_i). Tento koeficient je vlastně Pearsonovým korelačním koeficientem těchto pořadí p_i a q_i .

3 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

V první části teoretických východisek jsou popsány především náklady. Jak z pohledu obecného, tak podrobného. Větší důraz bude kladen na náklady ve zdravotnictví. Jak přímé, které jsou poměrně jasně a snadno definovatelné, tak náklady nepřímé, které se obecně kategorizovat a definovat nedají. Existuje mnoho studií a vědeckých prací, které tyto nepřímé náklady zmiňují a dělí. Každý autor je dělí dle vztahu zkoumané choroby a podle diagnózy nemoci přiřazuje různé druhy nákladů. Po takto definovaných nákladech budou v práci popsány jednotlivé typy analýz, které pomáhají identifikovat tyto nepřímé náklady. Jedny ze stěžejních metod jsou metoda opportunity a metoda proxy. Obě metody mají svá pravidla a postupy, podle kterých jsou pečovatelé dotazováni na různé typy otázek. Ač se metody zdají být podobné, není tomu tak. Více k těmto metodám bude probráno v následujících kapitolách.

V další části teoretických východisek bude popsán pojem a definice senior. V rámci popisu této definice budou identifikovány pojmy se seniorem úzce spojené. V kapitolách bude popsáno stárnutí a starobylost v postupné návaznosti na obecné stárnutí populace a problematiku svázané s tímto problémem jednadvacátého století. Budou popsány možné strategie, kterými se státy Evropy, a nejen Evropy měly řídit pro zamezení tohoto problému. V souvislosti s problémem, který nastává se stále větším přírůstkem starších osob, budou popsány potřeby těchto lidí. Opět existuje více autorů a autorek, které do potřeb seniorů zahrnují něco jiného, ale v mnoha věcech se střetávají i přes rozdílnost výzkumů, které kvůli této problematice byly zkoumány. V poslední části teoretických východisek budou popsány dva typy základních forem péče poskytované seniorům a obecně nemocným osobám. Bude se jednat o zdravotní a sociální formy péče, které se následně dělí na další podkategorie péčí.

3.1 Náklady

Náklady vyjadřují peněžní hodnotu veškerých spotřebních vstupů při poskytnutí služby nebo výrobě produktu. Jedná se zároveň o součet peněz, které organizace nebo osoba vydala za cílem zisku, tržby, a to bez nutnosti mít tyto náklady v dané fázi uhrazené. V podnikové sféře do nákladů obecně vstupuje – úsilí, materiál, zdroje, spotřebovaný čas a energie, vzniklá rizika, ušlé příležitosti při dodání služby nebo výrobku. (Synek 2011 str. 80-81), (Business Dictionary © 2017)

Obecné členění a klasifikace nákladů

Obecným předpokladem správného určení nákladů a jejich finální kalkulaci, je nutné mít náklady dobře a dopodrobna rozčleněné. Zde si stručně a bodově vymezíme základní dělení nákladů napříč různými autory. Dle autora Popeského (2009, str. 32) se pojetí nákladů dělí na:

- finanční pojetí nákladů,
- manažerské pojetí nákladů,

Jak uvádí Hradecký (2008, str. 77) v manažerském účetnictví existují dvě základní členění.

- druhové členění nákladů,
- účelové členění nákladů,

Autor Popeský (2009, str. 32-33) uvádí obdobné členění, ale přidává k nim tyto:

- kalkulační členění nákladů,

Nowicki (2011) s autorkou Dvořákovou (2011) dále náklady rozčleňují dle provedeného rozhodnutí.

- utopené náklady,
- rozdílové náklady,
- přírůstkové náklady,
- marginální náklady,
- relevantní náklady,
- irelevantní náklady,

Druhové členění nákladů

Tyto náklady se dají jednoduše charakterizovat jako veškeré náklady, které podnikatel nebo firma vydala na jisté účely. Z tohoto členění by mělo být jasné, na co konkrétně byly náklady využity. (Šoljaková, 2009) Mezi druhové členění patří náklady prvotní a externí, například: náklady na spotřebu materiálu, náklady finanční, odpisy atd. (Hradecký 2008, str. 78). Keřkovský (2004, str. 77) zde kromě výše zmíněného uvádí i nemateriální náklady na služby, náklady spojené s pojištěním, živnostenským listem apod.

Účelové členění nákladů

Také označované jako členění podle funkce, provádí účinnou kontrolu nákladů, které byly za jistým účelem vynaloženy. Náklady jsou posléze děleny podle účelu, kvůli kterému byly vynaloženy. Dále tyto náklady lze dělit podle místa vzniku a odpovědnosti a podle výkonu – tzv. kalkulační členění nákladů. (Dvořáková 2014, str. 282-283)

Kalkulační členění nákladů

Jistým způsobem navazují tyto náklady na účelové. Kalkulační členění říká, konkrétně, na co byli náklady utraceny. Dostáváme se tak ke dvěma typům nákladů, které obecně patří mezi nejznámější, protože toto členění náklady dále dělí na přímé náklady (jednicové) a nepřímé (režijní). Popesko (2009, str. 3) přímé náklady popisuje jako exkluzivně svázané s objektem, například nějakým výrobkem. Oproti tomu nepřímé náklady jsou pravý opak přímých, nelze je jasně určit. Je nutné je dopočítat různými metodami.

3.2 Členění nákladů ve zdravotnictví

Členění nákladů je velice obsáhlé především proto, že na náklady lze pohlížet z různých stran a úhlů pohledu na danou problematiku. V manažerském účetnictví a controllingu se používají ty dva nejznámější typy nákladů a to přímé (direct costs) a nepřímé (indirect costs). Keřkovský (2004, str. 76-77) tyto náklady komentuje také jako kalkulační náklady pro tvorbu ceny pro výrobky a služby. Přejdeme-li na náklady spojené se zdravotnictvím a péčí o pacienty, mají tyto náklady naprosto jinou definici, než se uvádí ve většině obecných definic nákladů. Dle webové stránky Labtestsonline (2012) se přímé a nepřímé náklady vztahují k pacientovi. V následujících odstavcích si podrobně s příklady uvedeme různé druhy nákladů.

Přímé náklady

Tyto náklady se vytváří jako implikace pacientova onemocnění nebo úrazu. Dle studie od Santos et. al. (2007, str. 946) se do těchto nákladů mohou dále promítat náklady na hospitalizaci, medikaci a na provoz pohotovostní místnosti a služby s tím spojené. Přímé náklady rozhodně tvoří velkou část celkových nákladů. To potvrzuje studie od Domeikiené et. al. (2014, str. 57-59), která poukazuje na poměrně velké procento přímých nákladů vložených do ambulantní péče a doktorů ošetřujících pacienty s diabetes ve druhém stádiu. Autoři uvádějí, že v USA léčba a hospitalizace v přímých nákladech ročně vychází 116 bilionů dolarů. V Evropském měřítku je to pak další obrovské číslo 29 bilionů EUR ročně, a to autoři zmiňují pouze ty největší země (Německo, Francie, Itálie, Švédsko a další). Přímé náklady na zdravotnictví se následně nejčastěji dělí do zdravotnických a nezdravotnických.

- zdravotnické náklady – zde se řadí příjmy lékařů nebo pacientovo setrvání v nemocnici nebo ústavu
- nezdravotnické náklady – se vytváří jako následek nemoci. Kirch (ed.) (2008, str. 267) nepřímé náklady popisuje jako veškeré ostatní náklady spojené s nemocí pacienta. Řadí se zde i náklady na domácí ošetřování. Jako další příklad jsou často uváděny náklady na stěhování pacienta a další. Statisticky

se tyto náklady velice špatně vyčíslují, neboť se do zdravotní péče nepromítají. Nezdravotnické přímé náklady leckdy mohou překročit samotné přímé náklady pacientů. (Ibrahim, 2015, str 5-8)

Nepřímé náklady

Tyto náklady jsou reprezentovány jako úbytek prostředků, které se mohou reálně využít jiným vhodnějším způsobem. Jako příklad web labtestonline (2012) uvádí nepřítomnost na pracovišti a následné ekonomické následky této nepřítomnosti. Weintraub (2003, str. 63-66) dodává, že tyto náklady se obvykle skládají z pracovní ztráty, a to výměnou pracovníků. To má samozřejmě za následek ztráty produktivity v oněch důsledcích. Nepřímé náklady oproti přímým jsou hůře identifikovatelné, a to díky špatné vyčíslitelnosti. V článku Harvardské univerzity (2007, str. 8) jsou některé z těchto nákladů uvedeny. Následující Tabulka 1 je převzatá a volně přeložená z uvedeného zdroje.

Nepřímé náklady
nepřítomnost zaměstnanců, kteří se starají o členy rodiny
zdravotní služby poskytované neplacenými pečovateli
vzdělávání pacientů o nemoci
finanční pomoc osobám s chronickou nemocí
snížení pracovní produktivity
ukončení pracovního poměru
bolesti, utrpení a celková kvalita života
opatření pro kontrolu alergie u domácností
omezené aktivity
doprava ze zdravotních prohlídek
neplacenou práci v domácnosti v důsledku předčasné smrti

Tabulka 1 Příklady nepřímých nákladů u dlouhodobě chronicky nemocných pacientů

(Zdroj: Harvardská univerzita 2007, Dodávka zdravotní péče – rozložení nákladů str. 8)

Nehmotné náklady

Jsou velice těžko uchopitelné, a to převážně kvůli špatné měřitelnosti a dopadu na pacienta. Zde se uvádí různé pacientovy bolesti a z těchto důvodů redukce hodnot života. (Lab Test Online, ©2001–2017)

Fixní náklady

Jsou ty, jejichž celková hodnota zůstává konstantní v určité relativní míře, i v předpokladu, že objem nákladů se může lišit. Dle Haddixové (2003, str. 56) se do fixních nákladů ku příkladu řadí testovací soupravy pro HIV testy, antikoncepce, náklady spojené s provozem nemocničních budov, náklady související s vybraným typem léčby atd. V krátkém období se tyto náklady nemění v závislosti na počtu klientů kupujících produkt nebo službu.

Variabilní náklady

Naopak od fixních jsou ty, které v jisté míře reagují na změnu objemu aktivit. S počtem pacientů v jisté míře rostou, Young ve své publikaci (2014. str. 203), zdravotnické potřeby na ambulantních klinikách. Tyto náklady se s růstem návštěv pacientů budou automaticky zvyšovat. Příímka variabilních nákladů je pak silně strmá, logicky ambulance s menším objemem návštěv bude mít příímku variabilních nákladů méně strmou.

3.3 Metody zjišťování nepřímých nákladů

Pro zjištění nepřímých nákladů lze využít několika různých metod oceňování. Berg (2012) ve své prezentaci pro Univerzitu v Yorku tyto metody dělí na:

- metoda proxy,
- metoda nákladů a příležitosti (oportunitní metoda),
- metoda CVM a CA,
- metoda podmíněného oceňování.

(Brunel University London, © 2014)

3.3.1 Metoda oportunity / Oportunitní náklady

Tato metoda je odvozená od nákladů obětované příležitosti. Tyto náklady v klasickém pojetí účetnictví nejsou evidovány. Dle autora Popeska (2009, str. 43) mají oportunitní náklady vlastnosti implicitních nákladů. Dále zmiňuje, že tyto náklady je možné identifikovat pouze tehdy, pokud posuzujeme dvě a více variant rozhodnutí. Palmer (1999) ve svém článku dodává, že tyto náklady obecně vyžadují komplexní a neagresivní údaje o individuálním pacientovi. Pro provedení analýzy oportunitních nákladů si musíme dle Russella (1992) položit otázky jako: Kolik peněz ztratíme, když se zdravotnictví zaměří na investování do jiných příležitostí než do těch, které by přinesly větší přínos a úspěšnost. Dále jaké jsou nejproduktivnější investice v oblasti zdraví a jaké jsou nejméně produktivní investice. Russell (1992) ve svém článku provedl zajímavý výzkum. Spočítal kolik životních let je možné vyprodukovat jedním milionem dolarů vložených do zdravotnictví.

Jako příklad uvádí takzvaný „pap smear“ (kontrola děložního čípku) každé tři roky od dvaceti do sedmdesáti let věku pacientky, přineslo v průměr padesát dva životních let viz. následující Tabulka 2 a 3. Převzato od Russella – náklady obětované příležitosti v moderní medicíně (1992).

Podání léku nebo léčby	Přinesené roky života
Lovastin pro prevenci vysokého cholesterolu	3
„Pap smear“ kontrola každé 3 roky	52
Propranolol pro mírnou až střední hypertenzi	73
Operace bypassu ischemické choroby srdeční u mužů středního věku	134

Tabulka 2 Roky života koupené za 1 milion dolarů část 1.

(Zdroj: Russell – náklady obětované příležitosti v moderní medicíně (1992))

V další tabulce je možné pozorovat, kolik přinese droga Lovastatin let života, a to v případě užívání, jako primární prevence a sekundární prevence. Lovastatin se vyskytuje převážně v lécích na vysoký cholesterol nebo ve formě léku na prevenci proti srdeční poruše. Dále je možné pozorovat zvýšení životních let v případě zvýšení denní dávky, nebo v časnosti nasazení léků.

Podání léku nebo léčby	Přinesené roky života
Pneumokoková vakcína	100
Očkování proti chřipce	11 110
Lovastin primárně podávaný lék – nízké riziko – ženy	14
Lovastin primárně podávaný lék – nízké riziko – muži	16
Lovastin primárně podávaný lék – vysoké riziko – ženy	24
Lovastin primárně podávaný lék – vysoké riziko – muži	41
Lovastin primárně podávaný lék – os. 55-64 s cholesterolem (300+) - muži	63
Lovastin primárně podávaný lék – os. 35-44 s cholesterolem (300+) - muži	3
Lovastin sekund. podávaný lék – os. 65-74 s cholesterolem (250+) - ženy	95
Lovastin sekund. podávaný lék – os. 65-74 s cholesterolem (250+) - muži	79
Lovastin sekund. podávaný lék 20mg – os. 55-64 s cholesterolem (250+) - muži	593
Lovastin sekund. podávaný lék 40mg – os. 55-64 s cholesterolem (250+) - muži	+55 (648)
Lovastin sekund. podávaný lék 80mg – os. 55-64 s cholesterolem (250+) - muži	+13 (661)
Monitorování bolesti hrudníku – pacienti s 20 % rizikem infarktu	14
Monitorování bolesti hrudníku – pacienti s 5 % rizikem infarktu	3

Tabulka 3 Roky života koupené za 1 milion dolarů část 2.

(Zdroj: Russell – náklady obětované příležitosti v moderní medicíně (1992))

Tak jako všechny ostatní náklady, které již byly zmíněny, mají i oportunitní náklady svůj vzorec na vypočítání. Jak uvádí Berg (2006) ve svém článku, tyto náklady mají konceptuální vyčíslení a praktické. V konceptuálním pojetí metoda oportunitních nákladů zakládá na vstupu produkčních procesů. V praxi si to lze představit jako hodnotu neformální péče, která se dle Bergera (2006) vypočítá jako:

$$\text{Neformální péče} = t_i \times w_i$$

Kde t = čas strávený s pacientem pečovatelem „i“ a w = mzda opečovatele „i“. Z teoretického pohledu nám tato metoda slouží jako měřítko v případě, že pečovatel odvede přímo tu danou práci s danou užitečností (přínosem) pro pacienta.

3.3.2 Metoda Proxy

Autor Berg (2006) tuto metodu nazývá „proxy good method“ nebo také jako metoda tržních nákladů. Jedná se o alternativu oportunitní metody. Metody se od sebe liší pouze koncepčně. Předchozí metoda oportunitní nám oceňuje vstupy, oproti tomu metoda proxy oceňuje výstupy. Dále podle autorova výzkumu bylo zjištěno, že modelování a pokládání otázek proxy metodou má daleko přesnější a kvalitnější výstupní data než metoda oportunitní. Pro vypočítání proxy metody je nutné zjistit, kolik času tráví pečovatel různými úkony v domácnosti pacienta.

Mezi tyto úkony lze řadit: úklid domácnosti, vaření, nakupování, praní, pečování o zahradu, obecnou údržbu domácnosti apod. Obecně se proxy metoda ptá na otázku, kolik hodin je pečovatel ochoten strávit poskytováním neformální péče.

3.3.3 Metoda CVM a CA

Cookson (2003) uvádí dvě použitelné metody na získání WTP indexu.

- CVM – Contingent valuation method
- CA – Conjoint analysis

První z nich CV metoda je z anglického originálu pod zkratkou CVM = Contingent valuation method. Jedná se o metodu mimotržního hodnocení a oceňování statků, která za pomoci dotazníkového šetření odhaluje domnělou

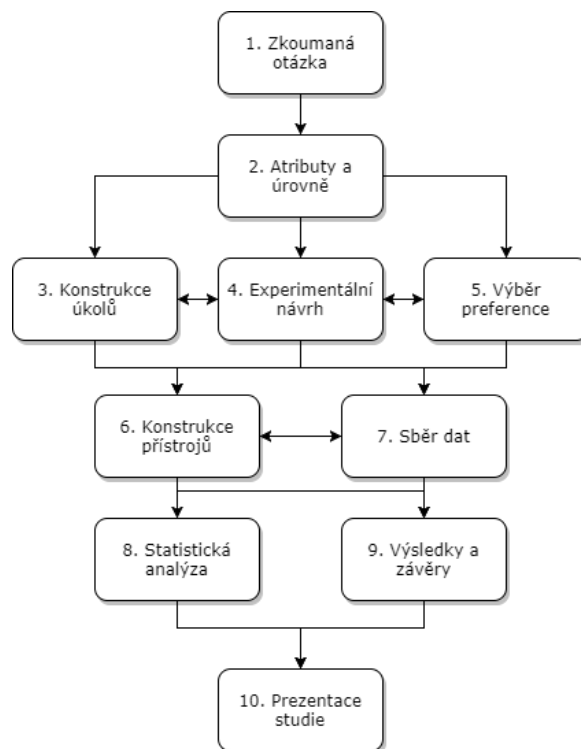
ochotu platit takzvané WTP = Willingness to pay za službu nebo statek. Případně autor Klose (1999) dále uvádí tzv. WTA = willingness to accept neboli potencionální ochotu přijmout kompenzaci onoho statku. Dále autor Klose (1999) v abstraktu své práce uvádí WTP jako měrnou jednotku při hodnocení lékařských technologií. Obecně v této metodě dochází k součtu všech proměnných WTP/WTA, který se dělí počtem jedinců z vybraného vzorku, kde je dosaženo takzvané střední hodnoty. Zmiňovanou střední hodnotu násobíme počtem jedinců v populaci a tato střední hodnota odráží celkový výsledný dopad. Bohužel tato metoda je dle Venkatachalam (2004) podrobována silné kritice, a to hlavně kvůli zkreslenosti výsledků. Pei-Jung Lin a spol. (2013) analyzují veškeré WTP studie za poslední tři dekády. Poukazují na to, že tyto studie rostou ve velkém měřítku za poslední desetiletí. Nejvíce pak v oblasti soustředěné na nemoc rakoviny. Jako příklad uvádí studie zabývající se screeningem rakoviny tlustého střeva, kde se průměrný index WTP přepočítaný na měnu pohybuje mezi 100-1000 USD. (Pei-Jung Lin a spol., 2013)

Metoda CA neboli analýza souhrnu z anglického originálu Conjoint analysis, se úspěšně projevuje a využívá při průzkumu trhu a obecně ekonomiky. CA metody jsou obzvláště užitečné pro kvantifikaci preferencí pro neobchodní zboží a služby, nebo tam, kde jsou volby na trhu výrazně omezeny regulačními a institucionálními faktory, jako je zdravotní péče. (Nelson 2016)

Ve Velké Británii byla tato metoda využívána ministerstvem financí za účelem ocenění kvality veřejných služeb. Tato metoda je proto velice užitečná i v oblasti zdravotnictví. Technika CE si dle autora Ryana (2000) zakládá na teorii, že jakoukoliv službu nebo výrobek lze charakterizovat a také svým způsobem ohodnotit. Jako příklad, na kterých lze metodu využít uvádí: Vytvoření celkového skóre při poskytování alternativní zdravotní péče. Tento výsledek může pomoci dalším pacientům v budoucím rozhodování, jakým směrem půjde jejich cesta k vyléčení. Dále bude nápomocen samotným lékařům při stanovení priorit léčby apod. Analýza CE má dle Ryana (2000) pět hlavních stádií:

1. Určení vlastností
2. Přiřazení úrovní vlastnostem
3. Výběr scénáře
4. Stanovení preferencí
5. Analýza dat

Autor Nelson (2015) ve své souhrnné prezentaci na téma Conjoint analysis uvádí postup viz následující Obrázek 1 přeloženo z originálu.



Obrázek 1 Analýza souhrnu – postup (CA)

(zdroj: Nelson, 2015, vlastní zpracování)

Autoři ISPOR definují tuto analýzu jako přístup k hodnocení, který zahrnuje kompromis mezi jejími atributy. Atributy mají jisté úrovně a ty nám posléze určují hodnoty a preference respondentů k dané službě nebo zboží. (ISPOR, 2011)

3.3.4 Metoda ocenění životních podmínek

Metoda ocenění životních podmínek neboli hodnotový model oceňování (WBVM – well-being valuation model) je dle Sidney (2017) založen na několika kvantitativních metodách. Tato metoda je základem kvazi-experimentální metody zaměřující se na výpočet rozdílu mezi očekávaným a aktuálním trendem studované populace. Cookson (2003) ve svém článku poukazuje na tuto metodu jako velice přínosnou pro analýzu nákladů a přínosů ve zdravotnictví a dodává, že zdravotní ekonomika v tomto hledisku velice pokulhává za všemi ostatními. (Sidney, 2017)

3.4 Senioři v České republice

3.4.1 Senior a jeho definice

Tento pojem, případně definice v názvu této kapitoly, je velice těžko definovatelný. V odborné literatuře ani v legislativě není jednoznačně identifikován a popsán. Většina autorů dle autorek (Špatenkové a Smékalové, 2015 str. 47) používá slovo senior jako synonymum za popis starého člověka. Český statistický úřad k přívlastku senior dodává, že se jedná spíše o kategorii sociologického zařazení nežli o kategorii statistickou. (ČSÚ, 2013)

Problém je především ve věkové kategorizaci, protože každá země má jiné věkové kategorie. Obecně se o seniorovi hovoří v případě, že osoba pobírá starobní (seniorský) důchod. Autorka Pokorná (2013, str. 136) ve svém slovníku uvádí, že pojem senior připadá druhému stupni stáří, které je medicínsky označováno jako věk osoby vyššího věku, tedy nad 60 let. Dle Gorman (2000) většina rozvinutých zemí označuje za seniora člověka ve věku 60-65 let, což odpovídá i průměrnému odchodu do důchodu-rozumíme ukončení pracovního poměru. Dále autor zmiňuje jednu podstatnou informaci, že na rozdíl od chronologických milníků, které nám v dnešním světě určují životní etapy, se samotné stáří ve vyspělých zemích začalo brát od doby, kdy člověk nemůže aktivně přispět. (Gorman, 2000)

3.4.2 Rodina seniora

Základem pro dlouhodobou kvalitní domácí péči o jakéhokoliv seniora nebo pacienta je rodina. U seniorů a starších pacientů je předpoklad, že budou potřebovat pomoc rodiny poměrně velikou. Dle Jarošové (2006, str. 41) se dříve nebo později ze seniora stane obdržitel pomoci. Dále dle autorky, která uvádí poznatky z minulosti, tvrdí, že čím déle takovýto příjemce dlouhodobé péče setrvá v domácím prostředí, tím více to pro něj bude zdravotně a psychicky přínosné. (Jarošová 2006, str. 41) Dle výzkumu Život ve stáří 2002 autorky Kuchařové (2002, str. 64–87) bylo zjištěno, že většina uchazečů a dotázaných různých věkových kategorií by měli bydlet odděleně od svých rodičů a prarodičů. Nicméně přes 75 % bylo téhož názoru bydlet v blízkosti pro případnou pomoc v případě potřeby. Pouze okolo 12 % považuje za nezbytné přímé soužití v jedné domácnosti v případě projevení dostatečné péče. Kuchařová svým výzkumem prokázala, že ochota ze strany potomků není problém. Staří lidé svým způsobem také doufají v případě nutnosti, že potřebovanou pomoc od své rodiny dostanou. Bohužel v mnoha případech dle autorky senioři tuto pomoc nechtějí a snaží se ji vyhledávat jinými způsoby. (Kuchařová 2002, str. 85-87)

3.4.3 Stárnutí a starobylost

Pojem stárnutí a starobylost jsou tak jako v předchozí kapitole složitě definovatelné pojmy. Na stáří a samotné stárnutí je vymezeno mnoho pojmů a definic. Nicméně žádná z nich není úplná ani konečná. V mnoha případech je pojem stáří zmiňován jako korelace věku a fyzického stavu jedince. Podle Viewegha k úplné formulaci zmíněných pojmů zabraňují obrovské rozdíly v samotných projevech u jednotlivých jedinců. Autor má na mysli především projevy fyzické a psychické. Dále také zmiňuje takzvanou individuální variabilitu stáří. Pod tímto pojmem chápeme to, že každý člověk může prožívat své stáří rozdílně i když mohou mít stejný věk. Jako další možný hodnotící aspekt stárnutí zmiňuje sociokulturní. Do tohoto aspektu se řadí především kritéria z hlediska historie, kultury geografie, v které člověk žil a vyrůstal. (Viewegh, 1972, str. 14) V encyklopedickém slovníku autorky Bradnové (1993, str. 1037) je stárnutí popsáno jako „přirozená degradace organismu po dovršení vývojové fáze (dospělosti, zralosti)“. Samotný proces

stárnutí je nezvratný, jak píše autorka Jarošová (2006, str. 7), je v nás zašifrován, ale lze ho určitými vlivy malinko změnit. Například tím, kde žijeme, v jakém odvětví člověk pracuje a to nejdůležitější, jak se k sobě samému chováme. Dále autorka ve své publikaci zmiňuje důležitý fakt, a to, že stárnutí nelze považovat za nemoc, ale jakýsi přirozený fyziologický proces. Oné zmíněné nemoci, zdravotní poruchy a jiné problémy stáří pouze ztěžují a provázejí. (Jarošová, 2006, str. 7).

Periodizace neboli rozdělení stáří na etapy lidského individua může být rozkouskováno na celkem tři stádia. Období počátečního stáří (od 60-65 let), pokročilého stáří (od 75 let) a vrcholného stáří (od 90 let), které se nazývá také jako dlouhověkost nebo patriarchum. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, str. 13) Jiné dělení uvádí psycholog Příhoda pocházející z Čech. Zaměříme-li se pouze na věk zmíněný výše, jeho vybraná období jsou 60-75 let, který se nazývá senescencí(stáří) a od 75 let za senectus (kmentsví). Každé období se projevuje svými specifickými rysy. (Příhoda, 1983, str. 9) Podle Dvořáčkové (2012, str. 12-15) existují tři druhy projevů, které definují stáří. Tělesné, psychické a sociální, kde tyto roviny na sebe navzájem působí. Tělesnými projevy si můžeme představit veškeré fyzické a vzhledové proporce člověka. Změna výšky, hmotnosti, v mnoho případech její úbytek, dále zhoršení zraku, snížení motoriky a obecně jakékoliv procesy očí skryté, ale běžné pro chod organismu (trávení, vylučování a pohlavní). Do psychických autorka řadí především změny osobnosti, kdy starší lidé mají větší tendenci pro změnu osobnosti. U těchto jedinců se dostávají do popředí jejich negativní rysy. Velice obtížně se přizpůsobují okolí a jeho vlivům. Autor Jedlička (1991, str. 14-15) ve své publikaci uvedl dvě možné psychologické podoby nebo také povahy seniorů. Sestupná povaha, která se projevuje spíše negativně (úbytkem kuráže, životaschopnosti, celkového zpomalení tempa a pozornosti). Opakem předešlé povahy je vzestupná, kde se starý člověk vyznačuje především vysokou snášenlivostí k druhým, tolerancí a klidem sama sebe. Závěrem autor Jedlička uvádí i psychické funkce, které se postupem stáří nezhoršují (znalost jazyka, slovní zásoba apod.). Sociální projevy jsou definované a určené především společností a okolím daného seniora a mohou se tak velice jedincově lišit.

Obecné stanovisko společnosti ke stáří se neustále mění a postupuje kupředu. Zde platí především funkce seniorů v současné společnosti. Jak velice pěkně uvádí autorky Hrozenská a Dvořáková, odchodem seniora do penze se mění jeho role ve společnosti. Změní se mu na role „nemít roli“, v které se takový člověk automaticky stává jistým způsobem nesamostatný. Vohralíková (2004, str. 54) uvádí, že senior se stává starým v den, kdy se jeho postavení ve společnosti promění z ekonomicky činného seniora na důchodce.

3.4.4 Strategie péče o seniory

Na poli strategií pojednávajících o péči pro seniory doma, které jsou světově známy poměrně dlouho, se ve zkratce uvádí pojem „4xD“. Převážná většina strategií nebo chcete-li postup při péči o dlouhodobé pacienty se řídí čtyřmi základními pojmy. Budoucí problém, který určitě jednou nastane, je otázka, kdo se o seniory nejlépe postará. Případně jakou roli jim společnost samotná nastaví. Jako jeden z často jmenovaných trendů uvádí Jarošová (2006, str. 43.) integrování seniorů do společnosti za pomoci především rodin seniorů, dále také různých komunit, krajů a regionů. Jak bylo zmíněno výše, autorka dále uvádí jisté principy, které byly sepsány v roce 1982 na Vídeňském sympoziu o stárnutí a staří nebo také jako tzv. „Vídeňský dialog. Toto sympozium jednalo převážně o tom jak by se svět a jednotlivé státy měli připravit a nastavit svůj postoj na prudké zestárnutí populace. Za hlavní pojmy byly vzneseny: demedicinalizace, deinstitucionalizace, desektorizace a deprofesionalizace. Výše zmíněné definice byly s nástupem a tvorbou konceptu LTC (long term care) často uváděny jako klíčové. (Kalvach 2011, str. 153)

Deinstitucionalizace

Úkolem tohoto principu je zpříjemnit seniorovi jeho prostředí, ve kterém se nachází. Dále zapojení samotné rodiny do péče o své příbuzné. Jistými způsoby se také jedná o rozvoj pečovatelských zdravotních a sociálních služeb. Kalvach (2011, str. 153) klade důraz hlavně na rozvoj home care a přenesení hmotného středu na ambulantní péči a služby s tím spojené. Zajistí se tím nejen rozvoj domácího

opečovávaní, ale také rozmach například: tísňové péče, mobilní hospic, osobní asistence, terénní sociální práce a další.

Demedicalizace

Jak název napovídá, zde se jedná především o zapojení lékařů. Lékaři mají samozřejmě zákonem danou povinnost léčit, nicméně nemohou zaručit, ani nijak z velké části zaručit, jejich radost, pokoj, a blahobyt. Jako hlavním principem a cílem demedicalizace je vrácení pacienta do ambulantního módu z obou směrů, jak z pohledu zdraví, tak z úhlu fyzického zdraví. (Haškovcová, 2010, str. 234) Autorka Jarošová (2006, str. 43.) k tomuto termínu apeluje především na „*akcent na kvalitu života seniora*“.

Deprofesionalizace

Tento princip apeluje dle Haškovcové (2010, str. 234.) především na velké prostory na péči o seniory. Stejně jak bylo zmíněno u deinstitucionalizaci, tak i zde je kladen důraz na to, že o seniory se mohou (měli) starat především příbuzní. Obecná definice deprofesionalizace znamená přesunutí specifických profesionálních aktivit na neprofesionální. Zlaidění, edukace, supervize, podpora rodin, jsou hlavní koncepty deprofesionalizace, které uvádí Kalvach (2011, str. 153). Nejen, že péče bude pro pacienta příjemnější a zamezí se tak obecnému strachu z lékařů, ale z určitého ohledu bude pečování méně nákladné na oběživo.

Desektorizace

Zde jde především o propojení služeb v oblasti zdravotní a sociální s péčí jak rodinně domácí, tak péče profesionální poskytovanou odborníky. Podle Jarošové (2006, str. 43) silně záleží na týmové spolupráci mezi pečujícími a souladu všech potřebných služeb. Podle Kubalčíkové (2004, str. 4-6) pojem desektorizace znamená souhrnný obraz na nezbytnosti osob, které potřebují podporu druhých. Kalvach (2011, str. 153) uvádí především proražení překážek mezi péčí ústavní a terénní, jinými slovy mezi profesionální, konanou lékaři a neprofesionální, takzvanou laickou.

3.4.5 Sociální zabezpečení seniorů

Obecným úkolem jakýchkoliv sociálních služeb je pomoc lidem ve vyřešení problému s jejich sociální situací, do kterého se z nějakého nepříjemného důvodu dostali. V případě seniorů se tak může stát v případě vysokého věku nebo nějaké nemilé zdravotní situace. Do oblasti sociálních služeb a zabezpečení přinesl významné změny zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., který vzešel v platnost 31. 03. 2006 a platí dodnes i přes jeho mnohé novelizace. Součástí tohoto zákona jsou také veškeré formy sociální pomoci pro seniory, respektive jejich finanční stránka, která umožní dosažitelnost výše zmíněných služeb. Výše nároku na péči se dělí podle závislosti na pomoci jiné osoby. Zákon uvádí čtyři stupně závislosti od lehké závislosti až po úplnou závislost, která je přiřazena pacientovi dle jeho schopnosti zvládat devět typů základních životních potřeb. Tyto potřeby jsou mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání, hygiena, fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost. Do přesného určení stupně závislosti musí přistoupit sociální pracovník, který vyhodnotí stav osoby žádající o sociální pomoc. Sociální pracovník bere v potaz především zdravotního lékaře, který musí vystavit posudek o zdravotním stavu pacienta. Výše příspěvků jsou různé, jak bylo zmíněno, závisí především na stupni závislosti. Jedná-li se o stupeň I. (lehká závislost), činí příspěvek 880 Kč, výše příspěvku pro II. stupeň (středně těžká závislost) je 4400 Kč, stupeň III. (těžká závislost) 8800 Kč a pro IV. stupeň (úplná závislost) dosahuje 13200 Kč. S ohledem na historii je nutné říci, že výše příspěvků se každý rok zvyšují v řádu set korun. Zmíněné částky za jednotlivé stupně závislosti jsou vypláceny každý měsíc pravidelně ve stanovený den a jsou určeny primárně na hrazení pomoci od osob blízkých až po jakékoliv formy asistentů a pobytů v zařízení (hospic, domov důchodců apod.). (Ministerstvo práce a sociálních věcí, © 2017)

3.5 Zdravotní a sociální formy péče

Zdravotní a sociální služby jsou ruku v ruce spjaty a nelze je od sebe v praxi roztrhnout a řešit je samostatně od sebe. Problémy týkající se zdraví jsou leckdy provázány s problémy sociálními a taktéž obráceně. Podle autorek Hrozenské a Dvořáčkové je v ČR použit vzor tradiční péče, jehož základem je pomoc rodiny. V případě, že samotná rodina není schopná poskytnout dostatečnou formu péče a pomoci, tak teprve v tomto případě je možné využít státní pomoc. V těchto případech je nutné nabídnout rodinám dostatečný výběr služeb, které mohou doplnit případně nedostatky rodiny v oblasti seniorské péče. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, str. 60). Jako základní kámen pro péči o pacienty je v České republice udržovaná takzvaná primární péče. Podle Jarošové (2006, str. 44) je tato péče striktně zaměřena na zvolené zdravotní služby (praktický lékař pro děti a dospělé, gynekolog, stomatolog apod.) Hrozenská a Dvořáčková (2013, str. 60-61), dále do primárních služeb zahrnují pečovatelské služby, a jiné neziskové organizace, které na doporučení lékaře hradí z velké nebo i z celé části zdravotní pojišťovna. Zde především záleží na tom, jaký typ agentury si rodina najme (státní, soukromé, charitativní, městské). To co je primárně důležité pro lékaře je, aby poskytnuté služby byly pro pacienta přínosné a zajistily tak dobrý, stabilizovaný klinický stav seniora s možností pomoci rodiny nebo laického pečujícího. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, str. 61) Dále je nutné si rozdělit nejčastější zdravotní a sociální služby, které jsou dostupné u nás i v zahraničí. Dle zákona č. 108/2006 Sb., sociální služby zahrnují tři hlavní aspekty. Sociální poradenství, veškeré služby v oblasti sociální péče a především sociální prevenci. (zákon č. 108/2006 § 32). Obecně se pod sociálními službami skrývají hlavně ústavní péče o seniory, terénní služby a komunitní péče o seniory.

Základní formy péče se tedy mohou dělit následovně na tři hlavní skupiny péčí. Každá z těchto níže jmenovaných má své individuální přístupy a formy, případně druhy. Ke každé jmenované formě péče bude věnovaná kapitola, která ji bude podrobněji přibližovat a popisovat.

- rodinná péče (domácí) – neformální druh,
- terénní péče – formální druh,
- ústavní péče.

3.5.1 Domácí péče jako neformální péče

Tímto pojmem jednoduše chápeme záměnu nebo odsunutí hospitalizace na lůžku v prostředí nemocnice. Předpoklad této péče je její dostupnost a to minimálně 14 hodin denně včetně víkendů ať s pomocí současné domácnosti (rodiny, přátel, sousedů) nebo za pomoci pečovatele nebo agentury. Tento druh péče zahrnuje především pohodlí pacienta a samozřejmě všechny návaznosti (doprava, stravování, volnočasové aktivity, ošetřování apod.) Kvalitní a bezpečné provedení domácí péče závisí na kvalifikaci a odbornosti sestry. Cílem domácí péče je především zkvalitnění, zlepšení či udržení zdravotního stavu pacienta, v některých případech i zmírnění příznaků. (Jarošová, 2006 str. 47) Dle autorky Baroňové (2005, str. 29) je tato péče z hlediska efektivnosti a kvality považovaná za nejlepší variantu při dlouhodobé péči o pacienta. Největší důraz je kladen na pacienta, a to hlavně z pohledu toho, zda si onu péči takto přeje. Tento druh péče je publikacemi pojmenován jako neformální druh péče.

3.5.2 Terénní péče jako formální péče

Těmito službami se chápou veškeré, které jsou poskytovány osobně, a to jako dodatek k rodinné péči. Jsou zpravidla kombinovány s domácí péčí, a to hlavně v případě, že je třeba příslušného personálu a kvalifikace. Tento druh péče je odborně nazýván jako formální druh péče. Terénní služby se dále dělí na osobní asistence, pečovatelské služby, home care a služby odlehčovací. Osobní asistence je poskytována osobám se sníženou soběstačností. Ze zákona o Sociálních službách 108/2006 Sb., jsou tyto služby bez časového omezení. Zpravidla a nejčastěji lidem s různými chronickými onemocněními (postiženími) a ve vysokém věku. (Lišková 2007, str. 55). Pro pečovatelskou službu platí totéž, co pro osobní asistenci viz. výše. Jedná se o nejtypičtější terénní službu s hlavní náplní a cílem, zajistit pacientovi základní životní potřeby a zamezit nebo oddálit potřebu přesunu pacienta do

ústavní péče (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, str. 62-63) Home care je mezinárodně používaný pojem pro domácí zdravotní péči. Jak název napovídá, home care umožňuje osobě se speciálními potřebami zůstat ve svém domově. (Terricone 2008, str. 9) Zpravidla tuto službu předepisuje lékař, to znamená, že je hrazená z veřejného zdravotního pojištění. Odlehčující služby navazují na předešlé dvě. Hlavní náplní je poskytnout pacientovi nezbytný odpočinek.

3.5.3 Ústavní péče jako státní péče

Česká republika a obecně Evropská unie má několik podob a druhů ústavní péče, která je nabízená lidem. Zde bychom se měli zaměřit především na ústavní péči poskytovanou pacientům a seniorům. Dále budou v tabulce vypsány hlavní formy této péče dle autora, Habarta (2006). Každá z níže uvedených má své výhody a nevýhody. Zároveň každá má svůj význam a podstatné odůvodnění své existence v ústavní péči o seniory a nemocné.

Druhy ústavní péče
Lůžková a geriatrická oddělení nemocnic
Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN)
Domovy pro seniory
Bývalé domy s pečovatelskou službou (DPS)
Zařízení komunitní péče
Geriatrický stacionář
Hospic

Tabulka 4 Typy ústavní péče

(zdroj: Habart, 2006, vlastní zpracování)

4 PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část je rozdělena na několik kapitol, které mají svoje podkapitoly. V první kapitole 4.1 bude provedena analýza aktuálního stavu zdravotní péče. Probrán bude především celkový vývoj dlouhodobé péče z pohledu nákladů (výdajů) a demografické prognóze na příští dekádu. Veškerá data v těchto kapitolách jsou převzata z veřejně dohledatelných a dostupných dat. Následující kapitola 4.2 se bude věnovat stručnému popisu organizací, které byly vybrány na základě kritérií vhodných pro analyzování cílů této práce. V návaznosti budou rozebrány výsledky dotazníkového šetření, které budou rozděleny na tři podkapitoly:

- obecné charakteristiky respondentů – pečovateli,
- charakteristika pacientů v návaznosti na zdravotnickém vybavení a druhu nemoci,
- časová a peněžní charakteristika péče o pacienta,

Dále pak budou v kapitole 4.3.4 testovány hypotézy zkoumající různé závislosti mezi dotazovanými a jejich časem stráveným s pacientem, případně seniorem. Předposlední nedílnou součástí bude kalkulace nepřímých nákladů na péči o pacienta / seniora, která bude provedena oportunitní metodou viz. kapitola 4.4. V závěru praktické části budou probrány výsledky formou stručného shrnutí. Celou praktickou část zakončí finální porovnání se zahraničními studii formou diskuzí a doporučení, které z diplomové práce vzešly.

4.1 Analýza aktuálního stavu zdravotní péče

V této části práce bude provedena analýza současného stavu z pohledu nákladů, respektive výdajů domácnosti. Ať se již jedná o náklady přímé – například medikamenty pro pacienta, hospitalizace a další, nebo náklady nepřímé – náklady ušlé příležitosti, snížení produktivity domácnosti, vlastní přeprava pacienta apod.) Dále v průzkumu aktuálního stavu budou zahrnuty demografické ukazatele a celkový vývoj dlouhodobé péče o seniory.

4.1.1 Vývoj dlouhodobé péče o seniory

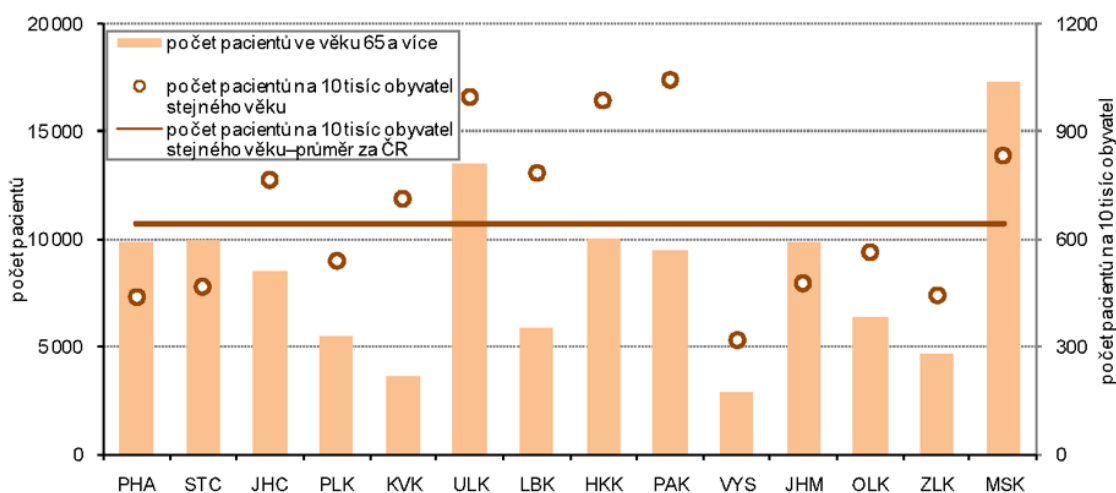
Dlouhodobá péče o seniory má v České republice dávné kořeny a pro otázku vzniku bychom se museli vrátit o dvě století zpět. V té době totiž vznikl první institut, který se zaměřoval na nemoci úzce související se stářím a také na významné objevy v oblasti starobní demence a dalších onemocnění spojených se stářím. Jak již bylo naznačeno péče o seniory má v ČR dlouholetou tradici. Mezi nejdůležitější historickou událost zde Holmerová (2014, str. 11) uvádí založení Československé gerontologické společnosti a později také Kabinetu gerontologie a geriatrie (1974). V roce 1983 vzniká samostatný lékařský obor zabývající se geriatrií. V návaznosti na tuto problematiku vznikají léčebny pro dlouhodobě nemocné a také se zakládá více domovů důchodců, které nabízejí mnoho služeb (přes ubytovací po pečovatelské a lékařské). (Holmerová, 2014 str. 11)

Podíváme-li se blíže do současnosti a okolí, tak v roce 1991 vzniká Klinika gerontologická a metabolická v Hradci Králové a mnoho dalších. V Praze to byla Geriatrická klika 1: lékařské fakulty Univerzity Karlovy nebo také Geriatrická klinika v Brně. (Haškovcová, 2010 str. 232)

Díky rozvoji v pečování o seniory vznikla nová profese, tzv. geriatrická sestra. Tyto sestry pracovaly pod obvodním lékařem dané obce nebo města. Nebyly to však klasické zdravotní sestry, ale pracovaly na částečný úvazek. Jejich každodenní pracovní náplní bylo vyselektovat pacienty a osoby starší 65 let s více riskantními faktory onemocnění. Tito pacienti byli pak následně pravidelně oslovováni a navštěvováni těmito sestrami, které jim prováděly základní zdravotnické kontroly

jako jsou třeba měření tlaku, podávání inzulínu, v případě potřeb i převazy a injekce. V dnešní době tyto sestry existují také, ale spadají pod státní nebo soukromé pečovatelské instituty. Tento systém byl na tehdejší dobu velice dobře vymyšlen a fungoval skvěle. Jak je ovšem zvykem dobré věci nevydrží dlouho. S nástupem privatizace obvodních lékařů vznikaly tzv. „ordinace soukromých doktorů“. Soukromé ordinace už nadále neměly motivaci zaměstnávat tyto sestry, a to především z ekonomických důvodů. Geriatrické sestry proto později přešly pod útvary agentur domácích péčí.

Dostupnost domácí péče se tímto stala více problematickou, a to hlavně kvůli tomu, že o domácí péči v tomto případě rozhodují praktičtí lékaři nikoliv agentury. Zde existuje pouze jediná výjimka, a to lékaři v nemocnici, kteří mohou nabídnout domácí péči dva týdny po propuštění z nemocničního lůžka. Zde je podle Holmerové (2014, str. 13) domácí pečování velice rozvíjeno a domácí dohled nad pacientem nemá dosud svůj možný potenciál, kterého by mohl v budoucnu dosáhnout. Problém nastává především v trendu dlouhověkosti, kterého lidstvo postupem času dosáhlo. Populace se obecně dle statistik dožívá daleko většího věku, než tomu bylo v minulosti. Jak autorka zmiňuje, více jak 80 % všech dlouhodobě nemocných pacientů je starších 65 let.



Graf 1 Pacienti domácí zdravotní péče ve věku 65 let a více v krajích v roce 2013

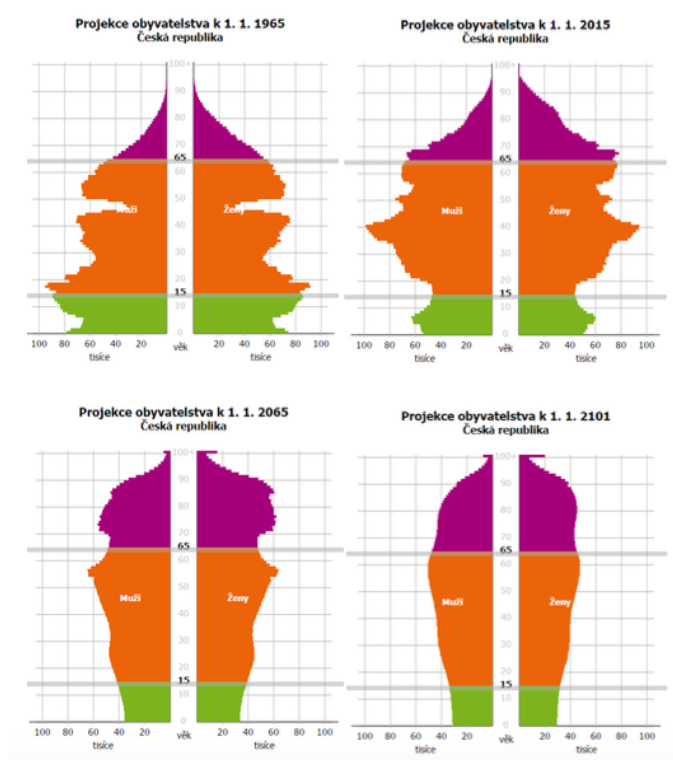
(zdroj: ČSÚ, www.czso.cz)

S ohledem na dlouhodobou péči je dále nutné zmínit takzvanou domácí paliativní péči. Jinými slovy jsou to pacienti, kteří mají smrtelně závažnou nemoc a mají díky této péči možnost strávit svůj čas doma s blízkými namísto nemocničního prostředí. Agentury zajišťující tuto péči se nazývají hospice. Bohužel tyto organizace nejsou nikterak hrazeny zdravotními pojišťovnami, ale tuto službu si musí pacient, případně příbuzní, zaplatit sami. Jedná se především o zaplacení dopravy lékaře případně sestry do domu. Systém zdravotní péče je v současné době u nás v rozpolceném stavu. Stát nemá jasno v mnoha ohledech jak finančních, tak konceptuálních. Praktičtí lékaři nemají zájem ani chuť navštěvovat domovy seniorů, čímž by se v budoucnu dalo zabránit případně nutné hospitalizaci pacienta, nebo i dokonce jistým způsobem pravidelné kontroly jim i předejít. Jak dále zmiňuje Haškovcová (2010, str. 230), chybí zde jisté propojení mezi zdravotní péčí a její návazností na sociální služby.

V roce 2010 bylo v České republice přes 450 agentur domácí péče. Dříve se tyto agentury, případně výše zmíněné geriatrické sestry, staraly o pacienty v důchodovém věku. V dnešní době domácí péči mohou dostávat osoby různých věkových kategorií s různými zdravotními či tělesnými problémy. Jasný fakt, který uvádí autorky Haškovcová i Holmerová je ten, že 65 % až 80 % pacientů svým věkem převyšují 65 let. Jako další pozoruhodná čísla uvádějí progresivní nárůst využívání home care. V roce 2000 využívalo tuto službu přes 135 tisíc pacientů a v roce 2007 jich bylo okolo 177 tisíc. Problém stárnutí populace je velice vážný fakt, pacientů přibývá, z druhé strany financování a státní pomoc ubývá, což je fakt druhý. Zdravotní domácí péči jako takovou hradí takzvané „solidární zdravotní pojištění“, ale pouze tři hodiny, které mohou být rozloženy až do maximálně třech návštěv.

4.1.2 Demografické ukazatele vývoje obyvatelstva

Trendem jak domácím, tak i celosvětovým, je demografické stárnutí populace, a to převážně u vyspělých zemí (Francie, Německo, USA apod.) Dle autorky Dvořáčkové (2012, str. 19), která zmiňuje prognózy pro naši republiku od našich demografů a OSN, se naše Česká republika bude dělit o prvenství spolu s Itálií a Řeckem. Jedná se o prvenství s nejvyšším podílem seniorů na celém světě. Vyjádřeno v procentech a číslech nám prognózy praví, že v roce 2050 bude necelých 40 % populace složeno ze seniorů (osoby starší 60let). (Dvořáčková, 2012, str.19) Dále autorka uvádí i demografickou projekci vývoje této problematiky ČSÚ. Podle ČSÚ by v roce 2030 na území ČR mělo žít přes 22 % populace starších 65let. Pro srovnání s předchozí prognózou, podle ČSÚ bude v roce 2050 něco přes 31 %. Toto procento představuje přes 3 miliony osob. Dále bych zde chtěl poukázat na následující, všemi publikacemi omílaný obrázek stromů života, který nám ukazuje všechna zmíněná čísla v podobě Grafu 2. (Český statistický úřad, 2017).



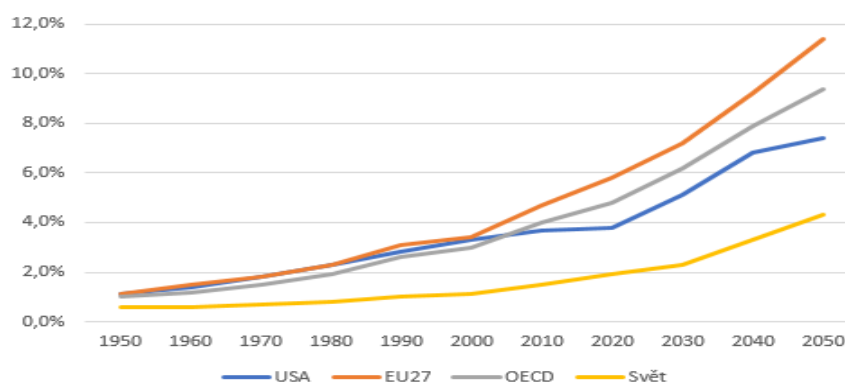
Graf 2 Projekce obyvatelstva do 2100

(zdroj: ČSÚ, www.czso.cz)

Jak je vidět na předchozím grafu, jakási pomyslná koruna stromu se stále silně rozrůstá, kdežto samotné kořeny a kmen stromu se tenčí a zaniká. Problém stárnutí populace je opravdový reálný a vážný problém současného a budoucího světa. Jakými způsoby se s tímto problémem bude schopno lidstvo vyrovnat a přizpůsobit se mu, je jen na nás. Za prodlužování věku populace může z velké části pokrok medicíny. Za snižování porodnosti může z velké části i finanční stabilita rodiny. V dnešní době je velice časté, že rodiče mají pouze jednoho potomka.

Mezinárodní projekce a růst

K porovnání s předchozí projekcí, lze uvést projekci z OECD Labour Force and Demographic Database zpracovanou od ÚZIS ČR (2012), která vyobrazuje pouze podíl populace 80+, kde země jako Japonsko a Korea budou čelit velkým nárůstům viz. následující Graf 3 a Tabulka 5.



Graf 3 Projekce růstu podílu populace 80+ v EU a vybraných zemích

(zdroj: ÚZIS ČR, 2012, vlastní zpracování)

Země	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
USA	1,1%	1,4%	1,8%	2,3%	2,8%	3,3%	3,7%	3,8%	5,1%	6,8%	7,4%
EU27	1,1%	1,5%	1,8%	2,3%	3,1%	3,4%	4,7%	5,8%	7,2%	9,2%	11,4%
OECD	1,0%	1,2%	1,5%	1,9%	2,6%	3,0%	4,0%	4,8%	6,2%	7,9%	9,4%
Svět	0,6%	0,6%	0,7%	0,8%	1,0%	1,1%	1,5%	1,9%	2,3%	3,3%	4,3%

Tabulka 5 Projekce růstu podílu populace 80 + v EU a vybraných zemích v %

(Zdroj: ÚZIS ČR, 2012, vlastní zpracování)

ČR projekce a růst

Z pohledu České republiky, nárůsty nejsou takového měřítka jako u světových zemí. Závěr ČSU na tuto problematiku, kterou analyzovala již v roce 2002 s pohledem až do roku 2050, jsou následující:

- jednoznačné zestárnutí populace – populace 65+ dosáhne 1/3 počtu k celku,
- pětinasobně větší počet obyvatel 85+,
- zvýšení dožití jak mužů, tak žen.

Tabulka 6 níže znázorňuje počet obyvatel s predikcí + 2 roky a + 42 let, kde je zřetelně vidět nejen pokles celkové populace v ČR, ale také poměrně vysoký nárůst obyvatelstva 65+.

	2007	2020	2060
Počet obyvatel celkem	10 467 542	10 532 373	9 812 872
Počet obyvatel 65+	* 1 556 152	* 2 193 682	* 3 333 123

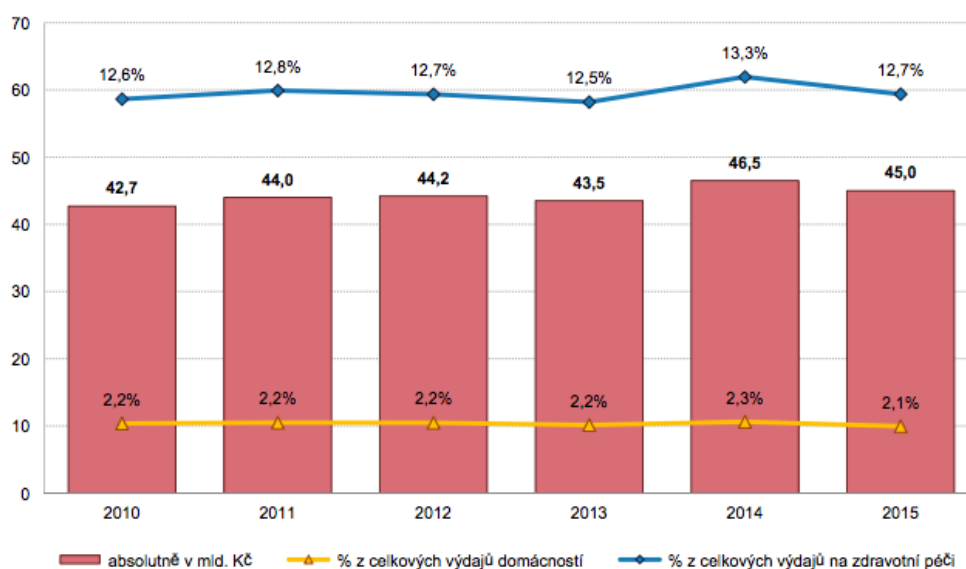
* suma z projekce populace 65+

Tabulka 6 Celkový počet populace 65+

(zdroj: Ministerstvo práce a sociální věcí 2008-2060, vlastní zpracování)

4.1.3 Náklady / výdaje do zdravotnictví – ČR

V souvislosti s přímými výdaji je nutné si uvést hlavně ty, které produkují domácnosti nikoli ty výdaje, které stát zpětně doplácí domácnostem (zpětné hrazení zdravotní péče apod.). Dle ČSÚ ročně na přímé náklady na zdravotní péči připadne mezi 42–47 miliony korun. Dle grafu níže lze pozorovat oscilaci mezi 12-13 %, kde v roce 2014 dosáhly prozatím maxima 13,3 % (46, 491 mil. Kč).



Graf 4 Přímé náklady domácností v letech 2010–2015

(Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010-2015)

Pokud by toto číslo bylo rozpočítáno na jednoho člověka, v ČR pak připadá každému obyvateli průměrně 4 100 – 4 300 tis. Kč ročně. Podle ČSÚ lidé nejvíce platí za medikamenty jak předpisové, tak volně prodejné. Nelze opomenout i regulační poplatky, poplatky za různé typy zdravotních vyšetření (pracovní, dentální, nutriční a další, které se nehradí z veřejného zdravotního pojištění). (ČSÚ výsledky zdravotních účtů ČR, 2017, str. 26). V následujícím grafu je možné vidět kolik a za co domácnosti nejvíce platí z vlastních oběživ. Léky, jako již pravidelně, tvoří minimálně polovinu celkových výdajů domácností. Stomatologická ambulantní péče a obecně zubní lékaři tvoří v průměru 20 %. Následuje ambulantní péče zahrnující léčebnou i rehabilitační podobu. Terapeutické pomůcky, zpravidla se rozumí brýle a kontaktní čočky, jsou hrazeny z velké části pacientem.

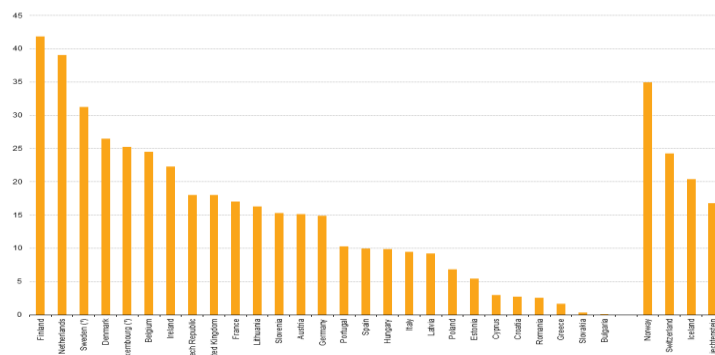
4.1.4 Náklady / výdaje do zdravotnictví – EU 27 a vybrané země

Země	Celkem nesoběstačných klientů (v tisících)		Profesionální péče v instituci		Profesionální domácí péče		Celkem neformální či žádná péče	
	2007	2060	2007	2060	2007	2060	2007	2060
ČR	257	687	51	155	73	199	133	333
Německo	3201	6036	541	1433	1028	2244	1612	2359
Francie	2283	4833	552	1302	953	2204	758	1327
Itálie	2515	5092	185	374	359	720	1992	3998
EU27	20705	44473	2897	8271	5536	13875	12272	22328

Tabulka 7 Náklady do zdravotnictví vybrané země

(zdroj: European economy 2, 2009, ageing report, vlastní zpracování)

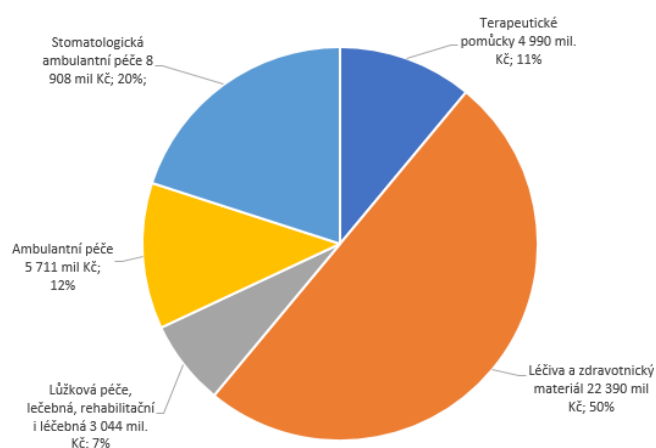
Fakt, že každým rokem populace v EU stárne a potřebuje jakoukoliv formu péče a podpory, lze pozorovat na Tabulce 7 výše. (Eurostat 2016) Pokud se zaměříme pouze na nutnost profesionální domácí péče, tak v roce 2007 byla tato péče poskytnutá 73 000 pacientů. Predikce do roku 2060 je necelých 200 000 tisíc což je více než dvojnásobný nárůst. Daleko důležitější jsou čísla k neformální péči. Zde se řadí ti pacienti, kteří nemají žádnou péči nebo takzvanou domácí / rodinnou, kdy se o pacienta stará rodinný člen, třeba i bez nutného zdravotního vzdělání. V roce 2007 bylo těchto pacientů 133 000 tisíc a predikce činí 333 000 tisíc. Ostatní země EU na tom o moc lépe nejsou, ba naopak v predikovaném roce celkový počet nesoběstačných pacientů činil 44,5 milionů. Opět se jedná o více než 50% nárůst. Současný stav výdajů na dlouhodobou péči byl vyčíslen v roce 2014 (Eurostat 2017). Česká republika se pohybuje mezi průměrem ostatních zemí a to mezi 15-20 % celkových výdajů do zdravotnictví viz Graf 5. V konkrétních číslech je to 2 132 milionů eur. Průměrně pak 203 eur za jednoho pacienta. Další data a aktualizace by měly probíhat začátkem roku 2018.



Graf 5 Dlouhodobá péče – podíl výdajů na zdravotní péči v roce 2014 (%)

(zdroj: EUROSTAT 2017 - Healthcare expenditure statistics)

Z Grafu 6, je vidět, že ztelně velkou část výdajů domácností tvoří léky a další zdravotní materiál. Rozdílový nárůst mezi roky 2014-2015 byl dle ČSU (2017) o 7 % a činil tak nárůstovou sumu 625 mil. Kč. Další nemalou částí jsou ambulantní péče, kde pacienti platí hlavně poplatky za vyšetření, hospitalizaci a ambulanci. Od roku 2011 den v nemocnici (hospitalizaci) vyjde pacienta na 100 Kč, původně 60 Kč, a za vyšetření na pohotovosti 90 Kč. Poměrně velké rostoucí procento připadá pacientům dlouhodobě léčeným, takzvaná lůžková péče. Nejvyšší nárůst výdajů na dlouhodobou lůžkovou péči se projevil v roce 2012 a to ve výši 93 mil. Kč a v roce 2014 ve výši 83 mil. Kč. To je oproti roku 2010, kdy výdaje činily pouze 52 mil Kč, je obrovský nárůst.



Graf 6 Výdaje domácností v ČR na zdravotní péči, 2015 (mil. Kč; %)

(zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR, vlastní zpracování)

4.2 Dotazníkové šetření mezi formálními a neformálními pečovateli

Cílem dotazníkového šetření mezi formálními a neformálními pečovateli bylo za pomoci níže jmenovaných organizací zjistit následující možné odpovědi na otázky:

- jaký je přímý rodinný / nerodinný stav pečujícího s pacientem,
- jaké věkové kategorie pečujících se starají o opečovávané,
- jaké je třeba speciální vybavení a na kolik se cena tohoto vybavení promítne v celkových nákladech na péči,
- jaké jsou časové vytíženosti v několika různých variacích, vztahujících se k nákladům a výdajům na dlouhodobě nemocné,
- jaké jsou druhy nemocí a jaké problémy a potřeby tyto nemoci provázejí.

Dotazníky byly předány do organizací, které provádějí nebo podporují chod domácí péče. Pro dotazníkové šetření byly osloveny tyto organizace:

- Agentura domácí péče – České Meziříčí
- Domov dědina – Opočno / České Meziříčí / Přepychy
- Domácí hospic Setkání – Rychnov nad Kněžnou
- Oblastní charita – Hradec Králové

Kritéria pro výběr výše zmíněných organizací byla striktně stanovena takto:

- dotazník vyplňuje osoba pečující,
- organizace věnující se dlouhodobé péči (nabízející tyto služby),
- pacienti mají stejné symptomy (případně alespoň podobné),
- organizace rozvíjejí podporu domácí péče,
- organizace udrží anonymitu dotazníku.

Skrze výše jmenované organizace bylo rozmístěno 200 dotazníků. První rozmístění proběhlo na konci roku 2016. Nazpět se dostalo 180 dotazníků, z toho 155 z nich bylo řádně a správně vyplněno. Pouze 25 z nich bylo vyřazeno pro špatně vyplněné otázky nebo naprosto vynechané odpovědi. Některé z dotazníků vyplněných byly z části vyplněné pacientem, kde došlo ke špatnému pochopení úvodního odstavce, jak s dotazníkem nakládat. Zpětný sběr dotazníků byl ukončen roku 2017 měsíci červenci. Finální zpracování elektronické verze dotazníků, včetně korekce a vyřazení chybných dotazníků proběhlo téhož měsíce roku 2017. Analyzování výstupových dat proběhlo na podzim roku 2017. Za pomoci programu od organizace IBM, který má název SPSS Statistics byly vytvořeny a modelovány statistické metodiky.

4.2.1 Zkoumané organizace dotazníkového šetření

Agentura domácí péče magistry Zuzany Luňákové

Tato agentura vznikla v roce 1996 s cílem dosáhnout kvalitní poskytování domácí péče ve svém působišti a přilehlém okolí. Agentura sídlí v obci České Meziříčí, která ve svém počátku silně spolupracovala se zdravotnickým zařízením v Opočenské nemocniční a.s. Agentura dodnes pracuje pod Mgr. Zuzanou Luňákovou, dětskou sestrou vystudovanou na Univerzitě Palackého v Olomouci. Během své mnoholeté působnosti se agentura postupem času rozšířila o další sestry a pečovatelky. Od roku 2003 agentura sídlí ve svém domě s pečovatelskou službou v Českém Meziříčí. Díky dlouholetým zkušenostem a skvělým referencím, získala agentura Certifikát kvality, který uděluje Asociace domácí péče ČR. Dále se organizace může pochlubit například Certifikáty komplexní domácí péče, péče o duševně nemocné v domácí zdravotní péči a mnoha dalšími. Agentura je dále členem asociace poskytovatelů sociálních služeb České Republiky, dále asociace domácí péče České Republiky. (Luňáková – Agentura domácí péče, © 1996-2017)

Domov dědina

Původně klášter s řádovými sestrami, které od roku 1951 poskytovaly sociální pomoc tělesně a duševně postiženým pacientům. Od roku 1982 byly sestry kláštera částečně nahrazeny civilním personálem, který fungoval jako výpomoc v zaučení. Do roku 1986 bylo v klášteře ubytováno pouze 30 obyvatelů (pacientů), než byl klášter rozšířen o dvě budovy, které pojmuly celkem 101 pacientů. V roce 2005 byl položen základní stavební kámen současnému Domovu dědina a následně také dvěma dalším střediskům v nedalekých Přepychách a Českém Meziříčí. Do roku 2007 byl oficiální název Opočenský ústav sociální péče, v dnešní podobě pak Domov Dědina. Hlavní náplní této agentury je poskytování kvalitní pobytové služby, provozování různých aktivit, zajišťování bezpečí pacientům apod. (Domov Dědina, © 2017)

Hospic Setkání v Rychnově nad Kněžnou

Domácí hospic Setkání o.p.s. poskytuje hospicovou péči nevléčitelným pacientům. Hlavní náplní práce této společnosti je pomoc pacientům od bolesti a dalších symptomů, provázejících úskalí těch nejvážnějších onemocnění. Hospic obecně nabízí spíše psychologické a duchovní aspekty péče o pacienta a nabízí tak systém opory, který má pomoci rodinám a pečujícím projít dané těžké období. Hospic nabízí 24 hodinovou terénní péči kdykoliv a kamkoliv v rámci přiděleného kraje. Péči poskytuje hlavně pacientům dlouhodobě opečovávaných v domácím prostředí za pomoci rodiny a blízkých. V hospici pracují dvě terénní sestry, dva lékaři a psycholog, kteří pravidelně navštěvují pacienty buď dle dohody, nebo podle potřeby. (Hospic Rychnov, © 2014–2017)

Charitní pečovatelská služba Hradec Králové

Cílovou skupinou této pečovatelské služby jsou senioři, osoby se zdravotním postižením, osoby s chronickým onemocněním, rodiny s dětmi apod. Poskytují terénní služby a pomáhají tak při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu. Motto organizace je – Pomáháme zůstat živ ve vlastním domácím prostředí. V rámci dodržení tohoto motto pečovatelská služba dojíždí až ke klientovi domů a tráví

s pacientem smluvený čas. Dostupnost je od 7–21 h každý den v týdnu. Organizace dále nabízí fakultativní služby, jako jsou:

- dohled u klienta a psychická aktivace
- dovoz klienta automobilem k lékaři, na společenské akce; dovoz nákupů služebním automobilem apod.
- vyřizování úředních věcí v zastoupení klienta
- asistence druhého pečovatele

(Charita Česká republika - © 2017)

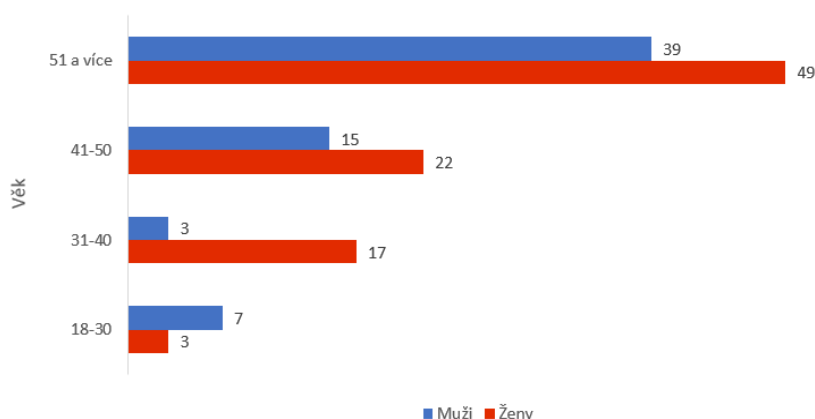
4.3 Výsledky dotazníkového šetření

V této kapitole budou přehledně graficky a početně vyobrazeny výstupy dotazníkového šetření. Tyto výstupy budou rozděleny do šesti podkapitol a podrobněji okomentovány. Kapitoly jsou:

- Charakteristika respondentů
- Charakteristika pacientů v návaznosti na vybavení a druhu nemoci
- Časová charakteristika péče o pacienta
- Pokročilejší statistické metody – testování hypotéz a závislosti
- Shrnutí výsledku dotazníkového šetření
- Srovnání výsledků šetření se zahraničím

4.3.1 Charakteristika respondentů – pečovatelů

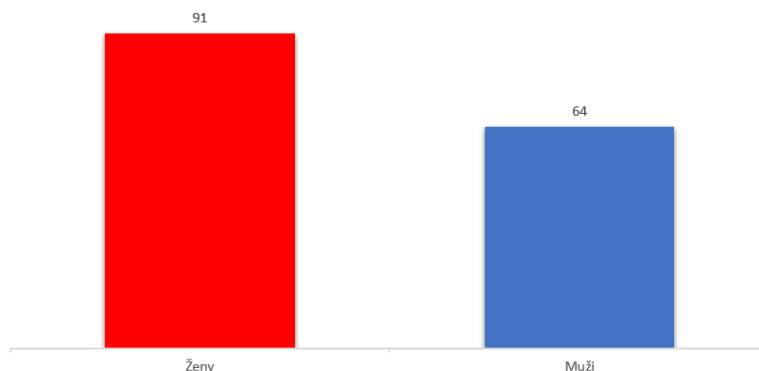
V prvních dvou grafech je vyobrazen věk a rozložení pohlaví dotazovaných, respektive pečujících osob o své příbuzné, tedy pacienty. Celkem tedy 91 osob ženského pohlaví, které se starají o své manžele, syny, případně otce a jiné, zbylých 64 dotazovaných jsou muži pečující o své manželky, dcery, matky a jiné. V Grafu 7 jsou detailněji v číslech vyobrazeny věkové kategorie pečovatelů, buď muže, nebo ženy, a to s počtem osob, které se v každé kategorii nachází.



Graf 7 Věk pečovatelů

(zdroj: vlastní zpracování)

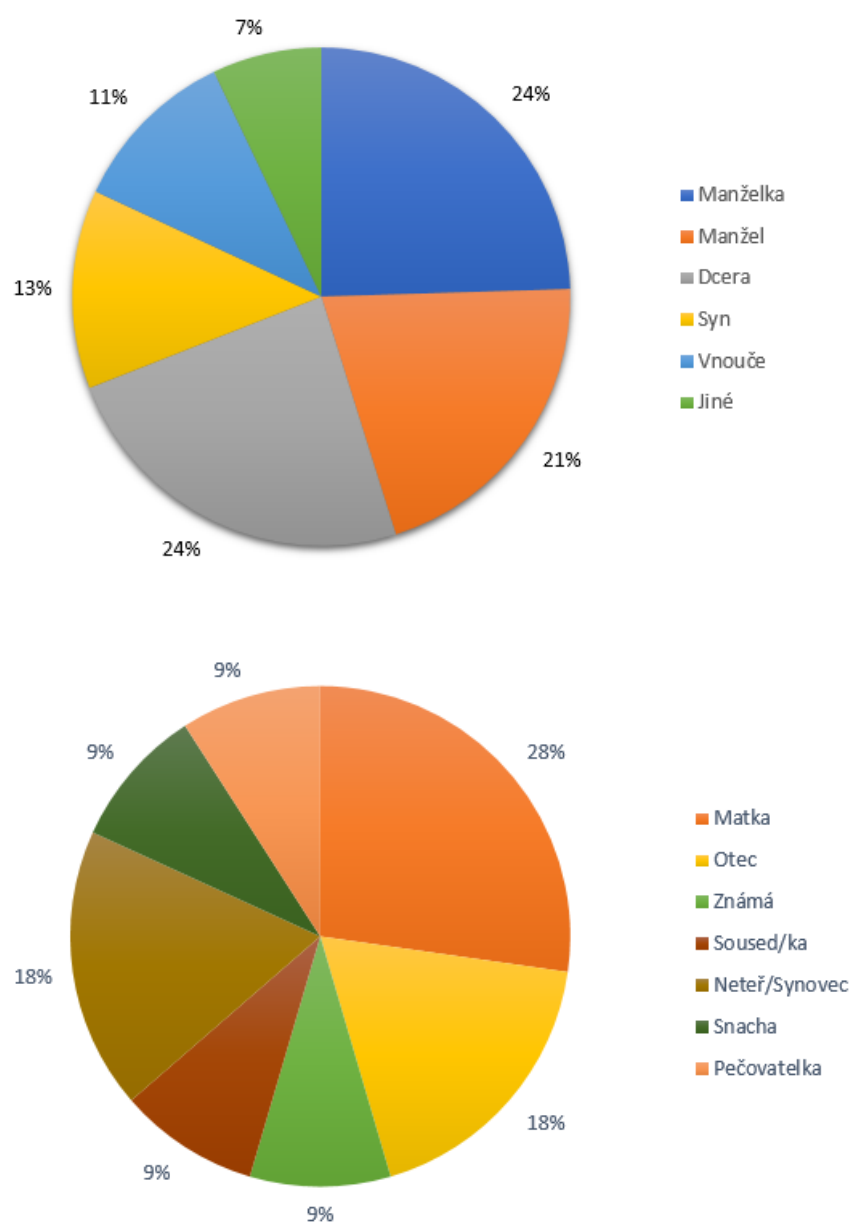
Zde je poměrně jasná větší část osob starších 51 let s větším zastoupením pečujících žen než mužů, což je 57 % z celkových dotazovaných.



Graf 8 Pohlaví pečujících osob

(zdroj: vlastní zpracování)

Jeden z důležitých faktorů dotazníku bylo určit vztah pečující osoby k pacientovi. V Grafu 9 je pak podrobněji zaznamenáno jednotlivé zastoupení všech možných vztahů vůči pacientovi z pohledu pečovatele. Manželek, které pečovaly o své manžele bylo 38. Opakem pak manželů pečujících o své ženy bylo 32 z celkového počtu dotázaných. Ve velkém počtu se jednalo i o dcery pomáhající svým rodičům, procentuelně stejně jako u manželek, a to 37 osob. Zbýlých 24 % (37 osob) byli synové případně vnoučata se zastoupením 13 % (synové 20 osob) a 11 % (vnoučata obecně 17 osob).



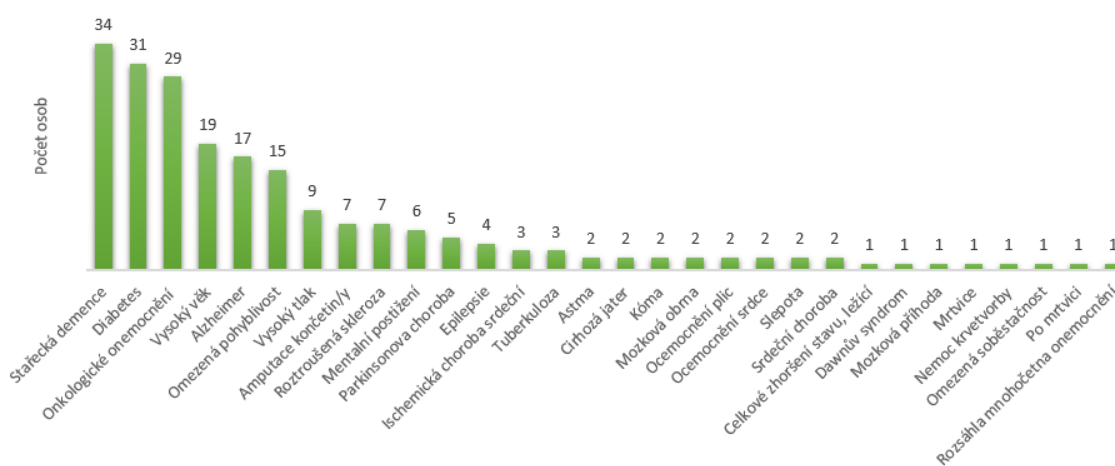
Graf 9 Osobní vztah k pacientovi

(zdroj: vlastní zpracování)

Poslední kategorií, kterou lze podrobněji probrat v grafu výše je kategorie Jiné, kde mohli účastníci vypisovat jiný vztah k pacientovi než ty pevně stanovené. Tato kategorie je poměrně malá, celkem 11 dotazovaných, a proto jsou výsledky zahrnuté v grafu poměrně irelevantní v porovnání s grafem prvním.

4.3.2 Charakteristika pacientů v návaznosti na zdravotnickém vybavení a druhu nemoci

Pro identifikování nemoci byla v dotazníku položena stěžejní otázka, a to jakou nemocí trpí pacient. V následujícím grafu číslo 14 jsou vypsány všechny nemoci, které se v dotaznících objevily. Jak lze pozorovat, vzhledem k věku pečujících o svého blízkého (pacienta), největší podíl má stařecká demence, následuje diabetes, onkologická onemocnění různých typů a stadií. Jako další je možné zdůraznit obecně vysoký věk a s ním nemoci spojené (Alzheimer, vysoký tlak, roztroušená skleróza, obecná omezená pohyblivost spojená třeba i s amputací končetiny po prodělání těžké nemoci).



Graf 10 Druhy onemocnění

(zdroj: vlastní zpracování)

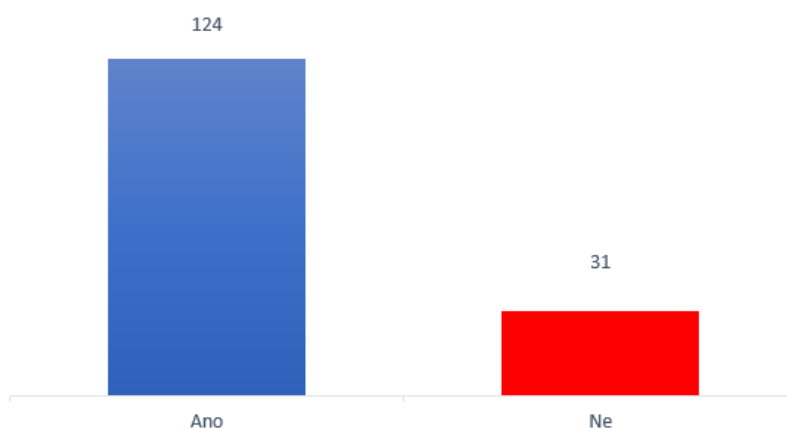
Na následující Tabulce 8 lze vidět jednotlivé nemoci s rozdělením mezi obě pohlaví. K této tabulce je nutné dodat to, že dotazující v mnoha případech na otázku, jakou pacient trpí nemocí, vypisovali dvě, tři nebo až čtyři nemoci. Většina nemocí jde v ruku v ruce s dalšími. Například amputace končetiny jako následek dlouholetého léčení diabetes. Nebo Alzheimer jako následek vysokého věku a s tím související omezená soběstačnost a pohyblivost.

Druh nemoci	Muži (počet)	Ženy (počet)
Alzheimer	6	11
Amputace končetin/y	4	3
Astma	-	2
Celkové zhoršení stavu, ležící	-	1
Cirhóza jater	-	2
Downův syndrom	1	-
Diabetes	12	19
Epilepsie	2	2
Ischemická choroba srdeční	-	3
Kóma	-	2
Mentální postižení	1	5
Mozková obrna	2	-
Mozková příhoda	-	1
Mrtvice	1	1
Nemoc krevetvorby	-	1
Onemocnění plic	-	2
Onemocnění srdce	1	1
Omezená pohyblivost	7	8
Omezená soběstačnost	-	1
Onkologické onemocnění	15	14
Parkinsonova choroba	1	4
Rozsáhlá mnohočetná onemocnění	1	-
Roztroušená skleróza	2	5
Slepota	-	2
Srdeční choroba	-	2
Stařecká demence	11	23
Tuberkulóza	2	1
Vysoký tlak	-	9
Vysoký věk	14	5
Součet	83	130

Tabulka 8 Typy onemocnění (muži / ženy)

(zdroj: vlastní zpracování)

Díky různorodým typům nemocí, viz předchozí graf a tabulka, je v mnoha případech nutné pořídit různá vybavení pro zlepšení průběhu stavu nebo pro zkvalitnění současného stavu pacienta. Kvůli tomu bylo v dotazníku položeno hned několik otázek. V první řadě, zda je vůbec nutné a potřebné jakékoliv speciální vybavení. Předpoklad je takový, že v technologickém světě a při současném vývoji technologií ve zdravotnictví se nám nabízí nesčetně mnoho doplňků a vybavení, které mohou a musí zpříjemnit nebo zlepšit stav pacienta. Jinými slovy ano, je potřeba speciálního vybavení napříč různými onemocněními. Dotazníkové šetření je menším důkazem a to, že tento předpoklad je na správné cestě ukazuje následující Graf 11.



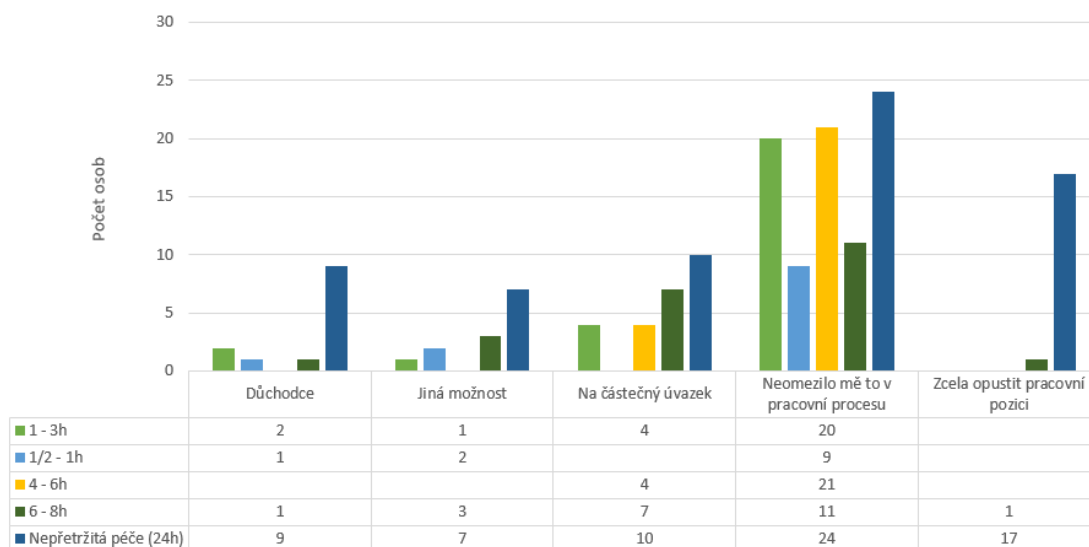
Graf 11 Speciální vybavení ano/ne?

(zdroj: vlastní zpracování)

V dotazníkovém šetření je dále uvedena otázka 16, kde je dotazováno, zda by některá zmíněná zdravotní pomůcka, případně aktivita, pomohla pacientovi při jeho stávajícím zdravotním stavu. Byly zde dvě možnosti zaškrtačiacích odpovědí. Zda je, nebo není, a jestli bylo by vhodné pomůcku (aktivitu) zajistit. V mnoha případech vybraných aktivit a zdravotních pomůcek bylo s ohledem k nemoci zajištěno vše potřebné. Podrobnější rozbor převážně z pohledů nákladů a různých druhů služeb bude v kapitole 4.4.1.

4.3.3 Časová charakteristika péče o pacienta

Detailní přehled vytíženosti pečovatелů na péči s ohledem na pracovní vytíženost je možné sledovat na následujícím Grafu 12, kde je sledovaná časová vytíženost pracujících (pečovatелů) v závislosti na pracovní omezenosti být zaměstnán.



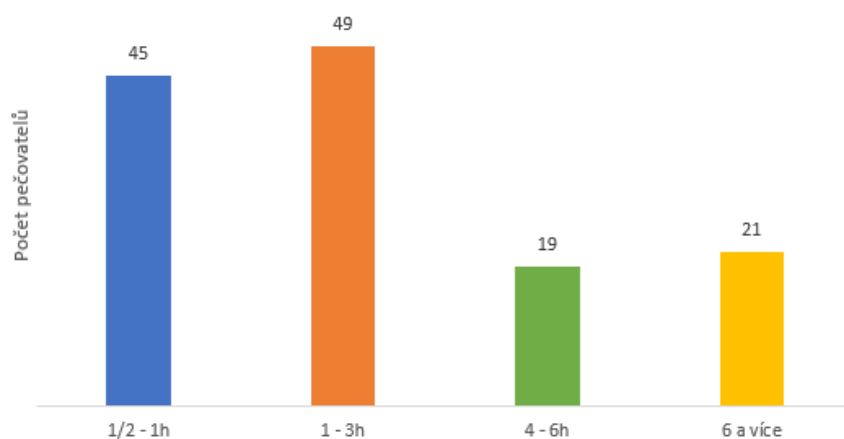
Graf 12 Pracovní omezení a časová náročnost péče

(zdroj: vlastní zpracování)

Z větší části to účastníky dotazníku neomezilo v pracovním procesu i přes zřejmou nutnost zůstat s pacientem 24 hodin nepřetržité péče. Zde v dotazníku předcházejí otázky typu, zda domácnost platí či neplatí pečovatelskou službu apod. viz. další zpracování dat v grafech. Dále je překvapivé, že i přes možnost zaopatřit si domácí pečovatelskou službu, které v dnešní době jsou schopné a ochotné pracovat více než 8 hodin denně, je poměrně velký počet osob, kteří svojí pracovní činnost ukončili úplně.

V Grafu 13 je pak vidět, kolik hodin denně jsou domácnostmi využívány služby pečovatelských agentur. Opět přes polovinu dotázaných odpovídalo na časy od 30 minut do 3 hodin minimálně jednou za den. Tato část dotázaných je v důchodovém věku a tyto pečovatelské služby jim slouží jen v případech, kdy je

potřeba pacientovi podat medikament, na který je potřeba proškoleného člověka při jeho aplikaci (injekce, opiáty apod.) Druhá polovina koresponduje a dorovnává časy, které musí rodinný příslušník trávit v pracovním poměru a nemůže se tak starat o pacienta. Jak již bylo naznačeno, v mnoha případech je nutné zaškoleného personálu při podávání medikace a péče. Je tedy přímo žádoucí a nutné tyto služby, vyhledat případně zaplatit.



Graf 13 Časová náročnost péče

(zdroj: vlastní zpracování)

4.3.4 Pokročilejší statistické metody

V rámci diplomové práce byly stanoveny čtyři zkoumané hypotézy H1-H4 viz níže, které jsou následně vyhodnoceny a analyzovány za pomoci programu SPSS. Díky struktuře dotazníku bylo nejvhodnější zvolit hlavně Test dobré shody – Chí-kvadrát a Spearmanův koeficient pořadové korelace.

Výzkumné hypotézy

H1: Existuje závislost mezi měsíčními výdaji za pečovatelské služby a počtem hodin práce pečovatele.

H2: Existuje závislost mezi časem stráveným s pacientem a časem, který s pacientem tráví pečovatel.

H3: Existuje závislost mezi pohlavím a časem stráveným s pacientem.

H4: Existuje závislost mezi časem stráveným s pacientem a potřebou speciálního vybavení.

Ověření hypotéz

H1: Existuje závislost mezi měsíčními výdaji za pečovatelské služby a počtem hodin práce pečovatele.

K ověření této hypotézy bylo využito chí-kvadrát testu v SPSS. Nejprve byla spočítána kontingenční tabulka reálných a očekávaných četností. Ty byly mezi sebou porovnány. Testové kritérium přesáhlo kritickou hodnotu, a tudíž lze konstatovat, že mezi měsíčními výdaji za pečovatelské služby a počtem hodin práce pečovatele existuje statisticky významná závislost (p-hodnota 0,000). Výpočet a výsledek znázorňují tabulky XY.

		Čas pečovatele				Celkem
		1/2-1 h	1-3 h	4-6 h	6 a více	
Placení pečovatelské služby	1 000 - Count	32	19	0	0	51
	2 000 Expected Count	17,6	18,4	7,1	7,9	51,0
	2 000 - Count	7	24	10	7	48
	4 000 Expected Count	16,6	17,3	6,7	7,4	48,0
	5000+ Count	1	5	7	9	22
	Expected Count	7,6	7,9	3,1	3,4	22,0
	Neplatí Count	7	1	2	5	15
	Expected Count	5,2	5,4	2,1	2,3	15,0
Celkem						
	Count	47	49	19	21	136
	Expected Count	47,0	49,0	19,0	21,0	136,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	64,941a	9	,000
Likelihood Ratio	79,019	9	,000
N of Valid Cases	136		

a. 3 cells (15,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,10.

Tabulka 9 Výstup SPSS (hypotéza č. 1)

(zdroj: vlastní zpracování)

Z tabulek je patrné, že největší odchylky mezi reálnými a očekávanými četnostmi jsou levém horním segmentu. Například pacientů, u kterých stráví pečovatel do 1 hodiny denně a platí 1 000 - 2 000 korun, je 32, ale dalo by se očekávat, že jich bude pouze 17,6. Zde je tedy velká disproporce.

H2: Existuje závislost mezi časem stráveným s pacientem a časem, který s pacientem tráví pečovatel.

K ověření této hypotézy byl využit Spearmanův korelační koeficient a test jeho významnosti. Nejprve byla znázorněna kontingenční tabulka, aby byly patrné vztahy mezi oběma proměnnými.

	Čas pečovatele				Celkem
	1-3 h	1/2-1 h	4-6 h	6 a více	
1-3 h	7	14	0	0	21
1/2-1 h	7	4	1	0	12
4-6 h	9	7	5	3	24
6-8 h	9	6	4	4	23
Nepřetržitá péče (24h)	17	16	9	14	56
Celkem	49	47	19	21	136

		Čas s pečovatelem	Čas s pacientem
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1,000	,155
	Čas s pečovatelem		
	Sig. (2-tailed)	.	,054
	N	155	155
Spearman's rho	Correlation Coefficient	,155	1,000
	Čas s pacientem		
	Sig. (2-tailed)	,054	.
	N	155	155

Tabulka 10 Výstup SPSS (hypotéza č. 2)

(zdroj: vlastní zpracování)

Z tabulky výše je patrné, že korelační koeficient je 0,155 a je statisticky nevýznamný (p-value 0,054). Znamená to tedy, že neexistuje závislost mezi časem stráveným s pacientem a časem, který s pacientem tráví pečovatel.

Poznámka: Výsledek testu je patrně ovlivněn velkým množstvím respondentů, kteří odpovídali, že s pacientem tráví celý den.

H3: Existuje závislost mezi pohlavím a časem stráveným s pacientem.

K ověření této hypotézy bylo využito chí-kvadrát testu v SPSS. Nejprve byla spočítána kontingenční tabulka reálných a očekávaných četností. Ty byly mezi sebou porovnány. Testové kritérium nepřesáhlo kritickou hodnotu, a tudíž lze konstatovat, že mezi pohlavím a časem stráveným s pacientem není statisticky významná závislost (p-hodnota 0,768). Výpočet a výsledek znázorňují tabulky níže.

			Čas s pacientem					Celkem
			1-3 h	1/2-1 h	4-6 h	6-8 h	Nepřetržitá péče (24 h)	
Pohlaví	Muž	Count	10	5	9	8	32	64
		Expected Count	11,1	5,0	10,3	9,5	28,1	64,0
	Žena	Count	17	7	16	15	36	91
		Expected Count	15,9	7,0	14,7	13,5	39,9	91,0
Celkem		Count	27	12	25	23	68	155
		Expected Count	27,0	12,0	25,0	23,0	68,0	155,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,826a	4	,768
Likelihood Ratio	1,830	4	,767
N of Valid Cases	155		

a. 1 cells (10,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,95.

Tabulka 11 Výstup SPSS (hypotéza č. 3)

(zdroj: vlastní zpracování)

H4: Existuje závislost mezi časem stráveným s pacientem a potřebou speciálního vybavení.

K ověření hypotézy byl opět využit chí-kvadrát test. Z výsledku testu vyplývá, že mezi časem stráveným s pacientem a potřebou speciálního vybavení je statisticky významná závislost (p-hodnota 0,001). Výpočet a výsledek znázorňují tabulky níže.

			Vybavení		Celkem
			0	1	
Čas s pacientem	1-3 h	Count	11	16	27
		Expected Count	5,4	21,6	27,0
	1/2-1 h	Count	6	6	12
		Expected Count	2,4	9,6	12,0
	4-6 h	Count	3	22	25
		Expected Count	5,0	20,0	25,0
	6-8 h	Count	3	20	23
		Expected Count	4,6	18,4	23,0
	Nepřetržitá péče (24 h)	Count	8	60	68
		Expected Count	13,6	54,4	68,0
Celkem	Count	31	124	155	
	Expected Count	31,0	124,0	155,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,587a	4	,001
Likelihood Ratio	16,572	4	,002
N of Valid Cases	155		

a. 2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,40.

Tabulka 12 SPSS (hypotéza č. 4)

(zdroj: vlastní zpracování)

Z kontingenční tabulky a testu je patrné, že lidé, kteří potřebují nepřetržitou péči, potřebují i speciální vybavení.

4.3.5 Shrnutí výsledků dotazníkového šetření

Na výsledcích průzkumu se podílelo celkem 155 dotazovaných. Počet mužů versus počet žen je přibližně 40:60. V případě rozložení věkových kategorií lze konstatovat, že převážná většina dotazovaných byla vyššího věku, blízkému důchodovému věku 51 +. Tento údaj a obecně tito respondenti výrazně ovlivnili celkové hodnocení, a to hlavně z pohledu peněžních příjmů a časové pracovní vytíženosti. Dotazovaní v důchodovém věku pobírají starobní, předčasný nebo jiný druh důchodu. Další poměrně zajímavý údaj byl osobní vztah k pacientovi. Z velké části se jednalo o manželský pár, který se o sebe staral bez pomoci dalších členů rodiny. V případě, že byl pacient bez partnera, starali se hlavně jejich děti a poté v menším poměru i další členové rodiny.

Nedílnou součástí dotazníku bylo zjistit, jakou chorobu, respektive nemoc pacienti nejčastěji mají. Choroby by se tímto dotazníkem daly rozdělit na hlavní (vážné) a sekundární (méně vážné). Vážnou nemocí rozumíme takové, které mají trvalý následek a silné dopady na zdraví a vedou i k paliativní péči. Z poměrně velké části to jsou: demence, diabetes, onkologická onemocnění, Alzheimer a další. Sekundárními se rozumí takové choroby, které současná medicína umí alespoň částečně vyléčit a celkově zpříjemnit průběh choroby. Méně vážné byly tyto: Vysoký tlak, omezená pohyblivost, epilepsie, astma a, různá v dotaznících nedetailně popsaná onemocnění plic, srdce a další. Zajímavým údajem, který je obecně vědecky dokázán je ten, že stařecká demence a Alzheimerova choroba postihuje více ženské pohlaví, než mužské, což nám dokazuje Tabulka 8. V součtu obou nemocí je to 17 mužů a žen je v těchto případech o 50 % více – 34.

Z pohledu potřeb pacientů s ohledem na vybavení lze jednoznačně říci, že je potřeba a nutné. Velice dobré zjištění je také to, že většina respondentů na tuto otázku reagovala odpovědí „je zajištěno“. Nejčastější pomůckou byly: chodítka, vozíčky, polohovací postel. Za kategorii služby to byly jednoznačně rehabilitace, fyzické aktivity, masáže a další. Zajímavý poznatek byla i část, kde dotazovaní mohli

zvolit odpověď „bylo by vhodné, ale není zajištěno“. Velká část pečovatelů vybírala zábavné aktivity, psychologické konzultace, psychické aktivity a vzdělávání pacienta o nemoci.

V pokročilejších výsledcích dotazníku se pak za pomoci statistických modelů a analýz vytvořily hypotézy. Vzhledem k povaze a typu dotazníkového šetření byl nejčastěji použit χ^2 test nezávislosti v kontingenční tabulce a Spearmanův korelační koeficient.

V hypotéze H1: Existuje závislost mezi měsíčními výdaji za pečovatelské služby a počtem hodin práce pečovatele, byla zjištěna poměrně velká disproporce v horním segmentu, kde očekávaná doba pečovatele bude v průměru 17,5 hodiny nikoliv 32.

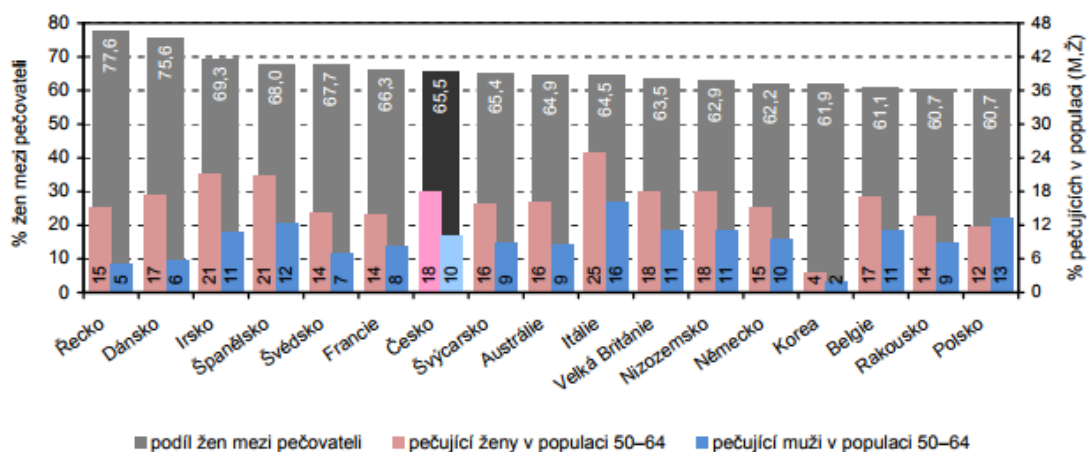
V hypotéze H2: Existuje závislost mezi časem stráveným s pacientem a časem, který s pacientem tráví pečovatel, bylo za pomoci Spearmanova korelačního koeficientu zjištěno, že čas trávený s pacientem nezávisí na čase pečovatele pečujícího o pacienta. Jak je i v poznámce pod testem uvedeno, je tento výsledek testu poměrně hodně ovlivněn množstvím odpovědí typu „Nepřetržitá péče (24 h)

V hypotéze H3: Existuje závislost mezi pohlavím a časem stráveným s pacientem, bylo zjištěno a konstatováno, že se jedná o statisticky nevýznamnou závislost. Jinými slovy, pohlaví pečovatele není faktor, který by měl na dobu strávenou s pacientem významný vliv.

V hypotéze H4: Existuje závislost mezi časem stráveným s pacientem a potřebou speciálního vybavení, bylo kontingenční tabulkou zjištěno, že pacienti potřebující nepřetržitou péči, ne vždy potřebují speciální vybavení.

4.3.6 Srovnání výsledků šetření se zahraničím

Ke stručnému porovnání výsledků z dotazníkového šetření byla využita veřejně dostupná data ze Zdravotního statistického úřadu. Nejprve tedy srovnání podílu žen v roli pečovatelů. V šetření se prokázalo, že v roli pečovatele je ze 60 % žena. V následující tabulce tvoří 65,5 % neformálních pečovatelů ženy ve věku 50-64 let. Toto procento se výší věku statistiky posouvá níže, kde záleží hlavně na zdravotních možnostech pečovatele. Toto procento se poměrně dobře blíží k získaným datům z průzkumu. Jediná země, která v roce 2012 vykazovala větší počet pečujících mužů v daném věku, bylo Polsko.



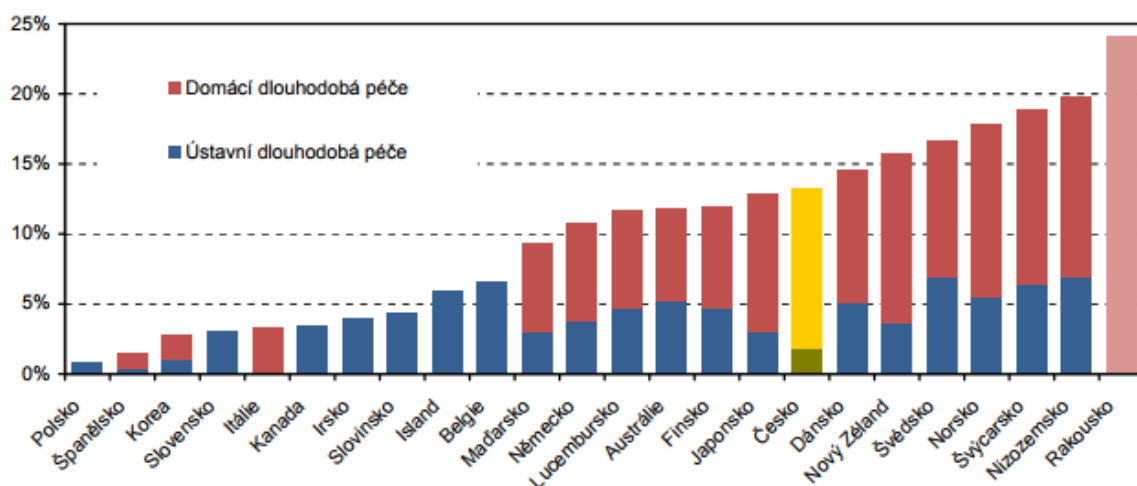
Graf 14 Podíly pečovatelů – žen, ve vybraných zemích světa

(zdroj: ÚZIS, 2012)

V porovnání dat z ÚZIS a dotazníkového šetření je to s neformální péčí z pohledu vztahu pečovatele k pacientovi takto:

- 27,5 % partner /manžel manželka,
- 11,2 % rodič,
- 33 % příbuzný pacienta,
- 16,2 % přítel.

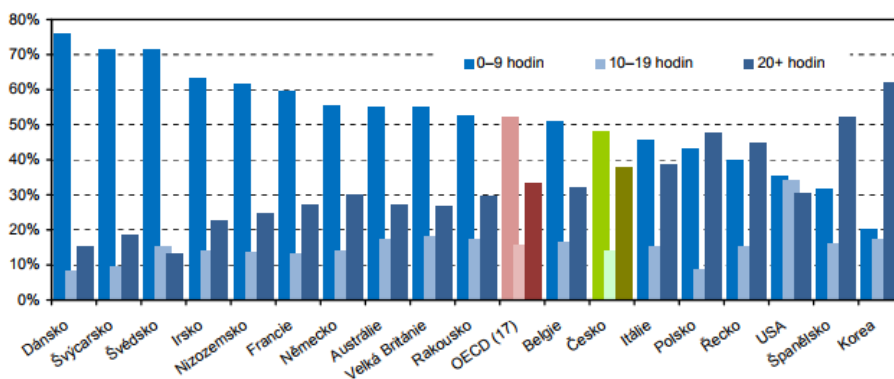
Velice zajímavý údaj je dále podíl níže vyobrazené domácí péče oproti ústavní (nemocniční). Je vidět poměrně velké rozdíly napříč různými zeměmi. Toto je zapříčiněno především z důvodu různě rozvinutých systémů dlouhodobé péče daných zemí. Zde také hrají roli velké rozdíly v kulturním způsobu rodinných životů. Dle ÚZIS 2012 více než polovině příjemců se dostává domácí péče napříč všemi zeměmi. (ÚZIS, 2012).



Graf 15 Příjemci ústavní a domácí dlouhodobé péče ve věku 65+ v populaci téhož věku

(zdroj: ÚZIS, 2012)

V porovnání dle ÚZIS (2012) je v následujícím Grafu 16, vidět celkový podíl neformálních pečovatелů. Při pohledu níže na celorepubliková data České republiky je patrné, že více než 30 % pečovatелů poskytuje péči více než 20 h týdně,



Graf 16 Průměrně strávený čas pečovatele s pacientem ve vybraných zemích

(zdroj: ÚZIS, 2012)

tedy 1 h denně. Porovnáme-li tyto data se získanými dotazníkem a sjednotíme skupinu ½–1 h s 1-3 h denně, dostaneme se k 25 %.

4.4 Náklady na pacienty a seniory

Cílem diplomové práce je vyčíslit přímé zdravotnické, nezdravotnické náklady a náklady nepřímé. Následující kapitola popisuje výši přímých a nepřímých nákladů na péči dlouhodobě nemocných seniorů. V následujících výpočtech budou využita data z dotazníkového šetření a z veřejně dostupných dat zdravotnických statistik (ÚZIS).

4.4.1 Analýza výdajů na péči v ČR – vlastní šetření

Tuto kapitolu budou provázet převážně výzkumná data, zjištěná z dotazníkového šetření a data zanalyzovaná z veřejně dostupných zdrojů a statistik. Výpočet výdajů, respektive celkových nákladů na seniory a pacienty, bude proveden jako součet přímých a nepřímých nákladů. Tyto náklady se dále rozdělují z hlediska sběru a dostupnosti dat na:

- Přímé zdravotnické náklady zjištěné dotazováním
- Přímé zdravotnické náklady zjištěné z veřejných zdravotních statistik
- Přímé nezdravotnické náklady zjištěné dotazováním
- Nepřímé náklady vyčíslené z výsledků dotazníkového šetření

Přímé zdravotnické náklady zjištěné dotazováním

Zpravidla se nejčastěji skládají z nákladů na léky, hospitalizaci, medikamenty apod. V rámci dotazníku byla provedena analýza, kolik průměrně pečovatelé, respektive domácnost vydá měsíčně na doplácích, zahrnujících platby za medikamenty formou průměru skrze skupiny a následně celkově za všechny kategorie. Celkový průměr byl pak vydělen součtem všech zúčastněných. Doplátky za léky a jejich průměry jsou uvedeny v následující Tabulce 13.

Doplatky za medikamenty		
výše doplatku v Kč	počet plátců v kategorii	průměr kategorií
do 500	47	300
500-1500	76	1000
1500-2500	21	2000
2500 a více	11	3000

Tabulka 13 Doplatky pečovatелů za medikamenty

(zdroj: vlastní zpracování)

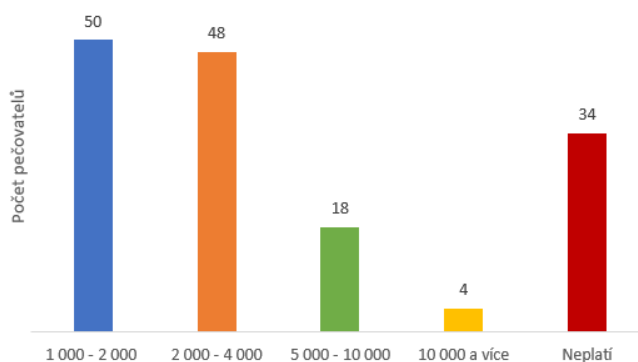
Vážený průměr skrze všechny kategorie je 165 100 Kč. Na jednoho dotazovaného je to pak průměrně 1 065 Kč / měsíčně, tedy **12 780 Kč / ročně**.

Přímé nezdravotnické náklady zjištěné dotazováním

Tyto náklady budou počítány jako součet průměrných nákladů, a to hlavně na:

- Pečovatelské služby
- Doplnkové služby a vybavení

Pro zjištění nákladů na pečovatelské služby, respektive výdaje obětované pečovatelským službám na pomoc při péči, bylo jednoznačně stanoveno pět kategorií. V následujícím Grafu 17 jsou data poměrně jasná.



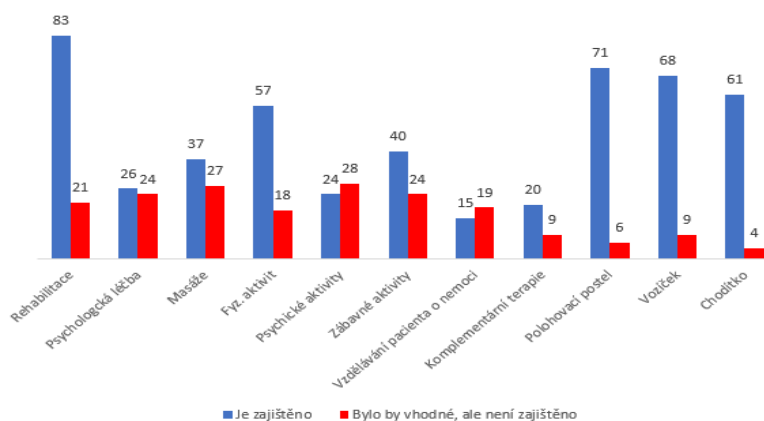
Graf 17 Výdaje na pečovatelské služby

(zdroj – vlastní zpracování)

Průměrně dotázaní platí od 1-4 tisíc korun měsíčně, někteří i 5 tisíc korun a více. Velká část dotázaných (34) neplatí vůbec. Ti, kteří neplatí vůbec, nevyklučují návštěvy a využívání těchto služeb. Je totiž obecně známé, že některé pečovatelské služby (charity, hospici) mohou pracovat zdarma, nebo jsou placení z lékařské komory, a tak placení státem. Vážený průměr nákladů napříč všemi kategoriemi a dotazovanými činí: 2 606,45 Kč / měsíčně, tedy **31 284 Kč / ročně**.

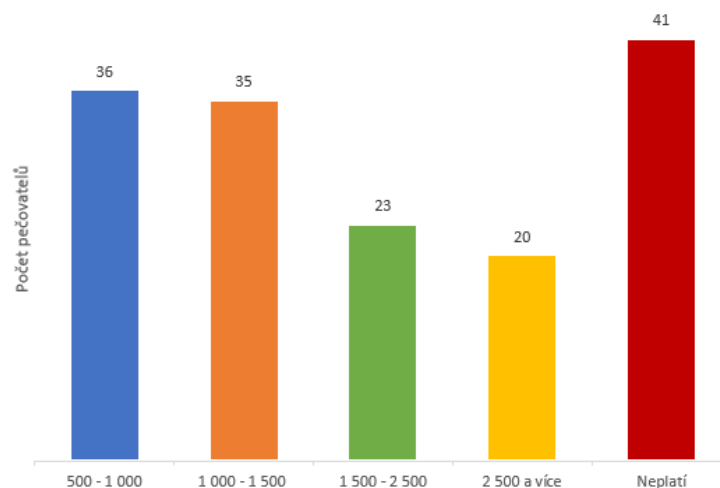
K analýze nákladu na doplňkové služby bylo dotazníkově přistupováno dvěma směry. První byly jasně stanovené kategorie průměrných měsíčních výdajů, které dotazovaní zaškrtovali případně doplňovali ručně. Druhý přístup byl formou výběru nejčastějších doplňkových služeb a potřeb viz otázka č. 16 v dotazníku (výběr – je zajištěno / bylo by vhodné, ale není zajištěno).

V případě prvního přístupu byli dotazovaní tázáni, kolik měsíčně služby doplácí. Necelých 50 % dotazovaných doplácí za níže jmenované aktivity a služby mezi 500-1500 korun měsíčně. Dále 28 % připlácí od 1500 do 2500 tisíc měsíčně a zde to v případě 13 % z 28 % předešlých leckdy nekončí. Poměrně zajímavým procentem je 26 % domácností, které měsíčně neplatí žádnou částku za speciální vybavení. Jedná se o případy, kdy bohužel žádné vybavení není nutné platit měsíčně (zaplatí se jednorázově) nebo toto vybavení je poskytnuto zdarma bez žádných doplatků (polohovací postel, vozíček apod.).



Graf 18 Pomůcky a aktivity pro zlepšení stavu pacienta

(zdroj: vlastní zpracování)



Graf 19 Měsíční doplatky za speciální vybavení

(zdroj: vlastní zpracování)

V případě přístupu druhého bylo pro spočítání přibližných nákladů na doplňkové služby třeba zajistit a dohledat přibližné náklady na jednotlivé služby z veřejně dostupných zdrojů. Nejprve tedy podrobný výpis vybraných pomůcek a služeb v následující tabulce a poté přibližné nacenění služeb, které byly dohledány za pomoci veřejně dostupných údajů a v některých případech i po konzultaci s organizacemi viz Tabulka 15.

Druh doplňkové služby			
1	Rehabilitace	6.2	Malování (kurzy malování)
2	Psychologická léčba	7	Vzdělávání pacienta
2.1	Individuální sezení	8	Komplementární terapie
2.2	Telefonické / Emailové / Skype sezení	8.1	Akupunktura
3	Masáže	8.2	Energetické terapie
3.1	V domácím prostředí	8.3	Jóga
3.2	Návštěva salónu	9	Polohovací postel
4	Fyzická aktivita (chůze, domácí práce)	10	Vozíček
5	Psychické aktivity	11	Chodítko
5.1	Kurzy terapií	12	Jiné (vlastní odpověď)
5.2	Online terapie přes Skype	12.1	Antidekubitní matrace
5.3	Domácí terapie	12.2	Francouzské hole
6	Zábavné aktivity	12.3	Oxygenerátor
6.1	Čtení knih	12.4	WC židle

Tabulka 14 Seznam pomůcek a služeb

(zdroj: vlastní zpracování)

Aktivita / Pomůcka / Služba		Cena v Kč	
		50-90 min	Jednorázová platba
1	Rehabilitace	796	/
2	Psychologická léčba (psycholog)	746	/
2.1	Individuální sezení	723	/
2.2	Telefonické / Emailové / Skype sezení	800	/
3	Masáže	1 008	/
3.1	V domácím prostředí	1 059	/
3.2	Návštěva salónu	957	/
4	Fyzická aktivita (chůze, domácí práce apod.)	/	/
5	Psychické aktivity	/	1 421
5.1	Kurzy terapií	/	1 588
5.2	Online terapie přes Skype	/	1 300
5.3	Domácí terapie	/	1 000
6	Zábavné aktivity	/	/
6.1	Čtení knih	/	160
6.2	Malování (kurzy malování)	/	2 664
7	Vzdělávání pacienta	/	/
8	Komplementární terapie	/	1 046
8.1	Akupunktura	/	1 140
8.2	Energetické terapie	/	1 050
8.3	Jóga	750	
9	Polohovací postel	/	900
10	Vozíček	/	461
11	Chodítko	/	233
12	Jiné (Možné vepsat vlastní odpověď)	/	/
12.1	Antidekubitní matrace	/	304
12.2	Francouzské hole	/	114
12.3	Oxygenerátor	/	1 059
12.4	WC židle	/	216

Tabulka 15 Průměrné výdaje za pomůcky / služby

(zdroj: vlastní zpracování)

Celkové průměrné náklady vycházející z první varianty byly vyčísleny z dostupných dat dle odpovědí dotazovaných na **1 108 Kč / měsíčně**.

V návaznosti na výše zmíněné náklady a vypsání pomůcky a služby viz Tabulky 14-15 byly vyčíslené celkové průměrné náklady ve výši 189 432,70 Kč / měsíčně (tedy **1 222,15 Kč / měsíčně** za jedince).

Průměrně tedy napříč oběma přístupy jsou celkové průměrné přímé nezdravotnické náklady **1 165,11 Kč / měsíčně**.

Celkové přímé nezdravotnické náklady jsou pak součtem měsíční útraty za pečovatelské služby a průměrné měsíční útraty za doplňkové služby 3 772 Kč / měsíčně, tedy **45 264 Kč / ročně**.

Přímé zdravotnické náklady zjištěné z veřejných zdravotních statistik

Přímé náklady budou spočítány z veřejně dostupných databází. Bylo čerpáno především z databází ÚZIS a ČSÚ. Celkové výdaje domácností dle ČSÚ tvoří částku 45 mld. Kč. Tato částka zahrnuje veškeré přímé výdaje domácností na zdravotní péči tak, jak je popsáno v teoretické části této práce. V Tabulce 16, jsou pak dle údajů VZP 2016 vybrané specifické segmenty a jejich celkové náklady za všechny ošetřované. Dle VZP průměrné náklady s přirůstajícím věkem rostou.

- Průměrně na jednu osobu **25 944 Kč / ročně**

Typ segmentu	Celkové náklady pojišťoven ročně
Ambulance	32 431 407 Kč
Hospitalizace	83 298 964 Kč
Doprava a ostatní	3 369 666 Kč
Léky	20 729 787 Kč
Zdravotnické prostředky	4 641 494 Kč
Doplatky	57 021 Kč
Celkem	144 528 339 Kč

Tabulka 16 Přímé náklady dle segmentů

(zdroj: VZP – ročenka, 2016, vlastní zpracování)

Tento výstup přímých nákladů se zdá být moc obecný. Pro ještě detailnější výstup přímých nákladů bylo z dotazníkového šetření třeba vyčíslit celkové průměrné přímé náklady na nejčastější zmiňované nemoci. Jmenovitě sestupně to jsou:

- Stařecká demence a jeho zástupce Alzheimer (Nemoci nervové soustavy)
- Diabetes (Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek)
- Onkologické onemocnění (Novotvary)

Ve zdravotnictví jsou tyto nemoci zařazeny do kategorií, dle lékařského zařazení viz následující Tabulka 17 s přímými náklady napříč celé skupině diagnóz.

Náklad k roku 2016	Nemoci nervové soustavy	Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek	Novotvary
Průměrné náklady pojištěn na 1 ošetřenu osobu	10 873 Kč	5 667 Kč	16 077 Kč

Tabulka 17 Průměrné přímé náklady na vybrané nemoci dle VZP

(zdroj: VZP – ročenka, 2016, vlastní zpracování)

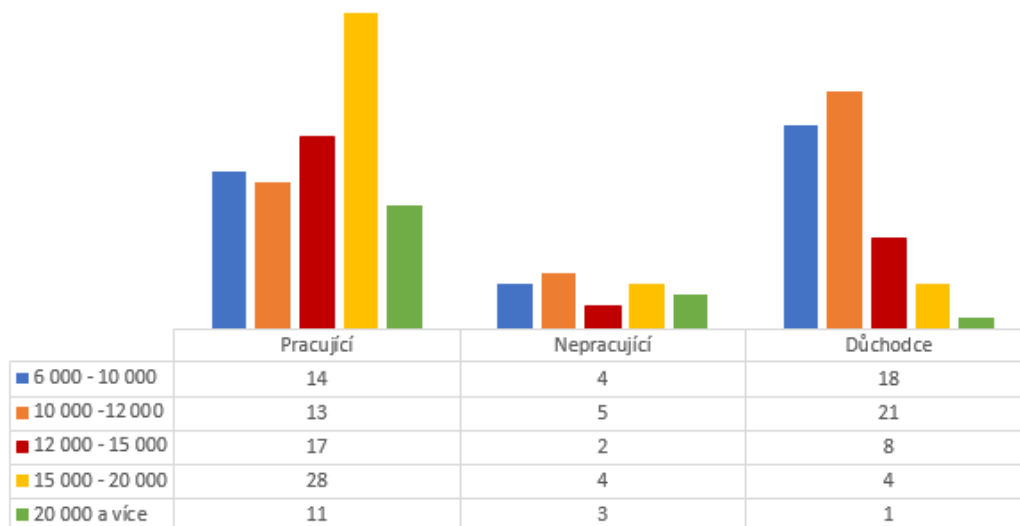
Nepřímé náklady vyčíslené z výsledků dotazníkového šetření

Jsou níže vypočítány za pomoci Oportunitní metody detailněji popsané v kapitole 3.3.1 v teoretické části této práce. Tato metoda počítá nepřímé náklady jako:

$$\text{Nepřímé náklady} = t_i * w_i$$

- t = čas pacienta strávený s pečovatelem v přímé návaznosti na pečovatele vykonávajícího onu činnost péče. Tento čas byl dotazníkovou formou zjišťován v otázce číslo 6 „Kolik hodin denně trávíte s pacientem“
- w = mzda pečovatele, která byla opět dotazována v otázce číslo 5 „Jaký je Váš měsíční příjem“

V následujících Grafech 20 a 21 jsou stručně promítnuta data k výše zmíněnému „t“ času péče a „w“ průměrné mzdě.



Graf 20 Průměrné příjmy pečujících osob

(zdroj: vlastní zpracování)

Celkem se zúčastnilo 83 pracujících mužů a žen, kde největší skupina 28 lidí pobírá měsíční plat mezi 15–20 tisíci korun, z grafu je patrné, že průměrný pracující člověk je schopen si vydělat mezi 10-20 tisíci korun měsíčně. Dle údajů z ČSÚ (2017 1. Čtvrtletí), kde uvádí průměrný měsíční plat 20-25 tisíc korun je zmíněný graf poměrně odpovídající realitě. (Český statistický úřad – průměrné mzdy 1. čtvrtletí 2017, © 2017)

Druhou středně větší skupinou jsou lidé v důchodovém věku pobírající pravidelnou měsíční důchodovou dávku. V průměru český důchodce pobírá mezi 6-12 tisíci korun měsíčně. Opět nutno doložit data z ČSÚ, který uvádí průměrnou výši starobního důchodu k roku 2016 necelých 12 tisíc korun měsíčně. Lze tedy konstatovat, že graf je blízký realitě a celorepublikovým průměrům. (Český statistický úřad – Sociální zabezpečení, © 2017)

Třetí a poslední skupinou je skupina nepracujících, kteří z nějakého důvodu označili tuto možnost. Důvody mohou být různé, mezi nejčastější patřila nutnost opustit pracovní pozici, kvůli nutnosti péče o příbuzného, nebo také nezletilost, případně studium a péče o nemocného rodiče. I přes to, že dotázaní nemají práci,

mají nějaký příjem. Lze tedy předpokládat, že se jedná o dotace na péči o pacienta nebo jiné další formy příjmů peněz (stipendia, charita, podpora nezaměstnanému apod.) Vážené průměry kategorií nám ukazují následující průměry, které byly kvůli ne malé účasti pečovatelů v důchodu rozděleny na dva typy:

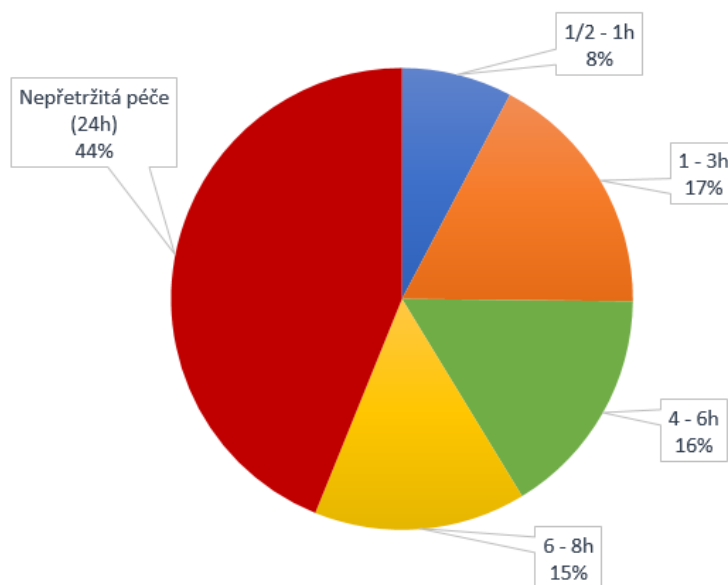
- Průměrný příjem všech pracujících/nepracujících dotazovaných je **14 589,11 Kč**
- Průměrný příjem všech dotazovaných (včetně důchodců) je **13 392,16 Kč**

Dále bylo nutné vyčíslit průměrnou cenu jedné hodiny pečovatele. To bylo provedeno jako:

*Cena odpracované hodiny = průměrná mzda * 40 h (8 h * 5 pracovních dnů)*

- Průměrná cena hodiny všech pracujících/nepracujících je **364,73 Kč**
- Průměrná cena hodiny všech dotazovaných (včetně důchodů) je **334,8 Kč**

Pro výpočet druhé části neformální péče bylo nutné zjistit průměrný trávený čas s pacientem. V Grafu 21 lze vidět, že skoro u poloviny je pacientů nutná nepřetržitá 24 hodinová péče. Z velké části je 44 % ovlivněno tím, že o pacienty je pečováno lidmi důchodového věku, kteří nemají potřebu a nutnost se o pacienta z finanční nouze nestarat. Ostatní hodnoty odpovídají průměru hodin trávených s pacientem v případě trvalého pracovního poměru a klasické denní vytíženosti.



Graf 21 Nutný čas strávený pečovatelem s pacientem

(zdroj: vlastní zpracování)

Z dotazníkových dat bylo vypočítáno následující:

- Průměrný čas „t“ všech pracujících/nepracujících **9,85 h/den**
- Průměrný čas „t“ všech dotazovaných (včetně důchodců) **12,78 h/den**

Opět tak jako u průměrných platů pečovatelů je samozřejmé, že průměrný čas po zainteresování osob v důchodovém věku se jistým způsobem zvýší. Vynásobením času a mzdy dle Oportunitní metody se dostaneme k celkovým nepřímým nákladům zjištěným z dotazníkového šetření. Celkové nepřímé náklady tedy jsou:

- 71 851 Kč / měsíčně v případě výpočtu bez pečovatelů v důchodu
- 85 576 Kč / měsíčně včetně pečovatelů v důchodovém věku.
- **78 714 Kč / měsíčně** průměr obou kategorií

Nepřímé náklady v obecné rovině a z veřejně dostupných zdrojů lze vypočítat za pomoci průměrné hodinové sazby za péči, která v průměru činí 120 Kč za hodinu s pacientem. Dále z veřejně dostupných zdrojů je průměrně 70 % pacientů ošetřováno 10 h týdně a zbylých 30 % až 20 h týdně. Roční náklady na péči by se tedy daly odhadnout na 86 400 Kč / ročně.

Vlastní šetření		Veřejné zdroje	
Přímé náklady			
<u>Zdravotnické náklady</u>			
Druh nákladu	Kč / ročně	VZP – ročenka 2016	Kč / ročně
Doplatky – léky a léčba	12 780	I.	5 667
		II.	16 077
		III.	10 873
		Průměrně *	10 827
		Průměrně celkem **	25 994
<u>Nezdravotnické náklady</u>			
Pečovateľské služby	31 284		
Doplňkové služby	46 264		
Celkem	76 548		
Nepřímé náklady			
Včetně pečovatелů důchodců	1 026 912	Průměrně v obecné rovině ***	86 400
Bez pečovatелů důchodců	862 212		
Celkem průměrně	944 568		

Tabulka 18 Výpočet celkový nákladů

(zdroj: vlastní zpracování)

Poznámky:

*Průměrně * - průměrné přímé náklady tří vybraných nejčtenějších segmentů z dotazníku*

*Průměrně celkem** - průměrné přímé náklady na 1 pojištěnce (VZP 2016)*

*Průměrně v obecné rovině *** - obecný výpočet za pomoci Opor. metody w*t a veřejně dostupných údajů*

Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek – (I) - Diabetes

Novotvary – (II) – rakovina

Nemoci nervové soustavy – (III) – Stařecká demence, Alzheimer

Celkové náklady

Celkové náklady jsou tedy součtem všech druhů nákladů ve výše zmíněné tabulce. K výslednému číslu napomohl jak výstup celkových průměrných sum z dotazníku, tak veřejně dostupná data ze statistického úřadu a zdravotních databází. Do přímých zdravotnických nákladů zde vstupují hlavně náklady pojištěven na jednoho pojištěnce včetně vlastních výdajů samotných pečovatelů a pacientů za léky a léčbu. Do přímých nezdravotnických nákladů jsou započítány úhrady na pečovatelské služby a doplňkové služby podrobně zmíněné a vypsané v kapitolách výše. Nepřímé náklady jsou pak vypočítané metodou oportunitních nákladů za pomoci definovaného vzorce součinu času a hodinové mzdy pečovatele. Celkové náklady tedy tvoří součet všech těchto položek tak, jak je provedeno v textu níže.

- přímé zdravotnické náklady – doplatky za léky + léčba + náklady pojištěven
- přímé nezdravotnické náklady – pečovatelské služby + doplňkové služby
- nepřímé náklady – čas pečovatele * hodinová mzda
- celkové náklady – přímé zdravotnické + přímé nezdravotnické + nepřímé náklady

Celkové náklady = 38 774 + 76 548 + 944 568 = 1 059 890 Kč / ročně

4.5 Zhodnocení výsledků ekonomické zátěže dlouhodobě nemocných seniorů s jinými chronickými nemocemi

Z předchozí kapitoly této diplomové práce byla vypočítána celková hodnota nákladů, skládajících se z přímých a nepřímých nákladů. Celkové náklady přesahující jeden milion korun ročně byly napříč všemi chorobami zjištěné dotazováním. Nelze je tedy jednoznačně vyselektovat a porovnat s dalšími konkrétními studiemi. Lze jen v rámci obecného porovnání uvést další studie, které nastiňují daný typ nákladů ale již vztahující se ke konkrétní chorobě a druhu péče. K porovnání byly zkoumány tři hlavní nejčastější choroby: I. Diabetes, II. Rakovina, III Alzheimer. Každá nemoc má své úskalí, problémy a nákladovost na péči a léčbu. V případě diabetes byla provedena souhrnná studie od MUDr. Doležala zaštitěná institutem pro zdravotní ekonomiku a technologii (iHETA), která provedla souhrnnou analýzu nákladů na léčbu diabetes druhého stupně. Tato nemoc je jeden z velkých „strašáku“ z pohledu zdravotní ekonomiky budoucna. Samotný výskyt diabetiků má obrovskou tendenci růstu. Dle studie v roce 2025 má být dle odhadů 333 milionů pacientů. ČR má k tomuto počtu přispět číslem 700 000. Důvodem, proč se budoucí ekonomika této nemocí tak bojí, je její nákladnost léčby. Pacienti s touto chorobou jsou nemocní po celý život. Studie dále rozlišuje jednotlivé přímé náklady, včetně procentního podílu, na celkové částce těchto nákladů viz. následující tabulka.

Druh nákladů	Kč / ročně	% podíl
Hospitalizace	15 824	61
Ambulantní péče	1 741	5
Inzulín	3 974	15
Léky	1 026	4
Hyperlipidemia	2 191	9
Antihypertenziva	1 102	4
Celkem	25 958	100

Tabulka 19 Průměrné roční náklady diabetika v ČR

(zdroj: Doležal, T. Costs of type 2 diabetes treatment, 2011, vlastní zpracování)

Celkové průměrné roční náklady na jednoho pacienta s diabetem druhého stupně je bezmála 26 tisíc Kč ročně. Studie bohužel nezkoumá náklady nepřímé, které by v případě diabetiků nebyly malé, je-li předpokladem nemoci dlouhodobé chronické léčení, které snižuje kvalitu života.

V případě nemoci rakoviny studie vedená Berlínským Ústavem sociálního lékařství Dr. J. Müllerem Nordhornem provedla analýzu přímých a nepřímých nákladů na pacienty s potvrzeným karcinomem slinivky. U 57 dotazovaných byly zjištěny celkové měsíční náklady 4075 €. Z této částky tvořilo 75 % náklady na hospitalizaci. Studie celkové náklady dále rozděluje na přímé a nepřímé viz následující tabulka.

Druhu nákladu	Eur / měsíčně
Přímé	3667,5
Nepřímé	407,5
Celkové	4075

Tabulka 20 Náklady na léčbu rakoviny slinivky

(zdroj: Muller-Nordhorn 2005, vlastní zpracování)

Z tabulky je patrné, že největší podíl na celkových nákladech jsou hlavně náklady přímé. Tyto náklady jsou vysoké hlavně z hlediska nákladné hospitalizaci a nákladných medikamentů na léčbu rakoviny. Další velký vliv na cenu je nákladnost operací obecně všech rakovinotvorných nádorů. S porovnáním výsledků šetření provedeného v kapitolách výše lze pozorovat poměrně obdobný výsledek. V Berlínské studii celkové náklady dle tabulky vyšly 102 tis. Kč za měsíc, ročně pak 1 222 500 Kč.

	Kč / ročně
Berlínská studie	1 222 500
Diplomová studie	1 059 890

Tabulka 21 Porovnání celkových nákladů Berlínské studie s diplomovou

(zdroj: vlastní zpracování)

Poslední skupinou z výše jmenovaných chorob je Alzheimer a s ním související Německá studie. Výzkum sledoval celkem 383 pacientů. Všem těmto pacientům byla poskytována péče, a sledovaly se jednotlivé druhy nákladů v období 2005 až 2006. Náklady dle autora Larissa Schwarkopfa byly rozděleny na formální a neformální zdravotní péči. Pod formální zdravotní péči si můžeme představit stejné náklady jako v případě přímých tedy například: cena léku, rehabilitace, ambulantní ošetření apod. Mezi náklady neformální péče uvádějí především průměrný čas pečovatele s pacientem. Autoři dále nemoc kategorizují na mírnou demenci a střední demenci.

Náklady	Mírná demence € / ročně	Střední demence € / ročně
Neformální péče	30 804	52 332
Formální péče	9180	10 500
Celkem	39 984	62 832

Tabulka 22 Náklady na léčbu mírné a střední demence

(zdroj: Schwarzkopf L, 2011, vlastní zpracování)

V rámci průzkumu odborných textů nebyly bohužel nalezeny jasné podobnosti s dalšími studii. Vždy se studie zabývaly pouze jedním druhem choroby seniorů. Proto také nešlo na obecné rovině diskutovat o reálné obecné výši nepřímých a dalších typů nákladů. Výše celkových nákladů vycházející z vlastního průzkumu za pomoci výše zmiňovaných organizací na jednoho pacienta nevyšly jako malé, zanedbatelné číslo. Částka převyšující jeden milion korun ročně za jednoho pacienta je z velké části tvořena náklady pro stát skrytými a doposud těžko dohledatelnými a počitatelnými.

5 DOPORUČENÍ

Seniorů a dlouhodobě nemocných nejen na území ČR, EU, ale i v celém světě neustálým koeficientem narůstá napříč různými diagnostikami. Ať se již zaměříme na velikou populační chorobu 21. století – Alzheimerovu chorobu a obecně stařeckou demenci nebo další medicínsky na 100 % neřešitelnou chorobu – rakovinu, dále dnes je třeba uvažovat i o dlouhodobě neléčitelné diabetes. Jedná se a bude se jednat o velké výdaje do zdravotnictví z dlouhodobého hlediska. Z jiného pohledu se jedná i o poměrně velkou ekonomickou zátěž pro rodiny pečujících i přes to, že spousty výdajů jsou hrazeny pojišťovnami, kde stát umožňuje různé stupně úlev na dlouhodobě nemocné a obecně na dlouhodobou péči.

Dlouhodobá péče ve vztahu k vybraným druhům nákladů na tuto péči je velice široké téma, které by se v dlouhodobém měřítku mělo lépe definovat, a to hlavně z pohledu nepřímých nákladů na péči. Tento druh nákladů není na obecné rovině důkladně popsán a není přímo jasné, jak je vyčíslit a zpracovávat. Vzhledem k nepříznivým prognózám a současnému vývoji demografie s ohledem na stárnutí populace budou růst nejen přímé náklady, ale také nepřímé náklady.

Přímé náklady jsou poměrně komplikovaně dohledatelná data, nicméně při jasné definici klíčových slov při vyhledávání a jasném vyjasnění, co tyto náklady mají znamenat, to není tak velký problém. Problém vzniká především ve velké škále různých segmentů, které do přímých nákladů vstupují. Přímé náklady, které se dnes evidují, jsou hlavně ty, spojené s nalezením nemoci pacienta, různé druhy testů, návštěvy u praktického lékaře, ale především hospitalizace, výdaje na léky a samotnou léčbu. Většina přímých nákladů jsou dnes hrazeny pojišťovnami. Nicméně některé stále nejsou hrazeny nebo jen z části. Příkladem ve vztahu k této diplomové práci jsou obecné náklady dlouhodobé domácí péče a služby, speciální vybavení, doplatky na medikamenty, doplatky pečovatelským službám. Tyto náklady prozatím nejsou moc dobře sledované a měly by být.

Nepřímé náklady oproti přímým jsou skoro není možné jasně dohledat. Řadí se zde hlavně náklady ušlé příležitosti a ztráty produktivity pečovatele (i pacienta), který tráví svůj čas s pacientem. V rámci práce a dotazníkového šetření bylo

usilováno zjistit, kolik je to přibližně hodin denně a následně bylo i vyčíslené přibližné průměrné číslo těchto nákladů ročně.

Doporučení, které z této práce vyplývá, je hlavně nutnost jasné definice a případný výpočet, archivace a analyzování nepřímých nákladů na péči o seniory a dlouhodobě nemocné. Byť tyto náklady stát a svět poměrně nesleduje, je nutné se jimi zabývat více přednostně, než již doposud jasně definovanými a analyzovanými náklady přímými. Zřetel by se měla brát především na to, že nepřímé náklady na pacienta značně převyšují náklady přímé. K této problematice bude také částečně přistupovat současně zpracovávaný projekt NZIS dotovaný Evropskou Unií a zaštitěný Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS). NZIS – národní zdravotnický informační systém je celostátní informační systém, který zpracovává zdravotní údaje obyvatelstva. Nejenom, že zkoumá jednotlivé činnosti poskytovatelů a jejich ekonomiku, odbornost apod., ale také analyzuje celkovou zdravotní politiku napříč různými spektry. Výstupem tohoto projektu bude především průběžný analytický reporting, který vnese moderní informační systémy a podporu do zdravotní sféry, a pomůže tak optimalizaci i plánování zdravotní péče a její další financování.

6 ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo specifikovat vybrané skupiny nepřímých nákladů na péči o seniory ve vztahu k závislosti na pomoci jiné osoby ať rodinné či blízké. V návaznosti na specifikace nákladů bylo nutné analyzovat nejen nepřímé ale zároveň i přímé náklady dále dělené na zdravotnické a nezdravotnické. Teoretická část práce se zabývala především náklady a jejich dělení na obecné rovině a následně podrobně ve vztahu ke zdravotnictví. Byly zde probrané nevíce známé a užívané metody zjišťování nepřímých nákladů, které byly v praktické části využity k výpočtu těchto nákladů. Dále byl v teoretické části v několika kapitolách popsán pojem senior a to nejen jeho definice, ale také jeho potřeby, sociální zabezpečení apod. Ve spojitosti s péčí o seniory a dlouhodobě nemocné byly definovány a stručně popsány formy a druhy sociální a zdravotní péče dostupné v ČR.

Praktická část analyzovala především současný stav obecné roviny dlouhodobé péče v ČR, a to hlavně z demografického pohledu a poté i z pohledu nákladů na dlouhodobou léčbu s porovnáním k vybraným zemím EU. Dalším stěžejním pilířem této části práce byl popis samotných organizací a výstupy dotazníkového šetření. Výstupy byly rozděleny na různé druhy charakteristik, které byly analyzovány za pomoci statistických metod a pravidel. Nejvýznamnější částí této práce bylo provést shrnující a jasnou kalkulaci nákladů na dlouhodobou péči o seniory a nemocné. Náklady byly patřičně dle definic nákladů rozděleny a vyčísleny.

V návaznosti na praktickou část byly diskutovány nejdůležitější výstupy z praktické části a porovnávány s dalšími studii, zabývajícími se stejnou problematikou. Výsledky dotazníků ukazují, že vybrané téma je aktuální. Mnoho pacientů, dlouhodobých nebo seniorů, musí spoléhat pouze na státní podporu. Přímé náklady hrazené státem nemohou pokrýt veškerou péči. Výzkum ukazuje, že nepřímé náklady jsou vyšší než přímé náklady. Zaměření se na tento problém může přispět k lepší situaci počítání nepřímých nákladů. Díky statistickému výzkumu lze výsledky využít pro budoucí investice ze strany státu. Práce v této oblasti mohou pomoci rozvinout tuto část ekonomiky. V této práci byly přímé náklady definovány, klasifikovány a počítány prakticky prostřednictvím dotazníků.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
2. HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.
3. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
4. JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. ISBN 80-7368-110-2.
5. VIEWEGH, Josef. *Psychologie stáří*. 2. nezm. vyd. Brno: Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 1974. Učební texty (Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků).
6. BRADNOVÁ, Hana. *Encyklopedický slovník*. Praha: Odeon, 1993. Klub čtenářů (Odeon). ISBN 80-207-0438-8.
7. JEDLIČKA, Václav. *Praktická gerontologie: učební text*. 2. přeprac. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991. ISBN 80-7013-109-8.
8. VOHRALÍKOVÁ, Lenka a Ladislav RABUŠIC. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Praha: VÚPSV, výzkumné centrum Brno, 2004. ISBN 80-239-4218-2.
9. PŘÍHODA, Václav. *Ontogeneze lidské psychiky*. 3. vyd. Praha: SPN, 1983. Učebnice vysokých škol (SPN).
10. KUBALČÍKOVÁ, K. *Nové přístupy k sociálním službám pro seniory*. In. *Bydlení seniorů: zkušenosti – perspektivy – tendence*. 1. vydání. Brno: Vysoké učení technické, Fakulta architektury, 2004 a. s. 4–6. ISBN 80-214-2591-1.
11. KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva RÁŽOVÁ. *Sociální služby a příspěvek na péči: komentář, právní předpisy*. Olomouc: ANAG, 2007. Práce, mzdy, pojištění. ISBN 978-80-7263-748-5.
12. KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
13. SYNEK, Miloslav. *Manažerská ekonomika*. 5., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-3494-1.

14. KEŘKOVSKÝ, Miloslav. *Ekonomie pro strategické řízení: teorie pro praxi*. Praha: C.H. Beck, 2004. Beck pro praxi. ISBN 80-7179-885-1.
15. SANTOS, L.A., M.A. OLIVEIRA, S.M. FARESIN, I.L. SANTORO a A.L.G. FERNANDES. Direct costs of asthma in Brazil: a comparison between controlled and uncontrolled asthmatic patients. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* [online]. 2007, **2006**(40 (7), 6 [cit. 2017-06-27]. ISSN ISSN 0100-879X. Dostupné z: <http://www.scielo.br/pdf/bjnbr/v40n7/6613.pdf>.
16. DOMEIKIENĖ, Auksė, Justina VAIVADAITĖ, Rugilė IVANAUSKIENĖ a Žilvinas PADAIGA. Direct cost of patients with type 2 diabetes mellitus healthcare and its complications in Lithuania. *Medicina* [online]. 2014, **50**(1), 54-60 [cit. 2017-06-27]. DOI: 10.1016/j.medici.2014.05.007. ISSN 1010660x. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1010660X14000081>
17. WILHELM KIRCH (ED.). *Encyclopedia of public health*. Dordrecht: Springer, 2008. ISBN 9781402056147.
18. EDITED BY WILLIAM S. WEINTRAUB. *Cardiovascular health care economics*. Totowa, N.J: Humana Press, 2003. ISBN 9781592593989.
19. Harvard University: Healthcare Delivery – Deconstructing the Costs. *Mossavar-Rahmani Center for Business and Government* [online]. **2007**, 12 [cit. 2017-06-28]. Dostupné z: <https://www.hks.harvard.edu/mrcbg/hcdp/numbers/Deconstructing%20the%20Costs%20Summary.pdf>
20. IBRAHIM, Nazaradden, Francisco POZO-MARTIN a Clare GILBERT. Direct non-medical costs double the total direct costs to patients undergoing cataract surgery in Zamfara state, Northern Nigeria: a case series. *BMC Health Services Research* [online]. 2015, **15**(1), - [cit. 2017-06-28]. DOI: 10.1186/s12913-015-0831-2. ISSN 1472-6963. Dostupné z: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0831-2>
21. HADDIX, Anne C., Steven M. TEUTSCH a Phaedra S. CORSO. *Prevention effectiveness: a guide to decision analysis and economic evaluation*. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2003. ISBN 9780195148978.

22. YOUNG, David W. *Management Accounting in Health Care Organizations: Jossey-Bass Public Health*. 2014. Boston: John Wiley & Sons, 2014, 2014. ISBN 9781118653760.
23. HRADECKÝ, Mojmír, Jiří LANČA a Ladislav ŠIŠKA. *Manažerské účetnictví*. Praha: Grada, 2008. Účetnictví a daně (Grada). ISBN 9788024724713.
24. DVOŘÁKOVÁ, Dana. *Finanční účetnictví a výkaznictví podle mezinárodních standardů IFRS*. Aktualiz. a rozš. vyd. Brno: BizBooks, 2014. Daně a účetnictví (BizBooks). ISBN 978-80-265-0149-7.
25. POPESKO, Boris. *Moderní metody řízení nákladů: jak dosáhnout efektivního vynakládání nákladů a jejich snížení*. Praha: Grada, 2009. Prosperita firmy. ISBN 978-80-247-2974-9.
26. DVOŘÁKOVÁ, L. a J. ČERVENÝ, 2011. Úloha manažerského účetnictví při řízení hospodárnosti, účinnosti a efektivnosti podnikových procesů a výkonů. 1. vyd. Plzeň: Nava. ISBN 978-80-7211-397-21.
27. NOWICKI, M., 2008. The financial management of hospitals and healthcare organizations. 4th ed. Chicago, IL: Health Administration Press, 386 s. ISBN 978-1-56793-277-5.
28. ŠOLJAKOVÁ, Libuše. *Strategicky zaměřené manažerské účetnictví*. Praha: Management Press, 2009. ISBN 978-80-7261-199-7.
29. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Lucie SMĚKALOVÁ. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5446-8.
30. POKORNÁ, Andrea. *Ošetřovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4316-5.
31. GORMAN M. Development and the rights of older people. In: Randel J, et al., Eds. The ageing and development report: poverty, independence and the world's older people. London, Earthscan Publications Ltd., 1999:3-21.
32. L B RUSSELL C Opportunity costs in modern medicine Health Affairs 11, no.2 (1992):162-169 doi: 10.1377/hlthaff.11.2.162. Dostupné z: <http://content.healthaffairs.org/content/11/2/162.full.pdf>
33. VAN DEN BERG, Bernard, Werner BROUWER, Job VAN EXEL, Marc KOOPMANSCHAP, Geertrudis A.M. VAN DEN BOS a Frans RUTTEN. Economic

- valuation of informal care: Lessons from the application of the opportunity costs and proxy good methods. *Social Science & Medicine* [online]. 2006, **62**(4), 835-845 [cit. 2017-07-10]. DOI: 10.1016/j.socscimed.2005.06.046. ISSN 02779536. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953605003527>
34. PALMER, S. a J. RAFTERY. Economics notes: Opportunity cost. *BMJ* [online]. 1999, **318**(7197), 1551-1552 [cit. 2017-07-10]. DOI: 10.1136/bmj.318.7197.1551. ISSN 0959-8138. Dostupné z: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.318.7197.1551>
35. BARTOŇOVÁ, Jitka. 2005. „Modely rodinné péče o starého člověka“. Pp. 28-41 in Hynek Jeřábek et al. Rodinná péče o staré lidi. Praha: Karlova Univerzita, Fakulta sociálních věd, Centrum pro sociální a ekonomické strategie.
36. LIŠKOVÁ, Irena. 2007. Transformace sociálních služeb pro seniory a její inspirace z Evropské unie. Praha: Karlova univerzita, Fakulta sociálních věd.
37. TARRICONE, Rosanna. a Agis D. TSOUROS. *Home care in Europe: the solid facts*. Copenhagen: World Health Organization, Europe, c2008. ISBN 9289042818.
38. KLOSE, Thomas. The contingent valuation method in health care. *Health Policy* [online]. 1999, **47**(2), 97-123 [cit. 2017-07-26]. DOI: 10.1016/S0168-8510(99)00010-X. ISSN 01688510. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S016885109900010X>
39. SIDNEY, James A., Ashlin JONES, Carter COBERLEY, James E. POPE a Aaron WELLS. The well-being valuation model: a method for monetizing the nonmarket good of individual well-being. *Health Services and Outcomes Research Methodology* [online]. 2017, **17**(1), 84-100 [cit. 2017-07-26]. DOI: 10.1007/s10742-016-0161-9. ISSN 1387-3741. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s10742-016-0161-9>
40. COOKSON, Richard. Willingness to pay methods in health care: a sceptical view. *Health Economics* [online]. 2003, **12**(11), 891-894 [cit. 2017-07-26]. DOI: 10.1002/hec.847. ISSN 1057-9230. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/hec.847>

41. Venkatachalam, L. (2004): "The Contingent Valuation Method: A Review", Environmental Impact Assessment Review (Elsevier), Volume 24, No. 1, 89 – 124 pp.
42. Setkání – domácí hospic o.p.s.: Domácí hospicová péče – Rychnov nad Kněžnou [online]. [cit. 2017-11-13]. Dostupné z: <http://www.hospicrychnov.cz>
43. Domov Dědina: Domov pro osoby se zdravotním postižením [online]. [cit. 2017-11-13]. Dostupné z: <http://www.domov-dedina.cz>
44. Ministerstvo práce a sociálních věcí: Zákon č. 108/2006 Sb. [online]. 2009 [cit. 2017-11-13]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf
45. Lab Test Online: Náklady na zdravotní péči [online]. 2017: BY AMERICAN ASSOCIATION FOR CLINICAL CHEMISTRY, ©2001-2017 [cit. 2017-11-13]. Dostupné z: <http://www.labtestsonline.cz/News/naklady-na-zdravotni-peci.html>
46. Business Dictionary: Cost [online]. WebFinance, ©2017 [cit. 2017-11-13]. Dostupné z: <http://www.businessdictionary.com/definition/cost.html>
47. Brunel University London: Brunel University Research Archive (BURA) [online]. London: Brunel University, ©2014 [cit. 2017-11-13]. Dostupné z: <http://bura.brunel.ac.uk/bitstream/2438/6429/1/Presentation.pdf>
48. Agentura domácí péče: Mgr. Zuzana Luňáková [online]. Česká republika, ©1996-2017 [cit. 2017-11-13]. Dostupné z: <http://www.lunakova.com/web/>
49. Charita Česká republika: Oblastní charita Hradec Králové [online]. Charita Česká republika, ©2017 [cit. 2017-11-13]. Dostupné z: <http://www.charitahk.cz/>
50. Český statistický úřad: Průměrné mzdy - 1. čtvrtletí 2017 [online]. Česká republika, ©2017 [cit. 2017-11-13]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/cri/prumerne-mzdy-1-ctvrtleti-2017>
51. LIN, Pei-Jung, Michael J. CANGELOSI, David W. LEE a Peter J. NEUMANN. Willingness to Pay for Diagnostic Technologies: A Review of the Contingent Valuation Literature. Value in Health [online]. 2013, 16(5), 797-805 [cit. 2017-11-13]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.vhval.2013.05.005>

- 2018-01-22]. DOI: 10.1016/j.jval.2013.04.005. ISSN 10983015. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1098301513018032>
52. NELSON, Avis. Conjoint Analysis In conjoint analysis, researchers describe products or services by sets of attribute values or levels and then typically measure respondents' [online]. 2016 [cit. 2018-01-22]. Dostupné z: <http://slideplayer.com/slide/6423968/>
53. RYAN, Mandy a Shelley FARRAR. Using conjoint analysis to elicit preferences for health care. NCBI – National Center for Biotechnology Information [online]. 03.06.2000, 6 [cit. 2018-01-22]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1118112/>
54. ISPOR, Autoři. International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research [online]. ISPOR, 2011 [cit. 2018-01-22]. Dostupné z: <https://www.ispor.org/news/articles/Jan-Feb2011/Understanding-Conjoint-Analysis.asp>
55. Total Value of HealthHigh Indirect Costs Direct Costs: Medical & Pharmacy Workers' Compensation STD Absenteeism Presenteeism LTD Time Away from WorkEdington & Burton (2003) <https://www.slideshare.net/hpcareernet/whats-the-hard-return-of-wellness>
56. WIJA, Petr. Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD (I), uživatelé dlouhodobé péče a vývoj poptávky po dlouhodobé péči. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. Česká republika: ÚZIS, 2018, 2012 [cit. 2018-02-03]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/poskytovani-financovani-dlouhodob-pece-zemich-oecd-pracovnici-dlouhodob-pece>
57. WIJA, Petr. Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD (II), uživatelé dlouhodobé péče a vývoj poptávky po dlouhodobé péči. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. Česká republika: ÚZIS, 2018, 2012 [cit. 2018-02-03]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/poskytovani-financovani-dlouhodob-pece-zemich-oecd-ii-uzivatele-dlouhodob-pece-vyvoj-poptavky-po-d>

58. WIJA, Petr. Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD (III), uživatelé dlouhodobé péče a vývoj poptávky po dlouhodobé péči. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. Česká republika: ÚZIS, 2018, 2012 [cit. 2018-02-03]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/poskytovani-financovani-dlouhodobpece-zemich-oecd-iii-poskytovani-neformalni-pece-jeji-dopad-na-za>
59. WIJA, Petr. Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD (IV), uživatelé dlouhodobé péče a vývoj poptávky po dlouhodobé péči. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. Česká republika: ÚZIS, 2018, 2012 [cit. 2018-02-03]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/poskytovani-financovani-dlouhodobpece-zemich-oecd-iv-vydaje-na-dlouhodobou-peci>
60. KALINCKÁ, Vladimíra. Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2010-2015. Český statistický úřad [online]. Česká republika: ČSÚ, 25.05.2017 [cit. 2018-02-03]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-2016>
61. KOVÁŘOVÁ, Helena. Příjmy a životní podmínky domácností - 2016. Český statistický úřad [online]. Česká republika: ČSÚ, 24.04.2017 [cit. 2018-02-03]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/prijmy-a-zivotni-podminky-domacnosti-2016>
62. MOLLA, Azaher Ali, Chunhuei CHI a Alicia Lorena Núñez MONDACA. Predictors of high out-of-pocket healthcare expenditure: an analysis using Bangladesh household income and expenditure survey, 2010. BMC Health Services Research [online]. 2017, 17(1), - [cit. 2018-02-03]. DOI: 10.1186/s12913-017-2047-0. ISSN 1472-6963. Dostupné z: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2047-0>
63. OECD. Health at a Glance. OECD-iLibrary: Organisation for Economic Co-operation and Development [online]. Francie, ©2018 [cit. 2018-02-03]. Dostupné z: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_19991312

64. EUROSTAT. Healthcare expenditure statistics. Eurostat Statistics Explained [online]. [cit. 2018-02-03]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_expenditure_statistics
65. European Economy: 2009 Ageing Report. European Commission: Economic and financial affairs [online]. Evropa, 2015, 2009 [cit. 2018-02-03]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/pages/publication_14992_en.pdf
66. MPSV. Prognóza populačního vývoje České republiky, 2008–2070. Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. Praha, 2008, 2008 [cit. 2018-02-03]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/8838>
67. MULLER-NORDHORN, J., B. BRUGGENJURGEN, M. BOHMIG, et al. Direct and indirect costs in a prospective cohort of patients with pancreatic cancer. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*[online]. 2005, 22(5), 405-415 [cit. 2018-02-11]. DOI: 10.1111/j.1365-2036.2005.02570.x. ISSN 0269-2813. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2036.2005.02570.x>
68. Schwarzkopf, L., Menn, P., Kunz, S., Holle, R., Lauterberg, J., Marx, P., Mehlig, H., Wunder, S., Leidl, R., Donath, C. and Graessel, E. Costs of Care for Dementia Patients in Community Setting: An Analysis for Mild and Moderate Disease Stage. *Value in Health* [online]. 2011, 14(6), 827-835 [cit. 2018-02-11]. DOI: 10.1016/j.jval.2011.04.005. ISSN 10983015. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1098301511014148>
69. Český statistický úřad: Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2100 [online]. Česká republika, ©2017 [cit. 2017-11-13]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-do-roku-2100-n-fu4s64b8h4>

8 OBSAH TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1 Př. nepřímých nákladů u dlouhod. chron. nemocných pacientů..	18
Tabulka 2 Roky života koupené za 1 milion dolarů část 1.	21
Tabulka 3 Roky života koupené za 1 milion dolarů část 2.	21
Tabulka 4 Typy ústavní péče.....	33
Tabulka 5 Projekce růstu podílu pop. 80 + v EU a vybr. zemích v %.....	39
Tabulka 6 Celkový počet populace 65+.....	40
Tabulka 7 Náklady do zdravotnictví vybrané země.....	42
Tabulka 8 Typy onemocnění (muži / ženy)	52
Tabulka 9 Výstup SPSS (hypotéza č. 1)	57
Tabulka 10 Výstup SPSS (hypotéza č. 2).....	58
Tabulka 11 Výstup SPSS (hypotéza č. 3).....	59
Tabulka 12 SPSS (hypotéza č. 4).....	60
Tabulka 13 Doplatky pečovatелů za medikamenty.....	66
Tabulka 14 Seznam pomůcek a služeb.....	68
Tabulka 15 Průměrné výdaje za pomůcky / služby	69
Tabulka 16 Přímé náklady dle segmentů	70
Tabulka 17 Průměrné přímé náklady na vybrané nemoci dle VZP.....	71
Tabulka 18 Výpočet celkový nákladů	75
Tabulka 19 Průměrné roční náklady diabetika v ČR	77
Tabulka 20 Náklady na léčbu rakoviny slinivky	78
Tabulka 21 Porovnání celkových nák. Berlínské studie s diplomovou	78
Tabulka 22 Náklady na léčbu mírné a střední demence	79

Graf 1 Pacienti dom. zdrav. péče ve věku 65 let a více v krajích v r. 2013	36
Graf 2 Projekce obyvatelstva do 2100	38
Graf 3 Projekce růstu podílu populace 80+ v EU a vybraných zemích	39
Graf 4 Přímé náklady domácností v letech 2010–2015	41
Graf 5 Dlouhodobá péče – podíl výdajů na zdrav. péči v roce 2014 (%).....	43
Graf 6 Výdaje domácností v ČR na zdravotní péči, 2015 (mil. Kč; %)	43
Graf 7 Věk pečovatелů	48
Graf 8 Pohlaví pečujících osob	49
Graf 9 Osobní vztah k pacientovi	50
Graf 10 Druhy onemocnění.....	51
Graf 11 Speciální vybavení ano/ne?	53
Graf 12 Pracovní omezení a časová náročnost péče	54
Graf 13 Časová náročnost péče	55
Graf 14 Podíly pečovatелů – žen, ve vybraných zemích světa	63
Graf 15 Příjemci ústav. a dom. dlouho. péče ve věku 65+ v pop. téhož věk..	64
Graf 16 Prům. strávený čas pečovatele s pacientem ve vybraných zemích ..	64
Graf 17 Výdaje na pečovatelské služby	66
Graf 18 Pomůcky a aktivity pro zlepšení stavu pacienta.....	67
Graf 19 Měsíční doplatky za speciální vybavení.....	68
Graf 20 Průměrné příjmy pečujících osob	72
Graf 21 Nutný čas strávený pečovatelem s pacientem.....	74

9 PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Kompletní dotazník výzkumu

Příloha č. 2 – Zadání diplomové práce

Příloha č. 1 – Kompletní dotazník výzkumu

Vážená paní, vážený pane,

v rámci analýzy náročnosti a nákladovosti léčby a péči o seniory a chronicky nemocné pacienty, si Vás dovoluji požádat o vyplnění krátkého dotazníku. Jeho cílem je vyčíslit vybrané skupiny nepřímých nákladů ve vztahu k závislosti na pomoci Vás – blízkých osob, pečovateli a zjistit tak skutečnou finanční zátěž rodinných příslušníků.

V době tvorby návrhů strategií o budoucí péči o seniory mají tyto údaje zásadní význam.

Garantem šetření je univerzita Hradec Králové.

Rádi bychom Vás ujistili o tom, že veškeré níže vyplněné informace jsou naprosto anonymní a vyplněním dáváte souhlas se zpracováním dat a osobních údajů.

Děkuji

Bc. Jakub Betka

doc. Ing. Mgr. Petra Marešová, Ph.D.

Blok číslo 1. Obecné informace

- 1) Pohlaví osoby
 - a. Muž
 - b. Žena

- 2) Vztah osoby k pacientovi
 - a. Manžel/Manželka
 - b. Syn/Dcera
 - c. Vnouče
 - d. Jiné _____

- 3) Váš věk
 - a. 18-30
 - b. 31-40
 - c. 41-50
 - d. 51 a více

- 4) Váš současný pracovní stav
 - a. Pracující
 - b. Nepracující
 - c. Důchodce

- 5) Jaký je Váš měsíční příjem
 - a. 6 000 – 8 000
 - b. 8 000 – 10 000
 - c. 10 000 – 12 000
 - d. 12 000 – 15 000
 - e. 15 000 – 20 000
 - f. 20 000 a více

- 6) Kolik hodin denně trávíte s pacientem?
 - a. ½-1 h
 - b. 1-3 h
 - c. 4-6 h
 - d. 6-8 h
 - e. Nepřetržitá péče (24 hodin)

- 7) Museli jste kvůli nemocnému omezit svojí pracovní vytíženost?
 - a. Na částečný úvazek
 - b. Zcela opustit pracovní pozici
 - c. Neomezilo mě to v pracovním procesu
 - d. Jiná možnost prosím napište

Blok číslo 2. Diagnóza, Pečovatelské služby a náklady na farmacii

8) Jakou pacient trpí nemocí?

.....

9) Potřebuje pacient speciální vybavení

- a. Ano
- b. Ne

10) Platíte pravidelně za nějakou pečovatelskou službu?

- a. Ano
- b. Ne

11) Kolik hodin denně tráví pečovatel s pacientem?

- a. ½-1 h
- b. 1-3 h
- c. 4-6 h
- d. 6 a více

12) Kolik průměrně za měsíc platíte pečovatelským službám?

- a. 1 000-2 000 Kč
- b. 2 000-4 000 Kč
- c. 5 000-10 000 Kč
- d. 10 000 a více

13) Bere pacient pravidelně nějaký druh medikace?

- a. Ano
- b. Ne

14) Hradí Vám medikaci pojišťovna/nemocnice?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Částečně

15) Kolik dodatečně doplácíte měsíčně za doplatky léku, či medikamenty?

- a. Do 500 Kč
- b. 500-1500 Kč
- c. 1500-2500 Kč
- d. 2500 - více
- e.

16) Pomohla by některá (aktivita a pomůcka z níže vypsanych) ke zlepšení či zkvalitnění současného stavu nemoci?

	Byla by vhodná, ale není zajištěno	Je zajištěno
Rehabilitace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologická léčba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masáže	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fyzická aktivita (chůze, domácí práce apod.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychické aktivity (meditace)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zábavné aktivity (čtení knih, malování, hudební nástroj)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vzdělávání pacienta (ohledně nemoci)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komplementární terapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polohovací postel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vozíček	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chodítka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jiné (napište)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17) Kolik Vás stojí výše zmíněné doplňkové služby měsíčně

- a. 500 – 1 000 Kč
- b. 1 000 – 1 500 Kč
- c. 1 500 -2 500 Kč
- d. 2 500 – a více Kč

Příloha č. 2 – Zadání diplomové práce

Univerzita Hradec Králové
Fakulta informatiky a managementu
Akademický rok: 2016/2017

Studijní program: Systémové inženýrství a informatika
Forma: Prezenční
Obor/komb.: Informační management (im2-p)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Bc. Betka Jakub	Mírová 643, Opočno	I1500725

TÉMA ČESKY:

Vybrané druhy nákladů na péči o seniory

TÉMA ANGLICKY:

Expenses for the care of the elderly

VEDOUČÍ PRÁCE:

doc. Mgr. Ing. Petra Marešová, Ph.D. - KE

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Cíl práce:

Cílem diplomové práce je specifikovat vybrané skupiny nepřímých nákladů na péči o seniory ve vztahu k závislosti na pomoci jiné osoby.

Osnova:

1. Úvod
2. Teoretická východiska
3. Specifikace socio-ekonomické zátěže péče o vybranou skupinu seniorů
4. Shrnutí a doporučení
5. Závěr
6. Seznam použité literatury

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

bude upřesněno

Podpis studenta:

Datum:

13.10.2016

Podpis vedoucího práce:

Datum:

13.10.2016