

Optimalizace nákladovosti lékového a dalšího zdravotnického materiálu ve vybraném zařízení

Bc. Dana Kubínová

Diplomová práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky
Ústav regionálního rozvoje, veřejné správy a práva
akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Dana Kubínová**
Osobní číslo: **M11363**
Studijní program: **N6202 Hospodářská politika a správa**
Studijní obor: **Veřejná správa a regionální rozvoj**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Optimalizace nákladovosti lékového a dalšího zdravotnického materiálu vybraného zařízení sociálních služeb a zdravotní péče**

Zásady pro vypracování:

Úvod

I. Teoretická část

- Definujte cíle a metody práce.
- Charakterizujte základní pojmy a principy související s lékovou politikou.

II. Praktická část

- Popište a analyzujte problematiku řízení léčiv a zdravotnického materiálu ve vybraném zařízení sociálních služeb a zdravotní péče.
- Zpracujte projekt optimalizace nákladovosti lékové politiky ve vybraném zařízení sociálních služeb a zdravotní péče.

Závěr

Rozsah diplomové práce: cca 70
Rozsah příloh:
Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

FIGUERAS, Josep a Martin MCKEE. Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being. 1. vyd. Maidenhead: Open University Press, 2012, 304 s. ISBN 978-0-335-24430-0.

GLADKIJ, Ivan. Management ve zdravotnictví. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003, 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

GLIED, Sherry a Peter SMITH. The Oxford Handbook of Health Economics. 1. vyd. Oxford: Oxford University Press, 2011, 967 s. ISBN 978-0-19-923882-8.

MAAYTOVÁ, Alena. Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2012, 164 s. ISBN 978-80-7357-912-8.

ŠATERA, Karel. Zdravotní pojištění a ekonomika. 2. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2012, 125 s. ISBN 978-80-7454-135-3.

Vedoucí diplomové práce: Ing. Jana Nekolová
Ústav regionálního rozvoje, veřejné správy a práva
Datum zadání diplomové práce: 17. února 2014
Termín odevzdání diplomové práce: 2. května 2014

Ve Zlíně dne 17. února 2014

prof. Dr. Ing. Drahomíra Pavelková
děkanka



doc. RNDr. Oldřich Hájek, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že:

- odevzdáním bakalářské/diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹;
- bakalářská/diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému,
- na mou bakalářskou/diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²;
- podle § 60³ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;

¹ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

² zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

³ zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

- podle § 60⁴ odst. 2 a 3 mohou užít své dílo – bakalářskou/diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské/diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské/diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že:

- jsem bakalářskou/diplomovou práci zpracoval/a samostatně a použité informační zdroje jsem citoval/a;
- odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně 30.4.2014

Pavel Hájek

⁴ zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

- (2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.
- (3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Cílem této diplomové práce se seznámit se s problematikou spotřeby léčiv ve vybraném zařízení sociálních služeb a zdravotní péče. Teoretická část práce se zabývá vymezením pojmu léková politika. Nabídne pohled na právní úpravu této problematiky a hlavní aktéry ovlivňující lékovou politiku. Zároveň se zaměřuje na léky jako specifický druh zboží. Praktická část práce se nejprve zaměřuje na zhodnocení současné situace v oblasti sociálních služeb a zdravotní péče. Poté se zaměří na konkrétní organizaci zabývající se poskytováním těchto služeb, s důrazem na spotřebu léků a zdravotnického materiálu v této organizaci. V poslední části práce se pokusím navrhnout způsoby vedoucí k zefektivnění spotřeby léků a zdravotnického materiálu ve vybrané organizaci.

Klíčová slova: léková politika, léky, paliativní péče, spotřeba léků, zdravotnický materiál

ABSTRACT

The aim of this thesis is to become familiar with the drug consumption in selected facility of social services and health care. The theoretical part deals with the definition of the concept of drug policy. Offers a view of the legislation on this issue and the main actors influencing drug policy. It also focuses on medicine as a specific kind of commodity. The practical part will firstly focus on the assessment of the current situation in the sector of social services and health care. Next the focus will move on the specific organization engaged in providing these services, with an emphasis on the consumption of drugs and medical supplies in this organization. In the last part of the thesis, I will try to suggest ways leading to more efficient use of medicine and medical supplies in the selected organization.

Keywords: drug policy, medicine, medicaments intake, paliative care medical supplies

Chtěla bych poděkovat vedoucí své diplomové práce Ing. Janě Nekolové za její rady, připomínky a pomoc. Dále velmi děkuji Ing. Miloslavu Běťákovi za ochotné poskytnutí informací a materiálu potřebných ke zpracování mé práce.

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 METODY A CÍLE PRÁCE	13
2 VYMEZENÍ POJMU LÉKOVÉ POLITIKY	15
2.1 CÍLE LÉKOVÉ POLITIKY	15
2.2 HISTORICKÝ VÝVOJ	16
2.2.1 Vývoj do roku 1945	17
2.2.2 Vývoj v letech 1945 až 1989.....	17
2.2.3 Vývoj po roce 1989	19
2.3 SOUČASNÁ PRÁVNÍ ÚPRAVA	19
2.4 HLAVNÍ ÚČASTNÍCI LÉKOVÉ POLITIKY.....	23
2.4.1 Státní ústav pro kontrolu léčiv	23
2.4.2 Zdravotní pojišťovny.....	24
2.4.3 Výrobci a distributoři léčiv	24
2.4.4 Lékárníci	24
2.4.5 Lékaři	25
2.4.6 Občané – pacienti	25
3 LÉKY JAKO SPECIFICKÝ DRUH ZBOŽÍ	27
3.1 CENOVÁ REGULACE LÉČIV	27
3.1.1 Regulace stanovením maximální ceny.....	28
3.1.2 Regulace stanovením maximální obchodní přírážky	29
3.2 ÚHRADA LÉČIV ZE ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ.....	30
3.3 REGULACE VÝDAJŮ NA LÉKY	31
3.3.1 Regulace na straně nabídku.....	32
3.3.2 Regulace výdajů na léky na straně poptávky	33
3.4 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ SPOTŘEBU LÉČIV	35
II PRAKTICKÁ ČÁST	37
4 SOUČASNÁ SITUACE	38
4.1 OBLAST SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	38
4.1.1 Současné problémy v poskytování sociálních služeb	39
4.2 OBLAST POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB	40
4.3 SPECIFIKACE PROBLÉMŮ V LÉKOVÉ POLITICE	44
5 DIAKONIE ČCE - HOSPIC CITADELA	46
5.1 POSKYTOVANÉ SLUŽBY	46
5.2 PERSONÁLNÍ ZAJIŠTĚNÍ	48
5.3 KLIENTI A SLUŽBY PRO NĚ.....	49
5.3.1 Oddělení paliativní péče.....	51
5.4 HOSPODAŘENÍ HOSPICE CITADELA.....	52
5.4.1 Analýza nákladů a výnosů	53
6 ŘÍZENÍ LÉČIV A ZDRAVOTNICKÉHO MATERIÁLU	58

6.1	SPOTŘEBA LÉČIV	59
6.1.1	Léky učené ke zmírnění bolesti.....	60
6.1.2	Léčba duševních potíží.....	62
6.1.3	Problémy se spánkem.....	62
6.1.4	Léky proti zvracení	62
6.1.5	Zácpa a inkontinence.....	63
6.1.6	Onemocnění srdce	63
6.1.7	Výživa	64
6.2	ZDRAVOTNICKÝ MATERIÁL	64
6.3	ZDRAVOTNICKÝ PERSONÁL	65
6.4	DODÁVKY LÉČIV	65
6.4.1	Firma Martek Medical, a. s.	66
7	NÁVRHOVÁ ČÁST	67
7.1	VZDĚLÁVÁNÍ.....	69
7.1.1	Vzdělávání veřejnosti.....	70
7.2	PRODEJ ZDRAVOTNICKÉHO MATERIÁLU A PROSTŘEDKŮ.....	71
7.3	DOMÁCÍ (MOBILNÍ) HOSPICOVÁ PÉČE	72
7.3.1	Zhodnocení této služby	73
	ZÁVĚR	76
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	78
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	81
	SEZNAM GRAFŮ	82
	SEZNAM OBRÁZKŮ	83
	SEZNAM TABULEK.....	84
	SEZNAM PŘÍLOH.....	85

ÚVOD

Různí lidé považují různé věci za jinak důležité. Jenže zdraví je něco, co je téměř všemi považováno za nejvýraznější bohatství, co mohou mít. V celé historii lidstva měl pojem zdraví svůj jedinečný význam a byly využívány nejrůznější postupy a metody, jak toho dosáhnout. S rozvojem zdravotní péče se postupně začaly objevovat nové a nové léčebné postupy spolu s účinnějšími léčivými látkami.

S tím postupně docházelo k rozvoji zdravotnictví. Jedná se o tu oblast politiky, která se dotýká všech občanů. Názory na systém zdravotnictví, problémy v něm a na jednotlivá opatření vedoucí ke zlepšení, jsou proto častým předmětem nejrůznějších šetření veřejného mínění.

V zásadě všichni mají osobní zkušenost se zdravotním systémem nebo nějakým druhem léčby. V průběhu života se snad každý někdy dostane do situace, ve které musí sáhnout do své lékárníčky a užít léčivý přípravek. Čím je člověk starší, tím je pravděpodobnější možnost, že bude muset vyhledat lékařskou pomoc a následně bude užívat nějaký druh léku. A to není vše.

V určitém věku se člověk dostane do situace, že se už sám o sebe nemůže postarat. Pokud má kolem sebe rodinu, může o něj pečovat někdo z členů této rodiny. Jenže se také může stát, že není nikdo, kdo by se o danou osobu mohl postarat nebo rodina už nemusí péči v domácím prostředí psychicky či fyzicky zvládat. Toto je ten okamžik, kdy se daná osoba dostane do některého zařízení sociálních služeb či zdravotních péče. Péče o klienty těchto zařízení zahrnuje řadu činností a aktivit. Mezi tyto činnosti patří i podávání léků a používání nejrůznějšího zdravotnického materiálu.

V každé zemi je spotřeba léčivých přípravků ovlivněna komplexem mnoha faktorů. Tyto demografické, ekonomické a sociální zdravotní determinanty působí a ovlivňují kvalitu lidského života. A právě zdravotní stav populace a výskyt nemocí ovlivňuje to, jaká je struktura spotřeby léčiv v dané zemi.

Náklady na léčiva v posledních několika letech zaznamenávají v řadě zemí postupný růst. Tento růst je ovlivněn řadou faktorů. Významnou roli v tom hraje také ta skutečnost, že postupně dochází ke stárnutí populace. Vlivem toho dochází k vyšší spotřebě zdravotní péče, tedy také vyšší spotřebě léčiv i dalšího zdravotnického materiálu.

V České republice se současná léková politika zaměřuje především na postupné snižování výdajů na léčivé přípravky a zároveň se snaží zabránit nárůstu podílu na léky v poměru k celkovým nákladům vynaloženým z veřejných rozpočtů.

Moje diplomová práce se právě zabývá problematikou spotřeby léčiv a dalšího zdravotnického materiálu v zařízení sociálních služeb a zdravotní péče. Proč jsem si vybrala právě toto téma? Mojí pozornost toto téma přilákalo kvůli své aktuálnosti. Tato oblast se potýká s řadou problémů. Prvním problémem jsou samotná léčiva. Neustále je v médiích probíráno to, jak nákladná tato oblast je spolu s možnostmi, jak ji co nejvíce regulovat. Zároveň je zde druhý problém – postupně dochází ke stárnutí populace. Díky tomu je možno očekávat větší poptávku po službách poskytovaných zdravotnickými a sociálními zařízeními. A tím se ještě zvýší množství spotřebovaných léčiv.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 METODY A CÍLE PRÁCE

Cílem práce na téma Optimalizace spotřeby léků a jiného zdravotnického materiálu v zařízení sociálních služeb a zdravotní péče lze rozdělit do dvou hlavních částí. První jsou teoretické nastínění celé problematiky. Druhá část práce je zaměřena na analýzu situace v daném sektoru. A to nejenom na národní úrovni, ale zejména v konkrétní organizaci.

Teoretická část práce se zabývá problematikou lékové politiky. Hlavní důraz je kladen na objasnění a vymezení tohoto pojmu. Tato oblast je upravena řadou právních předpisů a ty nejdůležitější právní předpisy jsou zde přiblíženy. Svě místo zde má i část zabývající se vývojem lékové a zdravotní politiky v České republice, a to v průběhu cca sta let. V rámci lékové politiky hrají významnou roli i jednotliví aktéři působící na lékovou politiku.

V první části práce je věnováno místo i pro část zabývající se léky jako specifickým druhem zbožím. V prodeji je velká řada nejrůznějších léků, které slouží k různým účelům a jsou hrazeny z různých zdrojů. Tyto léky mohou být hrazeny ze zdravotního pojištění či mohou být hrazeny plně pacienty, či kombinovat oba tyto způsoby. Při regulaci ceny léčivého přípravku jsou využívány různé způsoby tvorby ceny přípravku a také se využívají různé metody, které ovlivňují výdaje na léky. V této části práce je úsek věnován i faktorům, jež ovlivňují spotřebu tohoto druhu zboží.

Praktická část práce je rozdělena na tři hlavní části. Nejprve se pokusím přiblížit současné problémy, které se vyskytují v českém sektoru sociálních služeb a sektoru zdravotní péče, v rámci něhož se zaměřím i na problémy v oblasti lékové politiky. Problémy, jež se vyskytují v celém sektoru, se promítají i do situace jednotlivých organizací. Situaci v konkrétním zařízení sociálních služeb a zdravotnické péče se pokusím přiblížit v další části. Podrobněji se zaměřím na Diakonii ČCE – hospic Citadela.

Tato organizace poskytuje řadu služeb, mezi něž patří poskytování specializované paliativní péče a sociální pobytové služby osobám, které nejsou už schopné se postarat sami o sebe. Klienti této organizace mívají zdravotní problémy a na ty se využívají léky spolu s dalším zdravotnickým materiálem. Na problematiku řízení léčiv a zdravotnického materiálu se v práci podrobněji zaměřím. V závěrečné části práce se pokusím navrhnout možná řešení, které by vedli ke snížení nákladů a k lepšímu využívání léků a zdravotnického materiálu. Spolu s tím se pokusím navrhnout možnosti, jež by pomohly zajistit financování chodu tohoto zařízení.

Pro zpracování této problematiky bylo zapotřebí řada zdrojů a poznatků. K jejich získání jsem využila následující metody:

- Metoda sběru dat a informací
- Rešerše literatury
- Rozhovor
- Analýza materiálů vztahujících se k dané problematice

Před samotným zahájením psaní bylo nutné si najít a projít informace vztahující k této problematice. Počet zdrojů, které je možné najít, je velmi rozsáhlý. Ne všechny tyto zdroje jsou ovšem už aktuální, proto bylo nutné si je řádně projít.

Důležitým zdrojem pro praktickou část mojí práce byla analýza výročních zpráv hospice Citadela, společně s informacemi nacházejícími se na jejích internetových stránkách. Tyto zdroje mi souhrnně poskytly informace o celkovém chodu této organizace a také o veškerých poskytovaných službách.

Poslední metodu využitou pro získání informací byl rozhovor. Měla jsem možnost se setkat s bývalým ředitelem hospice Citadela. Ten pro mě byl velmi přínosný, jelikož jsem měla možnost se lépe seznámit s touto organizací a získat lepší náhled do problematiky týkající se lékové politiky a řízení léčiv.

2 VYMEZENÍ POJMU LÉKOVÉ POLITIKY

Zdraví. Většina lidí se shodne na tom, že se jedná o to nejcennější, co mohou mít. Zároveň všichni doufají, že jim zdraví dlouho vydrží. Jenže může nastat situace, ve které je nutné vyhledat lékařskou péči. Oblastí zabývající se péčí o zdraví a jeho regulací je zdravotní politika. Tu je možno definovat jako cílevědomé rozhodování, plánování a realizace opatření, jejichž cílem je zlepšování zdraví obyvatelstva. Nejedná se jenom o problematiku samotné zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních. Tato oblast zasahuje i do oblasti dopravy, daní, sociální péče, ochrany životního prostředí, školství a řady dalších oblastí. (Tajfl, © 2012)

Pod zdravotní politiku spadá také léková politika, která je významným faktorem ovlivňujícím efektivitu zdravotnického systému a kterou se budu dále podrobněji zabývat. Zájmem státu v oblasti lékové politiky je, aby spotřeba léčiv byla realizována v objemu vedoucím k optimalizaci zdravotního stavu pacientů. Nemělo by docházet k plýtvání léků kvůli příliš velkému objemu spotřebovaných léků, nebo naopak ke zhoršování zdravotního stavu populace v důsledku využívání nevhodných nebo nemoderních léčebných postupů při léčení. (Tlustá, Vokatá a Vlček, © 2009)

Samotná realizace lékové politiky je ovlivněna řadou nástrojů. Mezi nástroje využívané při její realizaci patří legislativní systém, finanční prostředky a způsoby jejich alokace, jednotlivé instituce podílející se na lékové politice, informace (edukace) a v neposlední řadě i vyjednávání mezi účastníky procesu lékové politiky. Za hlavního účastníka tohoto procesu je považován stát. Ten prostřednictvím svých zákonodárných a exekutivních orgánů nese odpovědnost za funkce lékové politiky. Není ale jediným účastníkem podílejícím se na lékové politice. Mezi další účastníky patří pojišťovny, výrobci, distributoři, lékárníci, lékaři a občané/pacienti.

2.1 Cíle lékové politiky

V podmínkách České republiky nemá léková politika přesně definovanou definici. Lze ji ale vymezit jako soubor opatření, směřujících k zajištění dostupnosti a efektivity farmakoterapie. Jednotlivá opatření bývají legislativního, technického i odborně medicínského rázu a jejich účelem je regulace nakládání s léčivou od jejich výroby až po podání nemocnému člověku. (Urbánek, 1999, s. 7)

Podle WHO je cílem lékové politiky zajištění bezpečných, účinných a kvalitních léčiv pro občany. To by mělo být zajištěno za ekonomicky únosných podmínek jednak pro veřejné fondy (zdravotní pojišťovny), jednak pro jednotlivé občany platící doplatky a poplatky, přičemž tato léčiva by měla být poskytována lidem, jež je skutečně potřebují (Prokeš, © 2010).

Guidelines for developing national drug policies je publikace, která byla vytvořena komisí expertů WHO. Tato publikace byla vypracována pro jednotlivé členské státy a v rámci lékové politiky stanovuje čtyři cíle:

- formulaci lékové politiky – zajistit zainteresovanost všech aktérů v národní lékové politice, v koordinaci implementace a monitoringu dopadů politiky
- přístup – zajistit dostupnost léčiv
- kvalitu a bezpečnost – zajistit kvalitu, bezpečnost a účinnost všech léčiv posilováním a zaváděním do praxe standardů zajišťujících kvalitu
- racionální užívání – zajistit terapeuticky osvědčené a nákladově účinné užívání léčiv

Při vytváření lékové politiky čelí její tvůrci řadě problémů. V současné době se jedná se například o následující faktory:

- demografický vývoj - především stárnutí populace; čím starší populace, tím vyšší náklady na léčbu
- rozvoj nových technologií, které jsou finančně náročnější
- omezené ekonomické možnosti zdravotních pojišťoven

Jak bylo řečeno, cílem lékové politiky je zajištění bezpečných, účinných a kvalitních léčiv a zároveň zabezpečit maximální péči za limitovaný objem financí lidem, kteří ji potřebují. Problémem je, jak nejlépe sladit co nejvyšší kvalitu, všeobecnou dostupnost a přijatelnou cenu zdravotní péče. Dále je nutné zachovat, nebo dokonce zvýšit kvalitu péče, aniž by to znamenalo neúměrný růst výdajů. To je v současnosti řešeno prakticky všemi vyspělými zeměmi světa. (Tlustá, Vokatá a Vlček, © 2009)

2.2 Historický vývoj

Péče o zdraví má v České republice dlouhou historii a v průběhu let prošla značným vývojem. Nejedná se jen o vývoj v posledních letech, výrazný vliv zde zanechalo období před rokem 1989, kdy české zdravotnictví prošlo érou socialismu.

2.2.1 Vývoj do roku 1945

Počátky péče o zdraví se dají na území českých zemí nalézt už na konci devatenáctého století. V této době české země ještě spadaly pod Rakousko-Uhersko, které od roku 1888 zavedlo nemocenské pojištění v průmyslu. Na počátku osmdesátých let devatenáctého století se na území českých zemí nacházelo cca 400 pokladen, které měly několik tisíc členů.

Výraznější rozvoj začal po roce 1918, kdy vznikla samostatná Československá republika. V této době byl zdravotnický systém založen na povinném zdravotním pojištění. To se ovšem, na základě zákonů vydaných v letech 1919 – 1924, týkalo jenom námezdně pracujících. Od roku 1925 se toto pojištění týkalo také státních a veřejných zaměstnanců. (Gladkij a Strnad, 2002, s. 58)

Na území Československa existovalo velké množství zdravotních pojišťoven, v roce 1925 zde bylo kolem 431 nemocenských pojišťoven. O deset let později jejich počet klesl na méně než 300. Jednalo se o různé typy pojišťoven, jež zahrnovali pojištěnce dle jejich profesí. Např. horníci byli pojištěni u revírních bratrských pokladen, veřejní úředníci u úřednických nemocenských pokladen, existovala také nemocenská pokladna zaměstnanců tabákové režie. (Gladkij, 2003, s. 32-33) Pojištěncům tehdy byla hrazena běžná zdravotní péče, kterou poskytovali praktičtí lékaři a veřejné nemocnice. Zdravotní pojištění se nevztahovalo pouze na samotné zaměstnance, ale také na jejich rodinné příslušníky. V Československu této doby žilo cca 14 700 000 obyvatel a pojištěna byla zhruba polovina z celkového počtu obyvatel.

V období 1939 – 45 probíhala II. světová válka. České země byly okupované fašistickým Německem. Došlo k uzavření vysokých školy a tím k přerušení výchovy lékařů. Po skončení války zde byl nedostatek lékařských pracovníků, jelikož v průběhu války bylo také množství lékařů a zdravotnických pracovníků odvečeno do koncentračních táborů.

2.2.2 Vývoj v letech 1945 až 1989

V letech těsně po skončení války nedošlo k žádným významným změnám. Až v roce 1948 došlo k sjednocení nemocenského a důchodového pojištění do jednoho povinného systému. Správu nad ním převzala Ústřední národní pojišťovna, jež vytvářela systém okresních národních pojišťoven. Tato ústřední pojišťovna získávala příspěvky od pojištěnců a zaměstnavatelů, ze kterých hradila zdravotní péči ve stanoveném rozsahu a poskytovala příspěvky na investice. V případě osob nepojištěných, ošetření a léčení bylo provedeno za

přímou úhradu. Ambulantní péči v této době vykonávali většinou soukromí lékaři. U nemocnic, léčebných ústavů, lázní a zdravotnického průmyslu a distribuce léčiv došlo ke znárodnění. (Gladkij, 2003, s. 33)

Tento systém zde nevydržel dlouho. Brzy došlo k výrazné systémové změně, a to díky vlivu SSSR. Byl zaveden nový politický systém řízený komunistickou stranou, jež měla značný vliv nejenom ve veřejném životě, ale také i v zdravotnictví. V roce 1951 se přešlo na sovětský model zdravotnictví. Tím na sebe stát převzal zodpovědnost za poskytování zdravotní péče i za zdraví celé populace. Centrálně plánovaný systém zdravotní péče zavedl systém plánování do všech sfér zdravotnictví. V lékové politice se jednalo zejména o farmaceutický výzkum, výrobu, kontrolu a velkodistribuci.

Ústřední národní pojišťovna byla zrušena. Zdravotnictví bylo financováno přímo ze státního rozpočtu, přesněji z vybraných všeobecných daní. Zdravotní péče se v této době tedy stala pro občany bezplatná, bez přímých úhrad. Vznikly také krajské a okresní ústavy národního zdraví. Ty zabezpečovaly veškerou léčebně preventivní péči ambulantní, závodní a nemocniční. (Gladkij, 2003, s. 34)

V tomto období probíhal extenzivní rozvoj. Dobudovali se územní sítě, vznikl poliklinický systém, dále se dobudovala řada nemocnic, ústavů, ozdravoven apod. V 60. letech byly jednotlivé ukazatele stavu zdravotnictví na dobré úrovni. To bylo ovlivněné také zavedením celoplošných očkovacích programů, jež snížil či úplně odstranil výskyt některých nemocí. Od 70. – 80. let začalo docházet k problémům ve zdravotnictví, zhoršovala se nejenom situace ve zdravotnictví jako takovém, ale i zdravotní stav obyvatelstva. Výsledky dosahované místní péčí se začaly vzdalovat od dosahovaných výsledků v západní Evropě. To se začalo projevovat nižší střední délkou života, vyšší úmrtností na kardiovaskulární nemoci a zhoubné nádory. (Mátl et al., 2008, s. 14) Zdravotnictví se ocitlo v kritické situaci.

Co se týče spotřeby léčiv v bývalém Československu, to bylo založeno na principu „účelné farmakoterapie“. Díky tomu podléhala spotřeba léčiv silné regulaci a plánovacímu procesu. Mezi orgány, jež se podílely na této regulaci, patřily Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo financí a plánovací orgány státu. V nemocnicích se zřizovaly komise pro účelnou farmakoterapii. Náplní činnosti těchto komisí bylo sledování počtu a struktury léků předepsanými jednotlivými lékaři. (Šatera, 2012, s. 48)

2.2.3 Vývoj po roce 1989

Po politické přeměně v roce 1989 se začalo pracovat na nové koncepci zdravotnictví. Předchozí státem řízený a financovaný model zdravotní péče byl nahrazen novým modelem. Přešlo se k modelu všeobecné zdravotní pojištění, kde hlavní odpovědnost za financování a organizaci zdravotní péče spadá na zdravotní pojišťovny.

Hned v roce 1989 se tým odborníků pod záštitou Ministerstva zdravotnictví začal zabývat přechodem systému ÚNZ na nové uspořádání. Za zásadní prvky nově vznikajícího systému zdravotní péče se považovaly: (Gladkij a Strnad, 2002, str. 60)

- povinné zdravotní pojištění
- státní garance péče všem občanům
- svobodná volba lékaře a zdravotnického zařízení
- zdroje financování, mimo zdravotního pojištění, státní a obecní rozpočet a částečně obyvatelé
- poskytování zdravotní péče v konkurenčním prostředí

V průběhu devadesátých let začali v celém systému zdravotnictví působit noví aktéři. Ti se museli přizpůsobit nově vzniklým podmínkám. Jednotliví účastníci se značně odlišovali. To jak ve svých individuálních zájmech, tak v způsobu prosazování a vlivu na rozhodovací procesy. Díky velkému množství aktérů bylo nutné vytvořit koncepční rámec, který by umožnil rozvoj ve všech částech zdravotního systému. Nedostatečné vymezení odpovědnosti, povinností a postavení aktérů umožnilo neefektivní činnost všech účastníků systému. Díky tomu se povedlo některým aktérům ovlivnit rozhodovací proces ve svůj prospěch.

Jednalo se zejména o aktéry ze skupiny poskytovatelů zdravotnických služeb a zdravotních pojišťoven a výrobců a distributorů léčiv. Uvolnění trhu s léky po roce 1989 umožnilo, že se během několika let stala většina léků vyráběných v různých zemích světa v České republice běžně dostupnými. V rámci první fáze transformace se účast státu omezila jen na určité oblasti. Jednalo se o oblasti regulaci cen léčiv, podpora podnikatelských aktivit v oblasti farmaceutického průmyslu, velkodistribuce léčiv a lékárenství. (Šatera, 2012, s. 48)

2.3 Současná právní úprava

Právní rámec je hlavním předpokladem k dosažení efektivní realizace lékové politiky a dosažení předem stanovených cílů. Český systém zdravotnictví je komplexem řady práv-

ních předpisů. Kromě vlastní národní právní úpravy skládající se z řady zákonů a vyhlášek, patří mezi základní předpisy také mezinárodní úmluvy a prameny práva Evropské unie, jimiž je Česká republika vázána. Mezi ty nejvýznamnější prameny v oblasti mezinárodního práva patří Úmluva na ochranu lidských práv a základních svobod a Evropská sociální charta Rady Evropy. Co se týče unijního práva, tak jeho vliv v oblasti týkající se péče o zdraví je relativně malý. I přesto se zde vyskytují předpisy, spolu s rozsudky vydanými Evropským soudním dvorem, jež ovlivňují řízení zdravotní péče jednotlivých členských států. (Mátl et al., 2008, s. 29-30)

Problematika léčiv je u nás upravena řadou zákonů a vyhlášek. Mezi ty hlavní předpisy upravující tuto oblast patří:

1. Zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky
2. Zákon č. 526/1990 Sb., o cenách
3. Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky
4. Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách
5. Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění
6. Zákon č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy
7. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
8. Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech
9. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

Ústava České republiky

Vychází se z ústavních principů, které jsou zakotvené v Listině základních práv a svobod. Článek 31 Listiny deklaruje právo každého na ochranu zdraví. Je zde řečeno že, „*občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon*“.

Zákon o cenách

Regulace cen léčiv vychází ze zákona č. 526/1990 Sb., o cenách. Zákon upravuje možnosti regulačních zásahů v dané oblasti, tedy uplatňování, regulaci a kontrolu cen výrobků, výkonů, prací a služeb pro tuzemský trh. Regulaci cen mohou vykonávat příslušné správní orgány a to v případě, kdy to vyžaduje veřejný zájem spočívající v udržení vyváženého stavu mezi kupujícím a prodávajícím u zboží financovaného z prostředků veřejných fondů či státního rozpočtu. Dle toho zákona je publikován seznam zboží podléhající regulaci

cen. Tento seznam vydává Ministerstvo zdravotnictví ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví.

Působnost orgánu regulující ceny vyplývá ze zákona 265/1991 Sb., o působnosti orgánů České republiky v oblasti cen. Ten v § 2a upravuje kompetence Ministerstva zdravotnictví a Státního ústavu pro kontrolu léčiv v oblasti léčiv.

Zákon o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky a zákon o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách

Tyto dva zákony upravují současné postavení a činnost zdravotních pojišťoven. Zdravotní pojišťovny jsou specializované zdravotní a finanční instituce, jejichž hlavním úkolem je provádět všeobecné zdravotní pojištění. Rozsah a způsob provádění tohoto pojištění je dán platnými právními předpisy.

V rámci zdravotních pojišťoven má zvláštní postavení VZP. Jedná se o největší českou zdravotní pojišťovnu, která je zřízena přímo zákonem. Ostatní zdravotní pojišťovny jsou založeny na základě povolení, které je vydáváno Ministerstvem zdravotnictví.

Zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

Tento zákon se zabývá úpravou pojistného na všeobecné zdravotní pojištění, penále, způsobu jejich placení, kontrolou, vedení evidence plátců pojistného a zřízení zvláštního účtu všeobecného zdravotního pojištění.

Pojistné na veřejné zdravotní pojištění je ve své ekonomické podstatě daní, zahrnuje se do složené daňové kvóty a mezi daně je také zahrnováno dle klasifikace OECD. Pojistné je příjmem Všeobecné zdravotní pojišťovny nebo jiných zdravotních pojišťoven, kdy prostřednictvím Všeobecné zdravotní pojišťovny dochází k jeho určitému přerozdělování.

(Sagit, © 2013)

Zákon o regulaci reklamy

Zákon o regulaci reklamy se mimo jiné zabývá i oblastí upravující reklamu na léčiva a prostředky zdravotnické techniky. Podrobně jsou zde upraveny podmínky pro prezentaci léčiv. Reklama na humánní léčiva je navíc rozdělena do dvou skupin. Jedná se o reklamu na léčivé přípravky zaměřenou na širokou veřejnost a reklamu zaměřenou vůči odborníkům.

Reklama zaměřená na širokou veřejnost je povolena pouze u léků z kategorie bez lékařského předpisu (volně prodejné). Předmětem reklamy určené široké veřejnosti mohou být pouze registrované léky, jejichž výdej není vázán na lékařský předpis. Léčivé příprav-

ky vydávané na základě lékařského předpisu mohou být pouze v reklamě určené výhradně odborné veřejnosti – lékařům mající oprávnění tyto přípravky předepisovat. Výjimku tvoří pouze léky vázané na lékařský předpis v rámci vakcinační akce schválené Ministerstvem zdravotnictví. Edukační a informační údaje o lidském zdraví nebo onemocněních nejsou považovány za reklamu, pokud neobsahují žádný odkaz na konkrétní lék, a to ani nepřímý. (O lécích, © 2013b)

Zákon o veřejném zdravotním pojištění

Úprava všeobecného veřejného zdravotního pojištění a rozsah podmínek, dle kterých je zdravotní péče poskytována, je obsažen v zákoně č. 48/1997 Sb. K jeho přijetí došlo v roce 1997 v reakci na nedostatečnou právní úpravu týkající se rozsahu zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění. Nedostatečná právní úprava vedla k ohrožení finanční stability systému. Původně byl přijat jako přechodná právní úprava, přesto zákon stále platí a prošel velkou řadou novelizací. (Mátl et al., 2008, s. 32)

Zákon vymezuje veřejné zdravotní pojištění, rozsah a podmínky, za nichž jsou na základě tohoto zákona hrazeny zde zdravotního pojištění zdravotní služby. Část zákona je věnována způsobu stanovení cen a úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely, hrazených ze zdravotního pojištění.

Zákon o léčivech

Tímto zákonem byl zrušen původní zákon č. 79/1997 Sb., o léčivech. O něm se dlouhodobě diskutovalo v souvislosti s nejednoznačným a nevyhovujícím vymezením některých pojmů. Proto byl v roce 2007 přijat zákon nový.

Ten představuje komplexní úpravu problematiky zabývající se léčivými přípravky. V sobě také zapracování příslušné principy a pravidla stanovené v relevantních předpisech Evropského společenství. Zákon definuje pojmy související s léčivy a vymezuje orgány státní správy vykonávající správu v oblasti léčiv. (Mátl et al., 2008, s. 36)

Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

Zákon o zdravotních službách nahradil řadu už nevyhovujících právních předpisů. Mezi nejvýznamnější předpisy, jež tento zákon nahrazuje, jsou zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu a zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních.

Tento zákon byl přijat jako nový zdravotnický kodex a upravuje zdravotní služby a podmínky jejich poskytování a s tím spojený výkon státní správy, druhy a formy zdravotní péče, práva a povinnosti pacientů a osob pacientům blízkých, poskytovatelů zdravotních služeb, zdravotnických pracovníků, jiných odborných pracovníků a dalších osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, podmínky hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, další činnosti související s poskytováním zdravotních služeb a zpracovává příslušné předpisy Evropské unie. (Sagit, © 2012)

2.4 Hlavní účastníci lékové politiky

V současném zdravotnickém systému působí velké množství aktérů, kteří tvoří velmi složitou strukturu. Vazby v rámci této struktury jsou nejen v oblasti samotného zdravotnictví, ale zasahují také do dalších sfér. Můžu se jednat o skupiny vědecké, ekonomické, podnikatelské nebo samotní pacienti a cíle těchto jednotlivých skupin mohou být značně odlišné. (Mátl et al., 2008, s. 14)

V rámci lékové politiky se jedná o řadu aktérů, kdy hlavním účastníkem je stát. Ten zajišťuje řádné legislativní prostředí pro její realizaci. Stát ovšem nevykonává funkce lékové politiky sám, ale přenáší je na další účastníky. Jednotlivými aktéry zde mohou být regionální orgány veřejné správy a samosprávy, zdravotní pojišťovny, výrobci, distributoři, lékárníci, lékaři, pacienti atd.

2.4.1 Státní ústav pro kontrolu léčiv

Na trhu léčiv zastupuje stát především Státní ústav pro kontrolu léčiv (dále jen SÚKL). Jedná se o organizační složku státu s celostátní působností, jejímž nadřízeným orgánem je Ministerstvo zdravotnictví České republiky.

SÚKL je to instituce, která zajišťuje státní dozor nad vlastnostmi humánních léčiv. Jeho úkolem je zajistit, aby v rámci zájmu ochrany zdraví občanů byla v České republice používána pouze jakostní, bezpečné a účinné léky. Dále se stará také o funkční a bezpečné zdravotnické pomůcky nebo prostředky zdravotnické techniky. (SÚKL, © 2010)

Od 1. 1. 2008 patří do kompetence SÚKL také provádění cenové kontroly léčiv. SÚKL ve správním řízení rozhoduje o maximálních cenách léčivých přípravků, resp. o cenách potravin pro zvláštní lékařské účely a o výši a podmínkách jejich úhrady ze zdravotního pojištění.

2.4.2 Zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovny jsou specializované finanční a zdravotní instituce, které mají jeden hlavní úkol, a to provádět všeobecné zdravotní pojištění. Pacient má možnost si svobodně vybrat pojišťovnu, a to podle podmínek a služeb. Na základě zákona o veřejném zdravotním pojištění kontrolují využívání a poskytování zdravotní péče ze zdravotního pojištění. Kontroluje se objem a kvalita zdravotní péče včetně dodržování cen u smluvních zdravotnických zařízení. Od roku 1998 zdravotní pojišťovny stanovují finanční limity pro preskripci. (Šatera, 2012, s. 52-53)

V současné době v ČR působí celkem 7 zdravotních pojišťoven. Kromě VZP zde působí šest zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven. Tyto zaměstnanecké pojišťovny jsou sdruženy ve Svazu zdravotních pojišťoven ČR. Svaz hájí společné zájmy zdravotních pojišťoven a jejich klientů, a to ve vztahu ke státním organizacím, profesním svazům a poskytovatelům zdravotní péče. Hlavním cílem je zkvalitňování služeb pro své klienty.

2.4.3 Výrobci a distributoři léčiv

Farmaceutický průmysl přispívá významným způsobem ke zlepšení zdravotního stavu občanů a prodloužení délky jejich života. To dosahuje díky neustálému vývoji nových, účinnějších léčivých přípravků.

Producenti léčiv jsou nezbytnou součástí zdravotnického systému, jelikož zvládají financovat stále se zdražující vývoj nových léčiv a obecný pokrok na úrovni zdravotnictví. Za uvedením nového léčivého přípravku na trh stojí dlouhý a nákladný proces. Uvádí se, že v průměru tento proces stojí miliony dolarů a trvá více než 10 let. Léčiva, které projdou testováním a splní podmínky pro uvedení na trh, však nabízejí šanci na kvalitnější život pacientů.

Distributoři léčivých přípravků a zdravotnických prostředků jsou organizace zabývající se nákupem tohoto zboží od výrobce za účelem jejich dalšího prodeje do lékáren. Tuto činnost vykonávají na základě povolení vydaného Státním ústavem pro kontrolu léčiv a musí splňovat podmínky distribuční praxe. Pokud při výkonu této činnosti dojde k porušení podmínek distribuce, SÚKL může zrušit předem vydané povolení.

2.4.4 Lékárníci

Lékárníci jsou významnými aktéry v lékové politice. Činnost lékárníků je vykonávána na základě zákona č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komo-

ře a České lékárnické komoře a povinně se sdružují v České lékárnické komoře. Ta zajišťuje odbornou a etickou úroveň výkonu povolání a zároveň potvrzuje, zda daná osoba splňuje podmínky pro výkon uvedeného povolání. (Šatera, 2012, s. 54)

V České republice smí být léčiva vydávána pouze v lékárnách, kromě některých vyhrazených léčiv, které mohou být prodávány i mimo lékárny. Léčivé přípravky jsou vydávány volně nebo na základě lékařského předpisu. Rozhodnutí o tom, zda smí být léčivý přípravek vydáván na základě lékařského předpisu nebo bez něj, rozhoduje Státní ústav pro kontrolu léčiv v rámci registračního řízení.

2.4.5 Lékaři

Lékaři jsou stejně jako lékárníci povinně sdruženi na základě zákona č. 220/1991 Sb. v profesních komorách. Kromě profesních komor se lékaři sdružují i v zájmových sdruženích a asociacích. Svou roli zde mají také odborné lékařské společnosti. Ty mají svůj význam v oblasti celoživotního vzdělávání lékařů, zpracovávají doporučené vyšetřovací a léčebné postupy

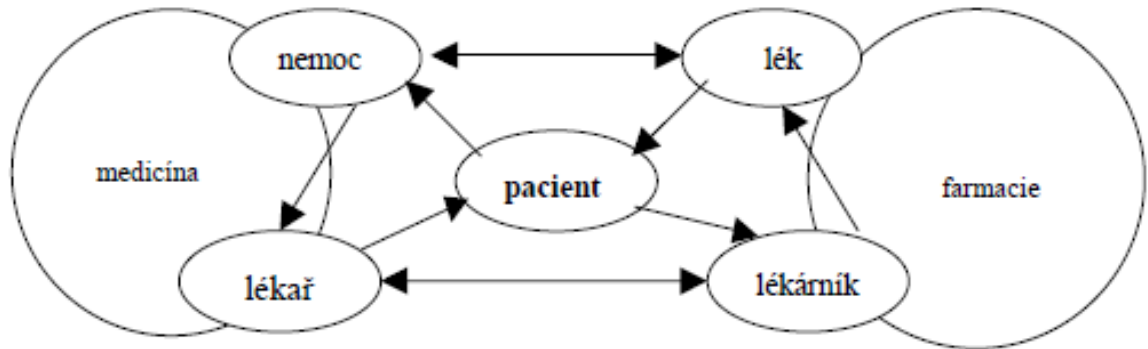
Lékaři jsou důležitými aktéry zejména z toho hlediska, že provádějí preskripci léčiv. Díky tomu jsou středem zájmu farmaceutických firem. Je zde to riziko, že lékaři se domluví s farmaceutickou firmou a budou předepisovat výrobky této firmy. Tyto výrobky mohou být cenově dražší a nemusí se díky nim dosahovat lepších léčebných efektů. Nekalou činností ze strany farmaceutických firem by se měla zabývat Česká lékařská komora. (Durda, 2002, s. 32)

2.4.6 Občané – pacienti

Občané vystupují v systému zdravotní péče v dvojí roli. Na jedné straně jsou to plátcí zdravotní péče, na druhé straně zde péči přijímá v roli pacienta. Na ochranu práv a zájmů pacientů vznikla různá dobrovolná sdružení, jež zastupují zájmy menších či větších skupin pacientů a snaží se zajistit naplnění jejich práv. Mezi významné organizace patří např. Svaz pacientů a Občanské sdružení na ochranu pacientů. Tyto sdružení působí na centrální úrovni a snaží se upozorňovat na problémy spojené s nedostatečným vymezením práv pacientů, vypomáhají s vyřizováním stížností pacientů a další. (Šatera, 2012, s. 53)

Pacienta přímo ovlivňuje řada faktorů. Opletal, Opletalová (podle Durda, 2002, s. 4) vymezili následující vztah mezi pacientem, léčivem, lékařem a lékárnou.

Obrázek 1: Vztah pacient, lékař a farmacie



Zdroj: Durda, L: Analýza procesu tvorby a realizace lékové politiky v České republice

3 LÉKY JAKO SPECIFICKÝ DRUH ZBOŽÍ

Obsahem lékové politiky je zejména regulace léčiv. Léčiva je možné definovat jako specifický druh zboží, jež je nenahraditelný a musí být všeobecně dostupný pro občany. V oblasti léčiv se používá regulace pomocí státu, a jedná se zde o oblasti jako zajišťování kvality, účinnosti a bezpečnosti.

V ekonomické praxi se lze setkat s odlišným přístupem státu k tomuto druhu zboží. Tento odlišný přístup vychází z Ústavou zaručeného práva každého na ochranu zdraví. Jednotlivé projevy toho práva se projevují ve třech oblastech, a to v oblasti ekonomické, zdravotnické a sociální. (Šatera, 2012, s. 45-46).

Ekonomická oblast

Vyjadřuje zájem státu na udržení cenové relace léčiv, jež vedou k cenové regulaci. To je z důvodu preference zdravotnických zájmů před zájmy konkurenčního trhu.

Zdravotnická oblast

Stát v této oblasti zajišťuje kvalitu, účinnost a bezpečnost léčiv. Proto stanovuje podmínky registrace léčiv týkajících se každého jednotlivého léčivého přípravku, jež je užíván na našem území.

Sociální hledisko

Z hlediska sociálního stát zaručuje minimální přístup ke zdravotní péči pro každého občana na svém území – tedy zajištění zdravotnických služeb a léčiv.

3.1 Cenová regulace léčiv

Regulace cen léčiv je vzájemně provázaný systém zabývající se následujícími oblastmi (MZČR, © 2010a):

- vymezení jednotlivých složek ceny podléhající regulaci
- vymezení léčiv, které budou podléhat regulaci ceny
- stanovení způsobu, jímž budou jednotlivé složky ceny regulovány
- stanovení konkrétní výše regulované ceny

Je nutné zdůraznit, že cenové regulaci nepodléhají všechna léčiva obchodovaná na území ČR. Týká se to pouze těch léčivých přípravků, jež jsou hrazeny ze zdravotního pojištění. Hrazeným léčivým přípravkem se rozumí přípravek, který má stanovenou výši úhrady ze zdravotního pojištění a není podstatné, zda v konkrétním případě pacient úhradu čerpá či si

léčivo zaplatí sám. V ČR se jedná cca o 9.000 různých položek (variant, kódů), s tím že reálně se však obchoduje jen asi se 6.000 z nich. Teoreticky tvoří mnohem větší skupinu léčiva nehrazená ze zdravotního pojištění. Tyto léčiva si hradí sám pacient a jedná se např. o antikoncepci, některé podpůrné a doplňkové léky, spousty levných léčiv, některé vakcíny. Přípravků hrazených plně pacientem je v ČR registrovaných celkem přes 50.000, obchoduje se ovšem jen se zlomkem z těchto přípravků. V praxi to tedy znamená, že se obchoduje mnohem více s léčivy hrazenými ze zdravotního pojištění (cca 6.000) než s těmi, které úhradu nemají (cca 2.000). (MZČR, © 2010a)

Léky nehrazené ze zdravotního pojištění nepodléhají cenové regulaci. Výrobci mohou tyto léčiva uvádět na trh za libovolnou cenu a distributoři a lékárny mohou uplatnit libovolnou obchodní přírážku. Regulace zde podléhá „neviditelné ruce trhu“.

Jak bylo řečeno, každý léčivý přípravek hrazený ze zdravotního pojištění podléhá cenové regulaci. U těchto přípravků je určen horní limit ceny, za kterou je možné tento přípravek dodávat na český trh. Tento horní limit je od roku 2008 stanoven Státní ústavem pro kontrolu léčiv, případně je cena přípravků v režimu ohlášení ceny držitelem rozhodnutí o registraci. (O lécích, © 2013c)

Podle Cenového předpisu Ministerstva zdravotnictví ČR je regulace cen hrazených léčivých přípravků rozdělena mezi přípravky regulované maximální cenou a přípravky regulované obchodní přírážkou (tj. marže za výkony distributora a lékárny).

3.1.1 Regulace stanovením maximální ceny

Cena určená výrobcem léčiva je u některých hrazených léků v České republice regulována ze strany SÚKL. Ten stanovuje tzv. maximální cenu výrobce v rámci správního řízení. Jedná se o horní limit, za který je možné daný lék dodávat na český trh.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění jasně vymezuje metody, jimiž se stanovuje maximální cena výrobce. Tu je možné vymežit následujícími postupy:

- průměrem nejnižších výrobních cen ve 3 zemích referenčního koše (jedná se o všechny země EU kromě Bulharska, ČR, Estonska, Kypru, Lucemburska, Německa, Rakouska, Rumunska, Kypru a Malty); tuto metodu lze využít pouze v případě, že je potřebný lék na trhu nejméně ve 3 zemích referenčního koše

- v případě, že nelze využít předchozí bod, je možné cenu léčivého přípravku určit ve výši ceny výrobce, která byla ve veřejném zájmu písemně sjednána zdravotní pojišťovnou s držitelem rozhodnutí o registraci, dovozcem nebo tuzemským výrobcem PZLÚ, dovozcem nebo předkladatelem specifického léčebného programu
- nelze-li využít výše uvedených bodů, cenu je možné stanovit ve shodě s výrobní cenou nejbližšího terapeuticky porovnatelného léku nebo PZLÚ zjištěné v zemích referenčního koše nebo přípravku v ČR

Regulace obchodní přírážkou lze použít i u přípravku s regulovanou cenou výrobce. Obchodní přírážka se používá při výpočtu prodejní ceny v lékárně. Tato přírážka může být uplatněna distributorem pouze ve výši, jakou je stanovena Ministerstvem zdravotnictví. (O lécích, © 2013c)

3.1.2 Regulace stanovením maximální obchodní přírážky

Cenový předpis Ministerstva zdravotnictví ČR určuje, které konkrétní léčivé látky v konkrétních lékových formách nepodléhají regulaci výrobcem. Držiteli rozhodnutí o registraci je stanovena povinnost, aby před uvedením daného přípravku na trh ohlásil horní limit cen pro uvedení výrobku na trh, neboli tzv. cena původce. (O lécích, © 2013c)

Regulace obchodní přírážky tedy znamená, že je stanovena maximální výše obchodní přírážky k jednotlivému léčivému přípravku, a to v závislosti na ceně původce. Tato obchodní přírážka je poté využívána v lékárně při výpočtu prodejní ceny. Samotná přírážka může být maximálně ve výši, kterou stanoví Ministerstvo zdravotnictví.

Součet celkových obchodních přírážek nesmí překročit maximální obchodní přírážku. O tuto přírážku se dělí lékárna a distributor.

V případě, kdy se distribučního řetězce účastní více osob (např. původce – distributor), tak každá osoba zapojená v tomto systému musí na průvodních dokladech uvádět informace o základu pro maximální obchodní přírážku, o vlastní uplatněné obchodní přírážce a dále o jemu oznámených obchodních přírážkách jiných osob vykonávajících obchod.

Pokud distributor u léku s cenou výrobce 600 Kč uplatní na dodávku léku obchodní přírážku ve výši 10 %, lékárna si může uplatnit v prodejní ceně už pouze zbývajících 10 %.

Nejvyšší hodnota obchodní přírážky se vyskytuje u levnějších léků. Tato přírážka může být maximálně 37 % a ceny výrobce nesmí překročit 150 Kč. Léky v této kategorii tvoří i na prostou většinu (cca 75 %) všech distribuovaných balení v ČR.

Tab. 1: Stanovení maximální obchodní přírážky na léčiva

Pásmo	Základ od (v Kč)	Základ do (v Kč)	Sazba	Nápočet* (v Kč)
1	0,00	150,00	37 %	0,00
2	150,01	300,00	33 %	6,00
3	300,01	500,00	24 %	33,00
4	500,01	1 000,00	20 %	53,00
5	1 000,01	2 500,00	17 %	83,00
6	2 500,01	5 000,00	14 %	158,00
7	5 000,01	10 000,00	6 %	558,00
8	10 000,01	9 999 999,00	4 %	758,00

** K částce vypočtené procentuální sazbou se připočte maximálně pevná část odpovídající pásmu dle výše základu (nápočet).*

Zdroj: Cenový předpis MZ ČR

3.2 Úhrada léčiv ze zdravotního pojištění

Úhrada léčiv je složitý a komplexní systém tvořený z příspěvků na cenu léčiv ze systému zdravotního pojištění. Úhrada je částka, kterou pacientovi přispívá zdravotní pojišťovna. Pacient následně doplácí rozdíl mezi konečnou cenou léku a jeho úhradou ze zdravotního pojištění. V České republice se realizuje úhradová regulace v podobě tzv. referenčního systému¹. Rozsah realizace tohoto systému využívaný v ČR je v Evropě poměrně ojedinělý. Přesto přispívá k tomu, že náklady zdravotního pojištění mohou být nižší, než v jakémkoliv jiném systému úhradové regulace. (MZČR, © 2010b)

¹ Referenční systém – sdružování léčiv do skupin, v jejichž rámci mají léčiva stejnou základní úhradu. Do referenční skupiny jsou zařazeny léčiva, které mají v zásadě obdobný účinek, využití a mohou být vzájemně zaměnitelné.

Od roku 2008 byl Státní ústav pro kontrolu léčiv pověřen stanovováním výše a podmínek úhrady léčiv ze zdravotního pojištění, a to zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

Při stanovení výše a podmínek úhrady se u léků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely (PZLÚ) posuzuje řada faktorů (O lécích, © 2013a):

- terapeutická účinnost a bezpečnost
- závažnost onemocnění, pro kterou je přípravek určen
- hodnocení nákladové efektivity (poměr mezi náklady a přínosy spojenými s použitím daného produktu ve srovnání s použitím jiného léku)
- veřejný zájem (zajištění kvality a dostupnosti zdravotní péče, fungování systému zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění)
- vhodnost cesty podání, lékové formy, síly a velikost balení
- obvyklé dávkování
- nezbytná délka léčby
- míra součinnosti osoby, které je podáván (např. jak často je nutné přípravek během dne užít)
- jeho nahraditelnost jiným lékem nebo PZLÚ hrazenou ze zdravotního pojištění a porovnání jejich cen a stanovených úhrad
- dopad na finanční prostředky zdravotního pojištění způsobené užíváním léku nebo PZLÚ
- doporučené postupy odborných institucí a odborníků

Vlastní stanovení výše a podmínek probíhá formou správního řízení, které má zákonem nastavená pravidla. Do řízení může vstupovat zdravotní pojišťovna a výrobce léku. Délka řízení je stanovena na 75 dnů v případě samostatného stanovení úhrady. V případě, kdy se v rámci jednoho řízení stanovuje úhrada i cena výrobce, je délka řízení 165 dnů. (O lécích, © 2013a)

3.3 Regulace výdajů na léky

Regulace výdajů na zdravotnictví a především léky je složitou a také velmi citlivou otázkou. Je zde řešeno dilema, které v současné době řeší všechny vyspělé země. Jedná se o rozpor mezi rychle rostoucími možnostmi medicíny a pomalu rostoucími možnostmi tyto tech-

nologie zaplatit. Je složité najít ideální stav, kdy je zachována nebo dokonce zvýšena kvalita poskytované péče, bez toho, aby nedošlo k neúměrnému růstu výdajů na tuto péči. Při regulaci léčiv je nutné pečlivě zvážit, jak je možné nejefektivněji alokovat finanční zdroje.

Evropská unie ponechává otázku organizace a financování této oblasti na rozhodnutí jednotlivých států. Přesto tato oblast není úplně bez regulace EU. Této problematiky se dotýká v direktivě o transparentnosti léčiv (89/105/EHS). (Šatera, 2012, s. 46)

K ovlivňování výdajů na léky je využíváno řady opatření. Ty se dají shrnout na regulační opatření zaměřených na stranu nabídky (výrobci, distributoři, lékárníci) a na stranu poptávky (pacienti, lékaři).

Šatera (2012, s. 46) uvádí, že regulace výdajů na léky závisí především na:

- uspořádání systému zdravotnictví
- ekonomický potenciál daného systému
- dynamice ekonomického růstu země
- tradice působící v jednotlivých zemích
- síle zájmových skupin

3.3.1 Regulace na straně nabídku

Nástroje na straně nabídky jsou zaměřeny na oblast cen nebo zisku farmaceutického průmyslu. Mezi tyto nástroje patří (Šatera, 2012, s. 47):

- **kontrola zisku** distributorů, výrobců a lékáren, kdy cena může být stanovena např. na základě dobrovolné dohody mezi správním orgánem a farmaceutickými společnostmi,
- **pozitivní listy** zahrnují přípravky, jež jsou hrazené ze zdravotního pojištění,
- **negativní listy** se týkají přípravků nehrazených ze zdravotního pojištění. Jejich problémem je, že mohou odrazovat od dalšího výzkumu v oblasti přípravků nehrazených ze zdravotního pojištění nebo omezovat klinickou svobodu lékařů.,
- **volná tvorba cen**, kdy výrobcům je v daném systému umožněno stanovení vlastní ceny přípravků uváděných na trhu, což jim umožňuje pokrýt rostoucí náklady na výzkum a vývoj, podporu inovací a rozvoj farmaceutického průmyslu. Negativní stránkou je zde zvyšování nákladů na léčiva.,
- **cenová kontrola**, kdy léčiva jsou z velké části hrazeny z veřejných prostředků a vlády kvůli tomu často přistupují k pevným cenám. Problémem cenové kontroly může být

ztráta motivace firem při zavádění nového produktu na trh a spolu s tímto opatřením využívat i další opatření.,

- **referenční ceny** spočívají v seskupování podobných výrobků dohromady a stanovení příbuzných cen, jež jsou hrazeny z fondů veřejného pojištění. V tomto případě, kdy jsou referenční ceny využity jako úhradový mechanismus, hradí plátcí (zdravotní pojišťovny) jenom tuto část ceny produktu a částka nad tuto hranici je doplácena pojištěncem.

3.3.2 Regulace výdajů na léky na straně poptávky

V případě regulace na straně poptávky se lze zaměřit přímo na pacienta nebo na poskytovatele zdravotnické péče (lékaři, lékárníci). Šatera (2012, s. 46- 47) vymezuje následující možnosti regulace:

- **finanční spoluúčast pacienta** je vedena snahou zvýšit odpovědnost za rozhodnutí. Tento způsob regulace nepatří mezi nejdůležitější nástroj k udržování nákladů a jeho úloha je spíše doplňková. Za výhod tohoto opatření je považováno, že představuje nejjednodušší způsob vedoucí ke zvýšení příjmů státu.
- **snaha o rozvoj trhu s léky**, jež nejsou vydávány na předpis. Přesunu léčiv do této kategorie představuje možnost snížení nákladů na hrazenou péči. Finanční zátěž se tím přenesou na pacienta a pro firmy mají příležitost působit na pacienta reklamou a tím zvýšit svůj zisk.
- **kontrola preskripce zdravotnickými zařízeními** představuje snahu o kontrolu výdajů za léky. To může vést k podpoře generické² preskripce a pomoc při regulaci růstu výdajů na léčiva. Riziko zde představuje to, že dražší lék nebude pacientovi předepsán i když ho skutečně potřebuje ke své léčbě. Z toho důvodu je nutné provádět kontroly preskripce revizními lékaři zdravotních pojišťoven, jejichž úkolem je zabránit zanedbávání péče,

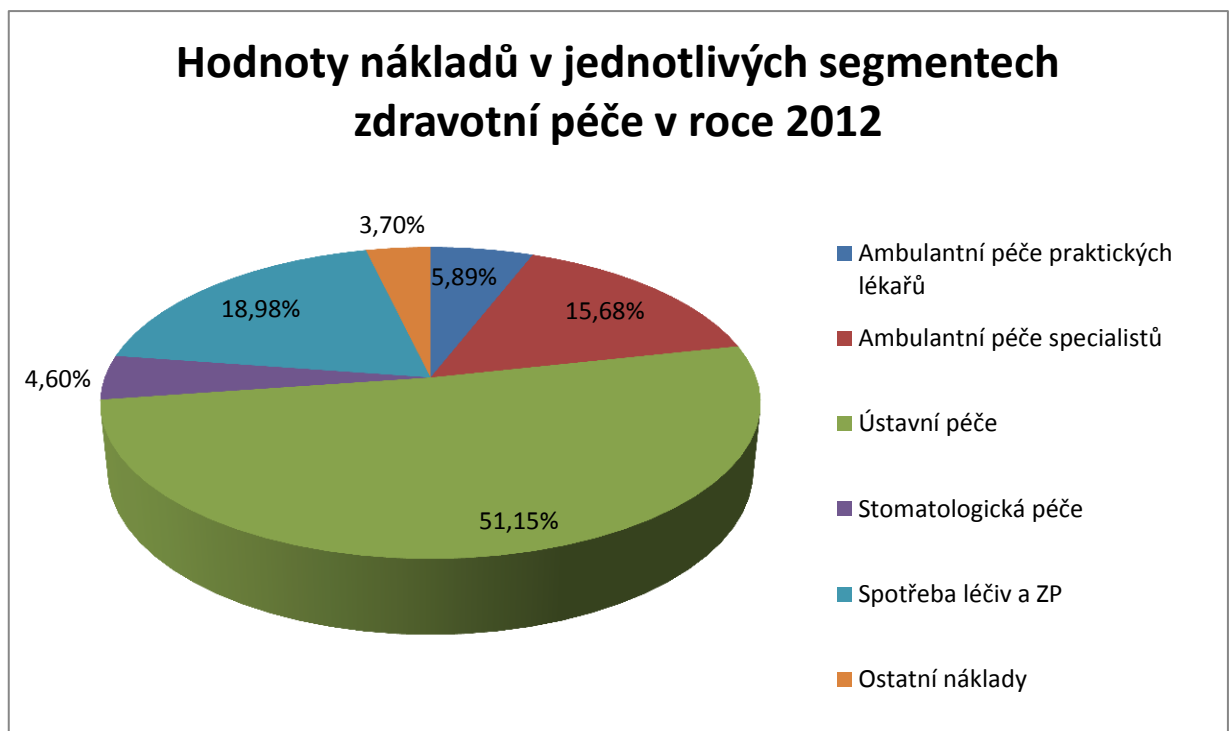
² Generika – jedná se o továrně vyráběné léky pod nechráněným generickým názvem (název sloučeniny, tvořící jeho základ). Generické přípravky jsou v průměru o 10-30% levnější v porovnání s originálními přípravky.

- **podpora používání generických přípravků** umožňuje lékárníkovi vydat generický ekvivalent v případě předepsání originálního přípravku lékařem. Jedná se jeden z nejvíce účinných nástrojů, zejména v zemích s vysokými cenami originálních přípravků.

Problémem těchto opatření je, že převážně vycházejí jenom z ceny léku a neřídí se jeho skutečnou hodnotou (skutečný účinek daného přípravku, jeho schopnost zlepšit zdravotní stav pacienta). K nalezení ideálního stavu při rozhodování je nutné vzít do úvahy účinnost jednotlivých léčebných postupů a celkové náklady na ně vynaložené.

Financování lékové politiky je nákladnou složkou výdajů na zdravotnictví. Výdaje na léky tvoří po ústavním léčení druhou nejvýznamnější nákladovou skupinu. Proto jsou údaje o spotřebě léčiv a výdajích na léčiva důležitými podklady pro formování a monitorování lékové politiky.

Graf 1: Struktura nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči za rok 2012



Zdroj: vlastní zpracování dle ÚZIS ČR, © 2010-2013

Celkové náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči dosáhly v roce 2012 celkem částky 222 841 mil. Kč. To je oproti roku 2011 nárůst o cca 2,02 %, kdy náklady na zdravotní péči dosáhly hodnoty 218 424 mil. Kč. To potvrzuje současný trend, kdy náklady na zdravotní péči postupně narůstají. Co se týče meziročního nárůstu, tak nejvíce vzrostly

náklady na ostatní nespecifikovanou péči (o 8,0 %) a náklady na léky a zdravotnické prostředky celkem (o 5,7 %).

Nejvýraznější položkou, která tvoří více jak polovinu veškerých nákladů zdravotních pojišťoven, jsou náklady vynakládané na ústavní péči. Pod tímto pojmem se rozumí péče v nemocnicích a v odborných léčebných ústavech. V roce 2012 ta činilo celkem 113 995 mil. Kč.

Druhou největší položkou jsou právě náklady vynaložené na léky a zdravotnické potřeby. Za rok 2012 tyto náklady dosáhly celkem 42 339 mil. Kč, což bylo téměř 19% z celkových nákladů.

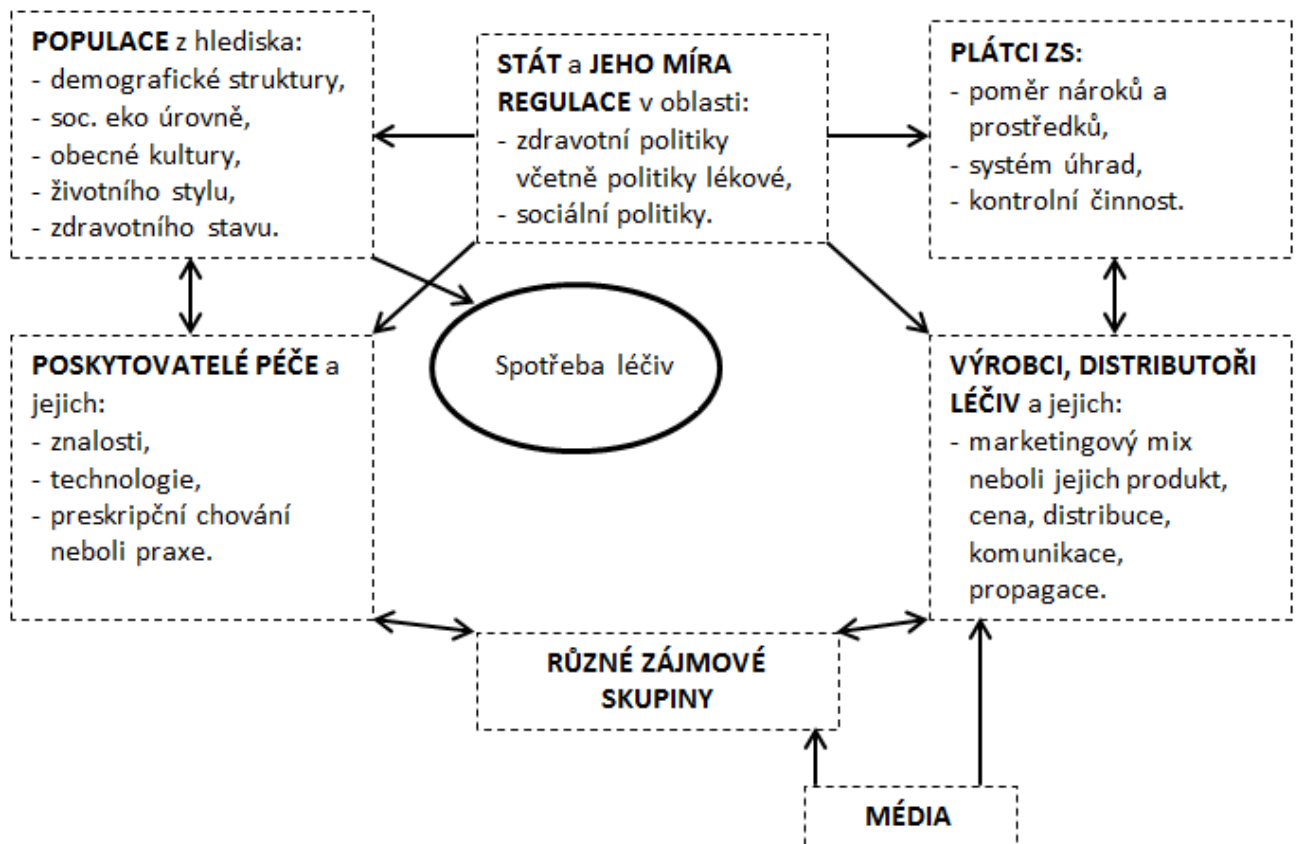
Nejmenší položkou jsou ostatní náklady. Mezi tyto náklady spadají náklady na lázeňskou péči, léčení v zahraničí, záchranou zdravotnickou službu, péči v ozdravovnách, náklady vůči Centru mezistátních úhrad a ostatní náklady na zdravotní péči.

3.4 Faktory ovlivňující spotřebu léčiv

Současná spotřeba léčiv je považována za vysokou. Je to převážně ovlivněné příchodem nových léků, díky kterým jsou v současné době léčeny i choroby, jež se dosud považovaly za neléčitelné. Díky těmto léčivům a kvalitnější zdravotní péči postupně dochází k prodloužení života pacientů. Délka života zase ovlivňuje náklady vynaložené na zdravotní péči daného člověka. Tím se vytváří určitý začarovaný kruh.

Na následujícím schématu je ukázáno, jak na sebe vzájemně působí jednotlivé faktory a jak tyto faktory působí na spotřebu léčiv.

Obrázek 2: Faktory ovlivňující spotřebu léčiv



Zdroj: zpracování podle Práznovcová, L. Trendy ve spotřebě léčiv, in Šatera, 2012

Podle Dolanského (2008, s. 105), hlavní příčiny způsobující každoroční rostoucí náklady na léky jsou:

- demografické změny – postupné stárnutí populace
- využívání nových léčebných metod
- výskyt nových onemocnění – AIDS
- zvýšené očekávání pacientů – využívání médií k vyhledávání informací o léčivých přípravcích, podléhání skryté reklamě výrobců léčiv

Vysoké náklady vydané na léčiva významnou měrou ovlivňují systém veřejného zdravotního pojištění. Přestože se jedná o velmi diskutované téma, stále nedošlo k prosazení opatření vedoucích k dosažení co nejlepšího stavu mezi využitím dostupných prostředků, ekonomickými možnostmi státu a potřebami pacientů. Při tom všem je nutné myslet nejenom na finanční stránku lékové politiky, ale zejména na pacienta a jeho zdraví. (Dolanský, 2008, s. 105)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 SOUČASNÁ SITUACE

V první části práce jsem se zabývala vymezením pojmu léková politika. Tato práce je zaměřena na problematiku spotřeby léků a dalšího zdravotnického materiálu v zařízeních sociálních služeb a zdravotní péče. V úvodu druhé části bych se nejprve chtěla zabývat oblastí sociálních služeb a zdravotní péče. Proč tomu tak je?

Sektory zdravotnictví, sociálních služeb a neformální pečovatelské kapacity domácností se navzájem prolínají. Je vlastně možné si je představit jako „spojené nádoby“. Existují služby, které jsou čistě zdravotní či sociální. Jenže ne vždy to lze jednoznačně oddělit.

Příkladem může být právě hospic Citadela, kterého se týká část této práce. Jedná se o neziskové zdravotnické zařízení. Jenže při bližším pohledu člověk zjistí, že poskytuje služby jak zdravotní, tak sociální. Jednotlivé složky těchto služeb jsou proto financovány z různých zdrojů. Pro financování jsou používány prostředky pocházející z rozpočtu pojišťoven, ale jsou využívány i další rozpočty (např. Ministerstva práce a sociálních věcí). Proto bych se nejprve chtěl zabývat otázkou, jaké jsou současné hlavní problémy týkající se těchto oblastí.

4.1 Oblast sociálních služeb

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, se pod pojmem sociální služby rozumí činnost nebo soubor činností vymezených zákonem, které zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení

Sociální služby slouží zejména k zajišťování pomoci týkající se péče o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoci s výchovou, poskytnutí informací, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho- a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů.

Cílem služeb bývá také podpora rozvoje nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu. Snaží se pomoc s rozvíjením schopností uživatelů těchto služeb a tím jim umožnit vést samostatný život v rámci jejich možností. To vše vede ke snížení sociální a zdravotní rizika související se způsobem života uživatelů.

4.1.1 Současné problémy v poskytování sociálních služeb

Oblast sociálních služeb je velmi rozsáhlá a existuje zde několik problémů. V současné době lze aktuální problémy v oblasti sociálních služeb shrnout do následujících čtyř oblastí. (Molek, 2009, str. 22-25)

1. Nesoulad mezi poptávkou po sociálních službách a jejich nabídkou

Sociální služby jsou v České republice poskytovány přibližně 700 000 klientům, což je cca 7 % její populace. Samotné zajištění a vybavenost jednotlivých obcí, měst a regionů sociálními službami většinou neodpovídá aktuálním potřebám. To má za následek nesoulad mezi poptávkou těchto služeb a jejich nabídkou.

V rámci České republiky není zcela rovnoměrná síť sociálních služeb, lepší dostupnost služeb je v městských aglomeracích či regionálních centrech. Systém zajištění sítě služeb, který by odpovídal potřebám obyvatel, je založen na plánování sociálních služeb. Ty vycházejí z hodnocení potřeb samotných obyvatel, kapacitních možností poskytovatelů a cílů veřejné správy. Oblast zabývající se plánováním sociálních služeb spadá zejména mezi povinnosti krajských samospráv. Zákon o sociálních službách garantuje to, že na procesech plánování a rozhodování se mohou participovat uživatelé služeb, poskytovatelé služeb a obce.

Problémem také je, že nabízené množství jednotlivých služeb zpravidla neodpovídá poptávce. Jedná se o nedostatečnou nabídku jak z kapacitního hlediska, tak i z toho jaké typy služeb jsou nabízené.

2. Nerovné postavení uživatelů sociálních služeb

Díky principu „dotace na hlavu“ má uživatel možnost, vybrat si nejenom typ a druh služby, ale zároveň poskytovatele dané služby. Jenže praxe zatím vypadá trochu jinak, a to hlavně z následujících důvodů:

- uživatelé nevyužívají příspěvek na péči k účelům, který je stanoven zákonem
- uživatelé nemají dostatečné informace týkající se jejich práv a možností
- uživatelé nevnímají své postavení jako výsostní (z pohledu zákona o sociálních službách),
- podvědomí uživatelů o jednotlivých poskytovatelích sociálních služeb a nabídkách služeb jimi poskytovaných je nedostatečná

- možnost uživatele vybrat si „od koho si službu koupí“ je minimální či nulová (např. z důvodu nedostatečně vyvinutého trhu sociálních služeb).

3. Nedostatečně rozvinutý trh sociálních služeb

I ve sféře sociálních služeb platí, že monopolní postavení poskytovatele služeb vede k poškozování spotřebitele. Možnosti poskytovatele sociálních služeb jsou v oblasti „cen“ sice omezeny (regulace pomocí vyhlášky 505/2006 Sb.). Cena ovšem není to jediné. Existují i další symptomy chování (jako je větší či menší rezignace na zvyšování kvality, vybudování si vztah k zákazníkovi a veřejnosti vůbec, marketingové aktivity apod.). Ty se chovají obdobně jako kterékoliv jiné organizace, jež mají monopolního postavení působící na trhu.

Pokud se tedy už stane to, že se vyskytne monopolní postavení poskytovatele sociálních služeb (umocněné díky existujícímu převisu poptávky po dané sociální službě nad nabídkou této služby), motiv ke zlepšení dané služby pochází buď to ze strany zřizovatele dané služby, nebo se jedná o „potřebu být lepší“.

4. Nedostatek veřejných zdrojů na financování sociálních služeb

Financování patří mezi nejdůležitější ekonomické činnosti, bez ohledu na to, o jaká subjekt se jedná. Také oblasti sociálních služeb se tento problém nevyhnul. Objem veřejných finančních prostředků, jež jsou vynakládány na sociální služby, ovlivňuje řada faktorů. Můžou to být faktory politické, společenské, ekonomické či jiné. Zásadním faktorem, který má klíčovou roli při rozhodování o tom, jaké množství veřejných zdrojů lze na financování sociálních služeb vynaložit, je výkonnost ekonomiky (výše HDP a jeho trend).

Oblast sociálních služeb zaměstnává téměř 56 000 pracovníků (přepočteno na celé pracovní úvazky). Jedná se tedy o cca 1,2 % z celkového počtu zaměstnaných v ČR. Z tohoto počtu pracovníků je 39 000 pracovníků v přímé péči, tedy pracovníky poskytující danou službu v přímém kontaktu s klientem.

4.2 Oblast poskytování zdravotních služeb

Mezi základní funkce zdravotnictví patří ochrana zdraví. To se děje díky širokému množství činností a služeb poskytovaných v rámci zdravotnické péče. Jedná se o ambulantní a lůžková péče, specializované léčebné metody, ošetrovatelská péče, technické zabezpečení, management, lékárenské služby a výdeji zdravotnických a rehabilitačních pomůcek.

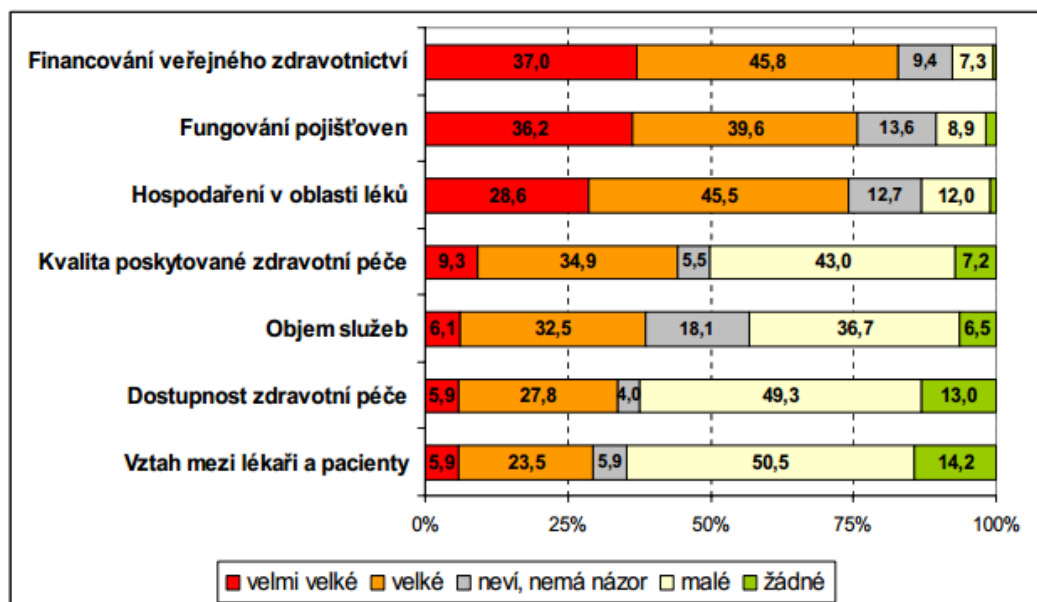
Všechny tyto činnosti a poskytované služby se v rámci českého zdravotnictví v současné době potýká s řadou problémů způsobenými nejrůznějšími důvodů, a které se daří řešit jen s obtížemi. Pokusy o transformaci zdravotnictví sice již byly započaty, ale jak s oblibou uvádí řada autorů zabývajících se zdravotnictvím, tato činnost „ustrnula na půli cesty“.

Sociologický ústav AV ČR provedl v roce 2006 průzkum, jehož téma bylo Názory veřejnosti na problémy zdravotnictví a jeho financování. Přestože tento výzkum proběhl již před osmi lety, jeho výsledky je možné stále považovat za aktuální. Je to z toho důvodu, že české zdravotnictví se dlouhodobě potýká se stejnými problémy.

A jaké výsledky přinesl tento provedený výzkum? Vyplývá z něj to, že dvě třetiny všech respondentů jsou nespokojeni se stavem českého zdravotnictví a téměř většina respondentů považuje reformu stávajícího systému za nutnou. Je pravda, že od této doby už započaly reformní změny ve zdravotnictví. Jenže ty nepřinesly takové změny, díky nimž by došlo k výrazné změně názorů společnost.

Následující graf znázorňuje to, jak respondenti vnímají jednotlivé problémy vyskytující se ve zdravotnictví.

Graf 2: Problémy ve zdravotnictví



Zdroj: Sociologický ústav AV ČR, Názory veřejnosti na problémy zdravotnictví a jeho financování, 2006

Jak už bylo řečeno výše, oblast zdravotnictví se v současné době potýká s řadou problémů. Přitom to nejsou problémy nové, ale vyskytující se zde již řadu let. Jednotlivé problémy se dají shrnout do následujících bodů:

1. Problematika zajištění ekonomických zdrojů

Otázka zajištění dostatečného množství finančních prostředků je pokládána spojována s řadou oblastí. V oblasti zdravotní politiky je jedním z hlavních témat právě tento problém. Toto je také ovlivněné tím, že zde probíhá neustálý vývoj. Úroveň zdravotnictví se neustále zvyšuje, a to sebou přináší zvyšující se výdaje vynakládané na péče. Přitom zdroje, ze kterých jsou tyto náklady pokryty, se zvyšují jenom postupně.

Svou pozornost zde zaujímá to, jakým způsobem jsou tyto finanční zdroje následně rozdělovány mezi jednotlivé oblasti zdravotní péče a také mezi poskytovatele této péče. Jenže jsou tyto prostředky využívány efektivně? To je otázka, které se věnuje už menší pozornost. V médiích se občas vyskytne kauza, ve které se řeší neefektivní využívání těchto prostředků. Ale rozhodně to není tak časté, jako problém samotného financování.

Neefektivní využívání a plýtvání s finančními prostředky se vyskytuje u velké části zainteresovaných subjektů. A to ve větší či menší míře. Tento problém začíná státem, vyskytuje se při hospodaření zdravotních pojišťoven, nevyhýbá se ani zdravotnických zařízení a jsou zde také pacienti, kteří v některých případech využívají zdravotnické služby zbytečně. S problémy s financováním souvisí také odměňování zdravotnických pracovníků (zejména lékařů) a úhrad za poskytnuté služby. V současném systému úhrad není zahrnuto dostatečné množství motivačních prvků, které by ve výsledku vedly k efektivnějšímu využívání veškerých zdrojů.

V průběhu dalších let se budou problémy s financováním a finanční udržitelností celého systému zdravotní péče do budoucna ovlivněny i díky změnami v demografickém vývoji populace (a to díky narůstajícímu počtu osob důchodového věku, postupnému snižování počtu ekonomicky aktivních osob). U starší části populace to zejména znamená vyšší výdaje na jejich zdraví a naopak, menší počet ekonomicky aktivní populace zase způsobí snižování příjmů z veřejného zdravotního pojištění.

2. Otázka vlastnických vztahů

Složitou oblast také tvoří otázka vlastnických vztahů a jednotlivých právních forem zdravotnických zařízení a zdravotních pojišťoven. V rámci celého zdravotnictví zde působí

organizace s odlišným vlastnictvím či mající odlišnou právní formu. Tyto zařízení mohou být zřizována státem, územně samosprávným celkem či soukromým subjektem, a mohou to být organizace typu obchodní společnosti (např. akciová společnost) či neziskové organizace. Kvůli existenci těchto rozdílů je poukazováno na to, že některá zdravotnická zařízení jsou zvýhodňována. Jedná se především pak o zařízení státní, případně ty zřizovaná Ministerstvem zdravotnictví v ČR. Naopak jiná mohou zase být určitým způsobem diskriminována. K tomu je nutné vytvoření vhodné legislativy, jež by zabezpečovala rovné podmínky pro všechny druhy zdravotnických zařízení.

Zdravotní pojišťovny hospodaří jako veřejnoprávní subjekty. V rámci jejich hospodaření se poukazuje především na to, že jejich hospodaření a nakládání s finančními prostředky není úplně transparentní. Na českém trhu v současné době působí několik zdravotních pojišťoven. Ty ale nemají úplně rovné postavení, jelikož specifické postavení mezi pojišťovnami zaujímá Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. To může být způsobené také tím, že v současné době existuje zákon pro zaměstnanecké zdravotní pojišťovny a specifický zákon pro Všeobecnou zdravotní pojišťovnu.

3. Legislativní vymezení

V rámci problémů týkajících se zdravotní politiky zaujímá své místo i otázka legislativního rámce. Nejprve bych zde zmínila problémy týkající se poskytování hospicové péče. Ty jsou poskytovány v různých formách. Nejčastěji se jedná o formu lůžkového hospice. Jenže hospice mohou být i domácí (mobilní). V současné době ještě nejsou vymezeny přesně legislativně. To sebou přináší problémy zejména z hlediska financování tohoto druhu péče. Proto, pro lepší poskytování těchto služeb, je nutné jejich uvedení v zákonech. V posledních letech probíhají jednání, které se snaží zlepšit postavení hospiců, ale změny přicházejí pomalu.

Pro dosažení veškerých cílů zdravotní politiky a zajištění bezproblémové fungování celého zdravotnického sektoru je třeba vytvořit vyhovující a dostatečnou legislativní platformu. Díky tomu budou přesně stanoveny kompetence jednotlivých zainteresovaných subjektů.

K dokončení celkové transformace systému zdravotnictví je nezbytné vytvoření a také implementování vhodné koncepční politiky. Ty by vedla k vyřešení zásadních problémů. Aby bylo možno stanovit cíle, koncepci a strategie ve zdravotní politice, je třeba vzít do úvahy širokou řadu faktorů. Ty spolu mohou úzce souviset a navzájem se prolínat.

A co vše je nutné zvážit k vytvoření správné koncepce zdravotní péče? Je třeba zvážit jednotlivé názory a hodnoty týkající se zdraví (individuální i společenské), také sem patří konsenzus v hlavních oblastech zdravotní politiky. Sem patří např. vymezení míry solidarity či rozsah garantované péče. Bez dostatečné shody v jednotlivých názorech týkajících se základních hodnot zdraví nelze dojít k tomu, že bude dosaženo vhodné koncepce celého systému péče o zdraví. Přitom by se mělo vycházet nejen z příkladů toho, jak to funguje v jiných státech, ale zejména by se měla nalézt shoda mezi jednotlivými aktéry této politiky. Ti by měli zhodnotit všechny stránky daného systému a aktuální situaci a problémy dané ekonomiky.

4.3 Specifikace problémů v lékové politice

V současné době se problematika lékové politiky poněkud zužuje na hledání rezerv a úspor ve výdajích na léčiva, a to jak v oblasti nemocniční péče, tak i v oblasti péče ambulantní. Jenže v souvislosti hledáním úspor a šetřením přichází v rámci spotřeby léčiv ve zdravotnictví na řadu důležitá otázka. Je vůbec etické šetřit na lécích? Přeci jen, zdraví člověka je důležité a mělo by se na něj vynaložit jakékoliv množství peněz. Problémem však je, že veřejné peníze určené na zdravotnictví jsou limitovány. A s tímto limitovaným objemem peněz je nutné určit, jakým je lze co nejúčelněji a nejefektivněji vynaložit.

Léková politika je však jen jednou ze součástí zdravotní politiky, proto je při případném hledání rezerv a úspor ve zdravotnickém systému nutné vzít v úvahu, že existují i jiné (z hlediska možností regulací komplikovanější) oblasti než léčiva (např. prostředky zdravotnické techniky, laboratorní vyšetření, vyžadovaná specializovaná vyšetření, poskytovaná ambulantní lékařská péče včetně stomatologické péče, rozsah nemocniční péče).

Léková politika musí být co nejjednodušší, transparentní a dobře předvídatelná. Přitom musí zajistit její hlavní cíl, kterým je zajistit účinná, bezpečná a kvalitní léčiva pro celou populaci v objektivně potřebném množství a za přijatelnou cenu. Tomuto cíli je nezbytné podřídit veškeré jednotlivé kroky v lékové politice.

Musí být zpracována takovým způsobem, aby umožňovala řešit veškeré situace, které mohou potenciálně nastat. Při její formulaci je nezbytné stanovení priorit a určení časového harmonogramu jednotlivých kroků. Avšak ani od správně formulované lékové politiky však nelze očekávat okamžité pozitivní výsledky, které by měly stabilní a dlouhodobější působení.

Dosavadní vývoj v oblasti léčiv bude nutné seriózně zhodnotit a společně s novým návrhem lékové politiky zveřejnit. Z politických důvodů je nezbytné, aby se tak stalo co nejdříve.

Konečné řešení lékové politiky je nemožné - vždy bude nutné, aby její formulování a uplatňování snižovalo náskok, který má rozvoj lékařských technologií.

Zdravotnické systémy v jednotlivých zemích jsou značně odlišné. Přesto se v něčem shodují, a to ve využívaných regulačních mechanismech. Jak už bylo zmíněno v předcházející části, v oblasti zdravotnictví dochází ke konfliktu mezi medicínou a finančními zdroji. Je to způsobené nástupem nových nákladných léčebných metod, nové indikace pro staré léky, dále dochází ke stárnutí populace a také je vzrůstající informovanost i požadavky občanů.

V oblasti léků jsou využívány dva typy regulací. Jedná se o číselníkové regulace a individuální regulace. Mezi ty číselníkové patří cena a distribuční přírážka, úhrada, odbornost, indikační omezení a revizní lékař. Do druhé skupiny patří finanční limity pro lékaře, dohodovací řízení, smlouvy atd. V zahraničí se navíc využívá i účelná farmakoterapie a ovlivnění pacienta. Jednotlivé typy regulací by měli být využívány ve větším měřítku. Tím by bylo možné ušetřit část nákladů vynaložených na zdravotní péče zejména na lékovou politiku.

5 DIAKONIE ČCE - HOSPIC CITADELA

Hospic Citadela je nestátní zdravotnické zařízení, jehož zřizovatelem je křesťanská nestátní nezisková organizace Diakonie Českobratrské církve evangelické. Své sídlo má ve městě Valašské Meziříčí a jeho územní působnost je pro spádovou oblast Zlínského, Moravskoslezského a Olomouckého kraje.

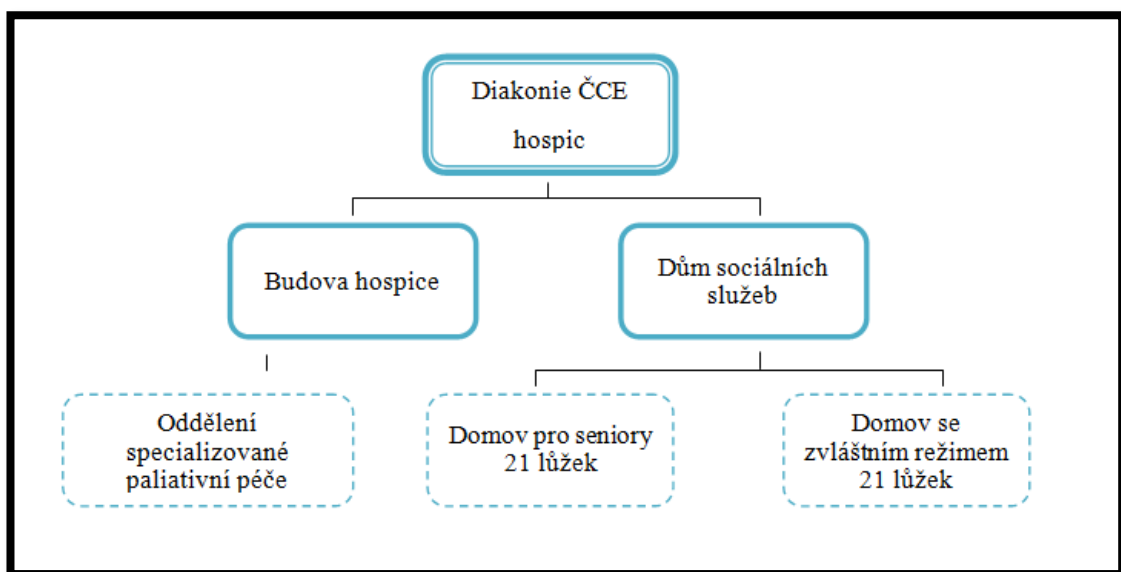
Hospic byl evidován u MKČR k 1. 8. 2003 jako církevní právnická osoba pod č. j. 9-266/2003-1244. Dne 29. 1. 2004 byl registrován odborem zdravotnictví Krajského úřadu Zlínského kraje jako nestátní zdravotnické zařízení.

Diakonie Českobratrské církve evangelické je druhou největší neziskovou organizací poskytující sociální služby v České republice. Hospic Citadela je jedním z 33 středisek Diakonie. Každé středisko je samostatným právním subjektem. V čele každého střediska je jako statutární orgán správní rada, jejíž předseda je současně ředitelem střediska. Základními dokumenty organizace jsou zřizovací listina a statut střediska. Kontrolním a poradním orgánem je dozorčí rada.

5.1 Poskytované služby

Hospic se zabývá poskytováním následujících služeb, jež jsou v rámci organizační struktury členěny do samostatně řízených oddělení, která jsou i z hlediska hospodaření autonomními jednotkami se společným technickohospodářskými zázemím.

Graf 3: Struktura lůžkového fondu



Zdroj: Vlastní zpracování dle organizační struktury

Specializovaná paliativní (hospicová) péče

Je služba poskytována v Budově hospice. Hospic poskytuje svou péči pro lidi od osmnácti let, jež jsou nevléčitelně nemocní a umírají. U těchto osob už byly vyčerpány jiné možnosti léčby vedoucí k uzdravení. Lze pouze mírnit důsledky tohoto onemocnění - léčit bolest. Kromě pacientů s onkologickou diagnózou s nepříznivou prognózou, využívají hospicovou péči také nemocní s pokročilým degenerativním onemocněním svalů nebo nervů, či pacienti s jinými druhy nevléčitelných onemocnění v terminálním stadiu onemocnění. Hospic má k dispozici celkem 36 lůžek, jež jsou zaměřeny na poskytování paliativní péče.

Jeho posláním je umožnit důstojné umírání lidem, jež jsou v pokročilém stádiu nevléčitelného onemocnění. Organizace poskytuje komplexní hospicovou paliativní péči, snaží se tišit bolest fyzickou a zároveň poskytuje pomoc i pro oblast duchovní, psychickou a sociální. Cílovou skupinou zde nejsou pouze samotní klienti této služby, ale patří zde také příbuzní a blízké osoby klientů.

V rámci služeb, které lze využít v rámci Hospice Citadela, jsou také odlehčovací služby. Tyto služby jsou určeny pro lidi, které v domácím prostředí dlouhodobě pečují o člověka závislého na pomoci jiné osoby, a potřebují nezbytný odpočinek. Délka tohoto typu pobytu je časově omezena.

Domov pro seniory

Služby poskytované Domovem pro seniory se zaměřují na osoby se sníženou mírou soběstačnosti zejména z důvodu věku a na osoby, jež potřebují pravidelnou pomoc ze strany jiné osoby. Cílovou skupinou pro tento typ služby jsou senioři od 65 let. Zpravidla se jedná o osoby, které mají III. nebo IV. stupněm závislosti na pomoci jiné osoby. Tyto osoby jsou převážně ležící nebo chodící jen s dopomocí jiné osoby. Tyto služby jsou poskytovány v budově Domu sociálních služeb a počet registrovaných lůžek této služby je 21.

Tato služba je poskytována od 1. 1. 2014. Krajský úřad Zlínského kraje v loňském roce rozhodl o změně registrace sociálních služeb, které byly poskytovány organizací. Domov pro seniory nahradil předchozí sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních.

Domov se zvláštním režimem

Domov se zvláštním režimem má své sídlo v Domě sociálních služeb a k dispozici má celkem 21 lůžek. Tato služba je určena pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění a pro osoby se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostat-

ními typy demencí. Také v případě Domova se zvláštním režimem se jedná převážně o klienty, jež mají III. nebo IV. stupněm závislosti na pomoci jiné osoby

Další služby

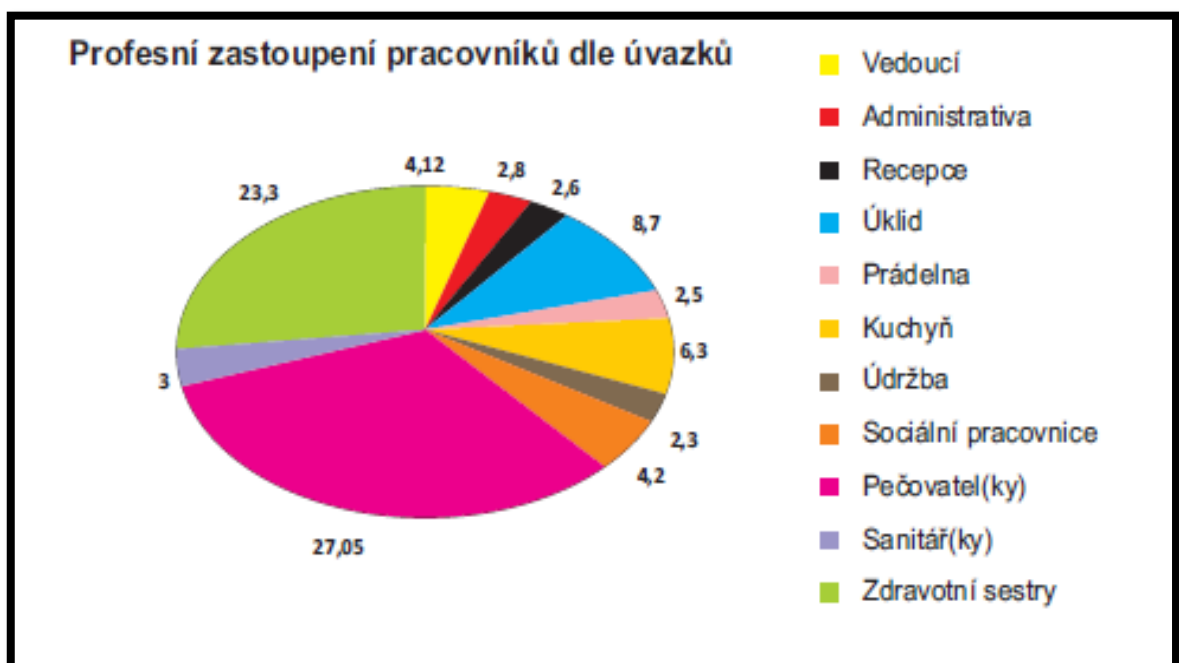
Mezi další služby poskytované hospicem patří také půjčovna pomůcek. Jedná se o zapůjčení zdravotních a kompenzačních pomůcek, jež mohou v domácím prostředí usnadnit péči o nemocné blízké. Kompenzačními pomůckami se rozumí nástroj, přístroj nebo zařízení, které jsou speciálně vyrobené nebo upravené tak, aby dokázaly kompenzovat nebo usnadnit každodenní činnosti dané osoby.

Mezi ty nejžádanější pomůcky půjčované hospicem patří polohovací postel, chodítka, oxygenátor, invalidní vozík a WC křeslo. Kromě těchto pomůcek je možné si po dohodě s organizací zapůjčit i další pomůcky, jako jsou např. francouzské hole.

5.2 Personální zajištění

Žádná organizace, bez ohledu na typ dané organizace, není schopna fungovat bez lidí. Ekonomové považují práci za jeden ze základních výrobních faktorů, vedle půdy a kapitálu. Je tedy jasné, že i hospic Citadela by stěží zvládl výkon své činnosti bez kvalifikovaných zaměstnanců.

Graf 4: Profesní zastoupení zaměstnanců



Zdroj: Převzato z výroční zprávy Hospice Citadela za rok 2012

V roce 2012 měl hospic uzavřeno 86,87 pracovních úvazků, v průměrných přepočtených stavech. Největší zastoupení mají pečovatelé a zdravotnický personál. Pro samotný chod organizace jsou ale nutné i další povolání. Následující graf podrobně znázorňuje strukturu jednotlivých povolání.

Věková struktura zaměstnanců tvořila u žen 40,5 roku a u mužů to bylo 48 let. Z hlediska vzdělanosti se tvořilo 43 % zaměstnanců osoby se středním odborným vzděláním. Zároveň zde přibývají zaměstnanci s vysokoškolským vzděláním.

Své místo mají v organizacích tohoto typu i dobrovolníci. Ti sice nejsou uvedeni v mezi zaměstnanci hospice, ale přesto je zde zmíním. Jsou totiž součástí týmu lidí, kteří pečují o klienty a také pomáhají jejich příbuzným a přátelům.

Dobrovolníci jsou vysíláni v rámci Dobrovolnického centra ADRA ve Valašském Meziříčí. Při své činnosti nenahrazují personál hospice Citadela, ale doplňují jejich činnost.

V roce 2012 se jejich počet pohyboval kolem 22 a celkem zde odpracovali 896 hodin.

Kromě individuálních dobrovolníků se zde objevují i celé firmy. Ty se už několik starají a udržují zahrady kolem hospice, podílejí se také na jarním a podzimním úklidu zahrad.

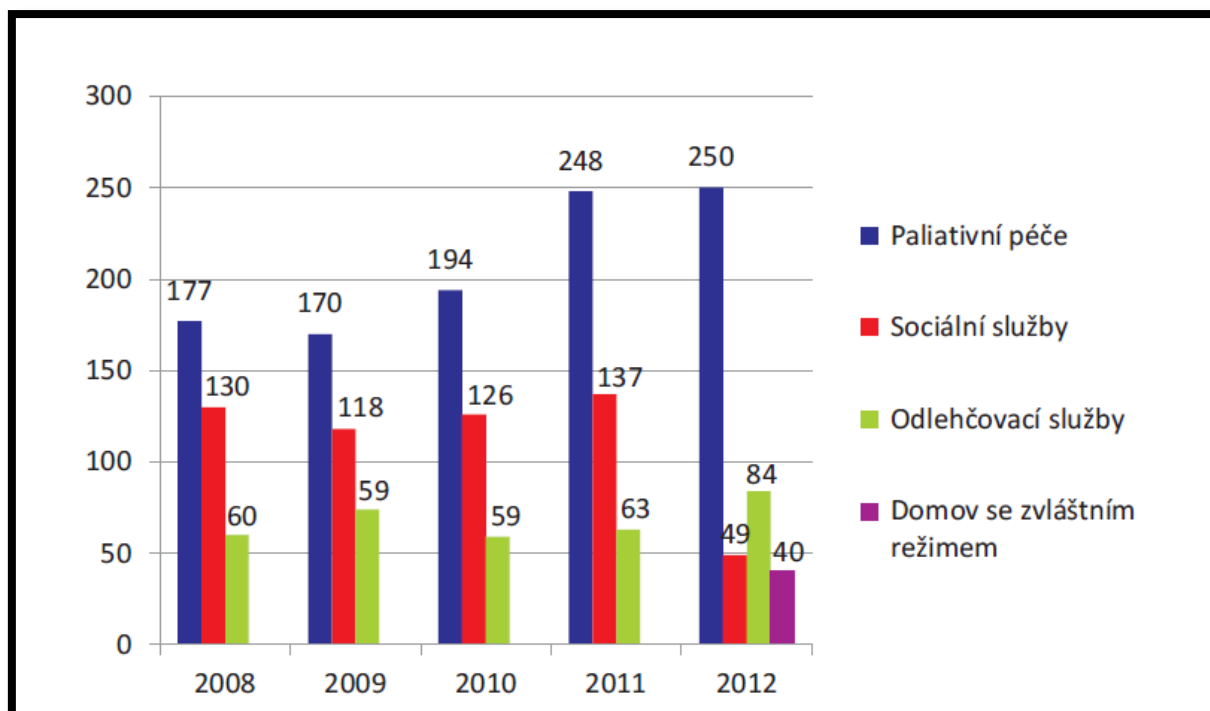
V roce 2012 se jednalo o pomoc ze strany zaměstnanců Kraft Food či dobrovolníci z České Spořitelny v Kroměříži a Novém Jičíně.

5.3 Klienti a služby pro ně

V rámci všech služeb poskytovaných v Hospici Citadela jsou uplatňovány určité principy a úroveň poskytovaných služeb. V rámci těchto služeb se organizace snaží pro své klienty vytvořit příjemné prostředí, ve kterém se oni sami a také jejich příbuzní mohou cítit dobře. Toto je velmi důležité, jelikož část všech klientů zde tráví poslední období svého života. O klienty hospice se personál stará až do poslední chvíle a snaží se tím o to, aby v těchto momentech mohli být a mluvit s rodinou a také netrpěli bolestmi. Při poskytování služeb nejde jenom o to, aby se zajistily všechny jejich fyzické potřeby, ale důležitou roli zde hraje i jejich psychická část.

Klientům je poskytováno ubytování v 1 nebo 2 lůžkových pokojích s vlastním sociálním zařízením. V případě jednolůžkových pokojů je možné domluvit přidání přistýlky pro doprovázející osobu (v případě paliativní péče).

Graf 5: Počty klientů na jednotlivých lůžkách od roku 2008



Zdroj: Převzato z Výroční zprávy za rok 2012

Z výše uvedeného grafu lze vidět, že v průběhu let dochází k navyšování počtu klientů organizace. Největší počet klientů využívá oddělení paliativní péče. To je ovlivňuje nejen vyšší počet lůžek tohoto oddělení, ale také to, o jaký druh služby se jedná. Čekací lhůta na tento typ služby je zpravidla 0 až 10 dní. Ti, kteří jsou zde přijati, se zde snaží dožít poslední část svého života. Z grafu lze také vyčíst, že mezi lety 2010 a 2011 došlo k výraznějšímu navýšení klientů na oddělení paliativní péče. K tomu došlo díky tomu, že byl zvýšen počet lůžek na současných 36 lůžek, z předcházejících 28 lůžek.

V průběhu let došlo nejenom k navýšení počtu klientů využívajících služeb paliativní péče, ale změnila se i doba, jakou klienti v průměru stráví na hospicovém lůžku. V roce 2008 činila průměrná doba, kterou zde klienti strávili, 49 dní. Tato doba se postupně krátí, v roce 2012 to bylo už v průměru jenom 27,5 dní a průměrný věk klientů na tomto typu lůžek byl 72 let.

Konec roku 2010 a průběh roku 2011 proběhla rozsáhlá přestavba a modernizace budovy Domova sociálních služeb. I přes tuto komplikaci se podařilo zabezpečit poskytování služeb v plné kapacitě a nejlepší kvalitě. V rámci rekonstrukce se vytvořilo i zázemí pro středisko Domácí péče Diakonie ČCE a tím umožnilo užší spolupráci těchto dvou středisek poskytující péči.

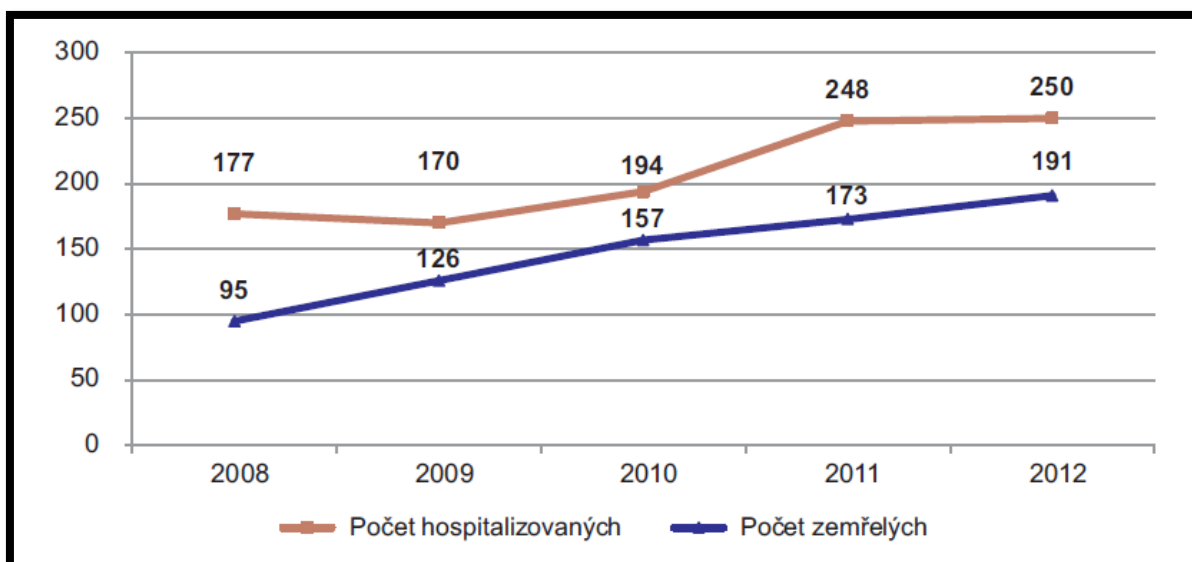
Díky tomu se i rozšířily možnosti poskytované péče. Následně mezi lety 2011 a 2012 došlo ke změnám v rámci poskytovaných služeb. Od roku 2012 přibyla nová služba, jíž je Domov se zvláštním režimem. Po začátku poskytování této služby došlo ke snížení počtu lůžek a počtu klientů sociálních služeb. V roce 2012 ukončilo na lůžkách sociálních služeb svůj pobyt celkem 43 klientů, přijatých jich bylo celkem 49. Nejčastěji byly tyto klienti propuštěny do domácí péče či do domovů důchodců.

5.3.1 Oddělení paliativní péče

V poslední době se stále rozšiřuje ten trend, že rodinní příslušníci se snaží co nejdéle sami postarat o své nemocné příbuzné. Pokud už nemoc postoupila a domácí péče není možná, přijdou na řadu možnosti ústavního léčení. Možností je více, záleží teda na možnostech a informovanosti ze strany klientů, rodinných příslušníků, ale i ze strany odborníků.

Mezi možnosti patří nemocnice, LDN či právě hospicová péče. V nemocnicích by neměli zůstat pacienti dlouhodobě, ale jenom po dobu akutní léčebné péči a následnou péči potřebnou k jejich doléčení. Hospice na druhou stranu jsou zařízení, které se stará o zdravotní problémy klienta a zároveň umožňuje rodině a blízkým osobám klientům trávit s klientem veškerý možný čas.

Graf 6: Počet hospitalizovaných a počet zemřelých na oddělení paliativní péče v letech 2008 až 2010



Zdroj: Výroční zpráva Hospice Citadela za rok 2012

Z grafu lze vyčíst, že v průběhu let stále přibývá lidí, kteří využívají služeb hospice. Vzrostl počet hospitalizovaných, ale zároveň i počet zemřelých klientů hospice. Množství těch,

kterí v průběhu let 2008 až 2012 strávily poslední dny svého života v hospici, se zvýšil o více jak 100 %.

Z toho se lze domnívat, že stále více lidí důvěřuje hospicové péči. Postupně se vytrácí předsudky lidí vůči hospicům. Hospice byly po dlouho dobu, a pro některé lidi stále, považovány za „baštu utrpení“ a myslí si, že zde jsou lidé odkládání v případě, kdy příbuzní se už nechtějí starat a kdy nemocnice nechtějí/nemohou pomoci.

V posledních letech se naštěstí postupně zvětšuje povědomí o tomto druhu péče. Veřejnost ale stále není o službách tohoto typu zařízení dostatečně a včasně informována. Jejich příbuzní by mohli svět opustit v podmínkách hospice, který se o poslední momenty svých klientů stará důstojněji, než je tomu v některých nemocnicích. Díky nedostatkům se lze setkat s tím, že příbuzní těchto nemocných litují toho, že se o tomto druhu služby nedozvěděli dříve.

5.4 Hospodaření hospice Citadela

Rozpočet a jeho plánování jsou důležitou činností v každé organizaci. V organizaci, jako je nestátní nezisková organizace, mají tuto činnost značně komplikovanou. Financování hospice Citadela je založené na vícezdrojovém principu, jelikož je zde poskytován komplex služeb. Jedná se jednak o služby zdravotní, tak zároveň i sociální.

Prostředky pocházejí ze zdravotních pojišťoven, dotací ze státního rozpočtu, úhrad klientů, darů fyzických a právnických osob. Obecně platby zdravotních pojišťoven pokrývají kolem 25 až 40% celkových provozních nákladů. Tyto úhrady zdravotních pojišťoven slouží k hrazení zdravotních služeb poskytovaných hospicem.

Na oblast sociální je potřeba získat prostředky z jiných zdrojů. Mezi tyto zdroje patří např. dotace jiných orgánů (zejména Ministerstva práce a sociálních věcí), dále příspěvky pocházející z prostředků zřizovatele, dary, případně výnosů z vlastní hospodářské činnosti. Z těchto zdrojů získávají hospice dalších cca 20 % rozpočtu.

O tyto finanční prostředky hospice sice žádají, ale nemají na tyto dotace právní nárok. V praxi to potom vypadá tak, že ještě v prosinci se neví, zda bude další rok dostatek finančních prostředků na platy a provoz.

5.4.1 Analýza nákladů a výnosů

Péče v každém hospici (sem patří poskytování služeb lékařů, ošetřovatelů a veškeré další služby) stojí denně průměrně 2 000 až 2 500 Kč. Jen 50-60 % těchto nákladů je hrazeno zdravotní pojišťovnou. Hospice jsou v naprosté většině nevládní neziskové organizace, které nemají „zajištěného“ zřizovatele (např. kraj), z jehož rozpočtu by byl jejich rozpočet hrazen. Což je i případ hospice Citadela.

Jak už bylo zmíněno výše, organizace poskytuje i služby sociální, a to v Domovu sociálních služeb. V rámci těchto služeb vyjde průměrná péče o klienta v domově pro seniory na 21 863 Kč/lůžko/měsíc (celostátní průměr). Služba domov se zvláštním režimem (DZR) vyjde průměrně 26 340 Kč/lůžko/měsíc (celostátní průměr).

V následující části jsou podrobněji rozepsány hlavní skupiny příjmů a výdajů v hospici Citadela, rozčleněných dle jednotlivých úseků.

Tab. 2: Výkaz zisků a ztrát za rok 2012 (výnosy) - zjednodušená verze

	Hospic	SZL	DZR	Vedlejší činnost	Ostatní projekty	Celkem
Tržby za vlastní výroby	16 352 108	5 651 053	5 389 392	1 021 066	0	28 413 619
Tržby z hlavní činnosti	16 352 106	5 651 053	5 389 392	0	0	27 392 553
Ubytování	2 290 421	1 177 252	1 150 641	0	0	4 618 314
Strava	736 535	1 040 455	983 682	0	0	2 760 672
Strava zam.	168 296	85 648	75 700	0	0	329 644
PnP	4 188 503	2 193 038	2 527 910	0	0	8 909 451
Ostatní příjmy	137 453	240 172	166 352	0	0	543 977
Zdravotní pojišťovny	8 830 900	914 488	485 107	0	0	10 230 495
Tržby z vedlejší činnosti	0	0	0	905 389	0	905 389
Tržby za prodané zboží	0	0	0	115 677	0	115 677
Ostatní výnosy	200 777	305	280	0	0	201 362
Přijaté příspěvky	473 120	680 102	349 958	0	0	1 503 180

Tuzemské dary	222 490	680 102	349 958	0	0	1 252 550
Nepeněžní dary	250 630	0	0	0	0	250 630
Provozní dotace	5 387 757	2 279 021	2 151 636	0	404 016	10 222 430
Státní rozpočet	3 240 000	1 165 000	978 000	0	0	5 383 000
Kraje	225 000	230 000	230 000	0	60 000	745 000
Obce	1 849 004	868 000	929 000	0	0	3 646 004
Úřady práce	73 753	16 021	14 636	0	0	104 410
Ostatní dotace na provoz	0	0	0	0	344 016	344 016;
Výnosy celkem	22 413 762	8 610 480	7 891 267	1 021 066	404 016	40 340 591

Zdroj: Vlastní zpracování dle Výkazu zisků a ztrát za rok 2012

Hospic Citadela poskytuje služby zdravotní, které jsou hrazeny z určité části zdravotními pojišťovnami. Platby zdravotních pojišťoven tvoří celkem 25% celkových příjmů. Služby poskytované hospicem nemají pouze charakter zdravotních služeb, ale jedná se také o služby sociální. Tato část poskytovaných služeb je částečně hrazena státem, částečně nemocnými, částečně z dotací a darů.

Tyto finanční prostředky jsou nezbytné k tomu, aby mohly poskytovat komplexní služby individuálně zaměřené. Příspěvky ze státního rozpočtu tvoří cca 13 % příjmů, prostředky pocházející z krajského rozpočtu (rozpočet Zlínského kraje) tvoří cca 1,8 %. Příspěvky na chod organizace z rozpočtů obcí tvoří celkem 9 % všech příjmů. Mezi obce, které se podílí na financování hospice Citadela, patří např. město Valašské Meziříčí, Bystřice pod Hostýnem, Vsetín, Statutární město Zlín a další (převážně se jedná o města, která se nacházejí v blízkosti hospice a v jejichž spádové oblasti se hospic nachází.

Finanční prostředky pocházejí nejenom z veřejných institucí, ale na financování se částečně podílejí samotní pacienti spolu s jejich rodinami. Tyto finanční prostředky tvoří cca cca 36 % příjmů organizace. Tento příspěvek je úměrný příjmu klientů a jejich rodinných příslušníků tak, aby hospicová péče byla dostupná pro každého.

Jenže ani všechny tyto příspěvky nestačí k tomu, aby byl zajištěn bezproblémový chod hospice. Chybějící prostředky na provoz hospice pocházejí od soukromých dárců, nadací,

fondů, firem a jednotlivců. Na prostředky pocházející z těchto zdrojů bude hospice, jako nestátní nezisková organizace, odkázán pořad.

Nejedná se pouze o finanční dary, pomoc přichází i v podobě věcných darů. Jedná se např. o dary, které mohou zlepšit běžný chod hospice, ale také zlepšit služby poskytované klientům a možnosti trávení jejich volného času. (AsociaceHospicu.cz, ©2010)

Tab. 3: Výkaz zisků a ztrát za rok 2012 (náklady) - zjednodušená verze

	Hospic	SZL	DZR	Vedlejší činnost	Ostatní projekty	Celkem
Spotřebované nákupy	4 396 560	1 707 408	1 653 084	390 361	66 189	8 213 601
Materiál	1 464 845	987 848	934 034	259 202	3 837	3 649 767
Energie	1 594 426	616 538	616 538	24 345	0	2 851 847
Prodané zboží	0	0	0	106 813	0	106 813
DHM	794 917	67 730	64 261	0	62 352	989 259
Zdravotnický materiál a léky	542 373	35 292	38 250	0	0	615 915
Služby	1 541 375	501 805	462 889	3 993	7 835	2 517 897
Opravy a udržování	235 453	60 912	57 196	3 993	0	2 517 897
Cestovné	22 317	9 545	6 034	0	1 845	39 741
Náklady na reprezentaci	20 630	7 859	7 261	0	2 672	38 422
Náklady na PR a FR	11 170	0	0	0	1 908	13 078
Spoje	149 684	57 078	52 727	0	1 410	260 899
DNM	13 321	5 202	4 806	0	0	23 329
Ostatní služby	1 088 799	361 209	334 865	0	0	1 784 873

Zdroj: Vlastní zpracování dle Výroční zprávy za rok 2012

Po mzdových nákladech je další výraznou položkou nákladů položka spotřebované nákupy. Spotřeba energií tvoří cca 8 % veškerých nákladů hospice. Pod tuto položku patří zejména běžné provozní náklady, jako je spotřeba energií či materiálu. Pod spotřebu ener-

gí patří položky jako náklady na vytápění, spotřeba vody a elektrickou energii v jednotlivých budovách. Pod položkou materiál je zase možné si představit např. materiál využívaný pro údržbu, hygienický a sanitární materiál určený k úklidu prostor, kancelářské vybavení, spotřeba pohonných hmot, ale také i potraviny.

Nákladovou položkou je i spotřeba léků a zdravotnického materiálu. Tato položka možná nepatří mezi ty nejvýraznější, ale v organizacích tohoto typu je nutné počítat a zvážit každou položku. Finanční prostředky hospice jsou omezené, proto jakákoliv nákladová položka se musí pečlivě zvažovat. Spotřeba léků a dalšího zdravotnického materiálu odpovídá cca 2% celkových nákladů hospice Citadela. To ale neznamená, že se v rámci těchto nákladů musí plýtvat.

V další části se budu podrobněji zabývat spotřebou jednotlivých druhů léčiv.

Tab. 4: Výkaz zisků a ztrát za rok 2012 (náklady) - zjednodušená verze

	Hospic	SZL	DZR	Vedlejší činnost	Ostatní projekty	Celkem
Osobní náklady	15 292 818	6 052 450	5 595 833	211 374	329 992	27 482 467
<i>Mzdové náklady</i>	11 178 501	4 425 049	4 080 620	168 988	262 400	20 115 558
Zákonné sociální poj.	3 632 227	1 446 750	1 350 259	42 386	67 592	6 539 214
Vzdělávání a další rozvoj	69 798	21 748	18 712	0	0	110 258
Zákonné sociální náklady	62 523	23 865	21 499	0	0	107 887
Ostatní soc. náklady	349 769	135 038	124 743	0	0	609 550
Daně a poplatky	57 604	1 360	1 357	0	0	60 321
Ostatní náklady	416 157	205 775	31 522	0	0	653 454
Odpisy, prodaný majetek	233 499	112 229	119 374	4 480	0	469 582
Poskytnuté příspěvky	75 418	29 454	27 208	0	0	132 080
Náklady celkem	22 013 431	8 610 480	7 891 267	610 208	404 016	39 529 402

Zdroj: Vlastní zpracování dle Výroční zprávy za rok 2012

Při pohledu na struktur nákladů hospice Citadela lze vidět, že nejvýraznější položku tvoří personální náklady (tedy platy/mzdy zaměstnanců a s tím související odvody). Pro zajištění plynulého provozu bylo zaměstnáno celkem 86,87 lidí, v průměrných přepočtených stavech. Tato položka tvoří více jak 60 % celkových nákladů organizace.

Mezi mzdové náklady patří i prostředky na vzdělávání a další rozvoj pracovníků hospice. Vedení hospice považuje celoživotní vzdělávání za proces, díky kterému se může zaměstnanec přizpůsobit všem potřebám své práce. Proto jsou na tuto oblast pravidelně vydávány finanční prostředky. Zaměstnanci mají možnost nové znalosti a dovednosti nejen uplatňovat v průběhu své práce, ale také si je postupně prohlubovat a zdokonalovat.

6 ŘÍZENÍ LÉČIV A ZDRAVOTNICKÉHO MATERIÁLU

Diakonie ČCE – Hospic Citadela je organizace poskytující řadu služeb. Všechny služby mají ale něco společného. Snaží se poskytnout a zajistit potřebnou péči všem svým klientům, kteří z nejrůznějších důvodů nemohou zůstat v domácím prostředí a potřebují pomoc při zajišťování všech svých životních potřeb.

Služby poskytované v Domě sociálních služeb patří mezi služby poskytované typicky sociální služby. Hospic jako takový je provozován jako zdravotnické zařízení. Jenže v rámci tohoto zařízení jsou poskytovány služby nejen zdravotní, ale zároveň sociálně-zdravotní a sociální služby. Díky tomu se zdá, že se nejedná přímo ani o zdravotnické zařízení, ani sociální. Toto členění sebou taky přináší specifické problémy při řízení a financování jednotlivých služeb tohoto zařízení.

Poskytované služby ve zdravotnickém režimu zahrnují služby jako podání léku, starání se o rány – tedy služby, které jsou poskytovány i v klasických nemocnicích. Hospice poskytují i sociální služby, jež zahrnují činnosti, pomocí kterých se snaží klientům zajistit duševní pohodu, volnočasové aktivity a spirituální potřeby.

Na oddělení paliativní péče se nesoustředí na léčbu nemoci, ale na zmírnění a učiněním zbytku života klienta co nekvalitnějším. Toto poslání také ovlivňuje to, které druhy léčiv jsou spotřebovávány v této organizaci. Pro samotné přijetí do hospicové péče je nutné vyhovovat třem podmínkám:

1. Nemoc ohrožuje pacienta bezprostředně na životě
2. Není možné již využít jiné možnosti léčby vedoucí k vyléčení
3. Domácí péče není možná či postačující

Oddělení paliativní péče je také ta část organizace, kde dochází ke spotřebě většího množství všech léčivých přípravků hospice. Je to očekávané. Nejen, že na tomto oddělení je nejvíce klientů využívajících služby hospice. Na oddělení se nacházejí klienti, kteří jsou zpravidla v terminální fázi onemocnění a vyžadují intenzivní medikamentózní péči. Snahou je, aby tato fáze života byla pro ně co nejvíce „příjemná“, aby zbytečně netrpěli.

Kromě oddělení paliativní péče jsou léky a zdravotnický materiál spotřebovávány i na odděleních Domu sociálních služeb – tedy oddělení domov pro seniory a domov se zvláštním režimem. Spotřeba na těchto odděleních je ale oproti oddělení paliativní péče menší. Jenom okolo 12 % léků a zdravotnického materiálu je spotřebováno těmito odděleními.

6.1 Spotřeba léčiv

Nejčastější projevy nemoci, se kterými se zde dá setkat, jsou bolest, zvracení, dušnost a krvácení. Tyto symptomy provázejí klienta v poslední fázi onemocnění. Základním úkolem tady už není vyléčit samotnou příčinu, ale snažit se zvládnout, odstranit či alespoň omezit projevy daného onemocnění.

V momentě, kdy fyzická stránka léčení je už uvedena na snesitelnou míru, přijde na řadu další část péče. V té už se přechází na stránku psychickou, sociální a spirituální. Při všech stránkách léčby není pacient sám, má kolem sebe své blízké a tým pracovníků hospice.

Proto je celkem očekávané, že nejčastěji využívané prostředky v paliativní medicíně jsou opioidy, antipsychotika, antidepresiva, anxiolytika, hypnotika, antikonvulziva, antiemetika a kortikoidy. U všech léčiv je potřeba znát jejich farmakologické vlastnosti tak, aby mohlo být správně využito jejich hlavních farmakodynamických účinků, eliminovat všechny negativní vlivy, ale popřípadě využít také jejich "vedlejších" účinků pozitivně.

V rámci léčení je v hospici využívána široká škála nejrůznějších přípravků. Tyto léky mají různou lékovou formou, jedná se např. tablety (a to různé typy tablet), tobolky, injekce, masti, čípky, roztoky, ve formě náplastí a řada dalších. Ta samá účinná látka může být podávána v různých lékových formách.

V roce 2013 se v Hospici Citadela byly vydány do spotřeby y léky v celkové hodnotě 267 511,62 Kč, kdy v měrných jednotkách se jednalo o 2 835 různých balení léků. Jednalo se o širokou skladbu léčivých přípravků, kdy mezi ty nejčastěji využívané přípravky patří ty následující:

1. Morphin biotika (jedná se o lék sloužící k léčbě silné akutní bolesti, například po těžkých úrazech, k léčbě nádorových onemocnění atd.)
2. Chlorid sodný (roztok chloridu sodného ve vodě - používá se jako fyziologický roztok určený k infuzní terapii či jako nosný roztok k podávání jiných elektrolytů nebo léčivých přípravků)
3. Algifen Neo (přípravek, jež obsahuje složku metamizol s bolest tlumícím účinkem a potofenon, jež ovlivňuje křeče hladkého svalstva)
4. Novalgin (lék zmírňující bolest, kromě toho také zmírňuje křeče a působí proti hořečce)

5. Torecal (lék používaný k léčbě a prevenci zvracení, jež doprovází různá onemocnění, a také u různých forem závratí)
6. Tramal (je to centrálně působící lék proti bolesti, který působí na zvláštní nervové buňky v páteřní míše a v mozku)
7. Haloperidol-Richter (tento přípravek se používá u onemocnění ovlivňujících způsob myšlení, při poruchách chování a myšlení, zklidňuje a tlumí agresivitu).

Celková skladba léčiv využívaných v Hospici Citadela odpovídá tomu, co lze v organizaci tohoto typu očekávat. Při pohledu na výčet přípravků výše lze vyčíst to, že jsou zde využívány zejména léčiva pro oblast paliativní medicíny – s převahou léků proti bolesti. Těmi nejvíce využívanými skupinami léčiv se budu podrobněji zabývat dále.

Před samotným nástupem do hospicové péče je nutné od pacienta získat tzv. „informovaný souhlas“. Jedná se o dokument, ve kterém je seznámen s tím, že bude hospitalizován v hospici. Tedy aby věděl, že jeho nemoc zde už nebude léčena, bude mu poskytnuta maximálně možná péče, aby netrpěl bolestí a necítil se zde osamocen, a také že zde může zemřít.

6.1.1 Léky učené ke zmírnění bolesti

Bolest. S určitou formou bolesti se setkal asi každý z nás. Pokud se už u člověka projeví, výrazně ovlivňuje jeho náladu a pohodu. Čím větší je, tím horší tyto projevy jsou. Při bolesti člověk ztrácí radost ze života a také motivaci k životu i ke spolupráci při další léčbě. Neléčená bolest také značně ovlivňuje možnost pohybu a z pacienta se stává ležící pacient. Bolest vede ke vzniku nechutenství, poruchám příjmu potravy a správné výživy. Pacient s bolestí se tak postupně velmi často dostává do sociální izolace.

Dlouhodobá bolest sebou přináší povětšinou výrazný psychologický dopad na nemocného, zároveň i na pečujícího. Pohled na blízkého člověka, který trpí bolestí, a neschopnost mu pomoci bývají tím důvodem, který stojí za rozhodnutím odvést blízkého zpět do nemocničního zařízení či do hospicového zařízení. Člověk je v depresi, pln beznaděje.

Léky určené na boj s bolestí patří do kategorie léků, jež jsou využívaných v hospici velmi často. Dle Světové zdravotnické organizace se využívaná analgetika člení do tří stupňů, jež se člení dle následujících kritérií.

1. stupeň

Pro první stupeň, jenž se vyznačuje mírnou, až středně silnou bolestí jsou určeny léky, jsou určeny léky označující se jako “nesteroidní analgetika”. Do této kategorie patří např. všem dobře známy ibuprofen, nebo dále diclofenac, indomethacin, atd. Avšak k léčbě této bolesti lze použít i paracetamol (Paralen), nebo kyselinu acetylsalicylovou (Aspirin, Acylpyrin). Jednotlivé léky z této kategorie není vhodné navzájem kombinovat mezi sebou. Pokud tyto léky nezabírají, přichází na řadu další skupina léčiv.

2. stupeň

Při silnějších bolestech lze léky z předchozí skupiny spojit s dalším stupněm léčiv pro silné a kruté bolesti. Tyto prostředky patří do skupiny “slabých opioidů”. Název této skupiny je odvozen od opia, a to pro jejich podobnost účinku s opiem. To je přírodní alkaloidum, jež se získává z nezralých makovic. Dříve se tyto léky nazývaly opiáty. Mezi hlavní představitelé této skupiny patří přípravky tramadol a kodein.

3. stupeň

Poslední skupinu léčiv, jež je určena k boji proti nejsilnějším, nesnesitelným bolestem, tvoří tzv. “silné opioidy”. Základním lékem této skupiny přípravků je morfin. Tyto léky se nevyužívají jen samostatně, zpravidla se k těmto lékům užívají i léky z některé z předchozích, nižších skupin, anebo léky pomocné.

I v rámci Hospice Citadela jsou využívány všechny tři stupně léků proti bolesti. Před samotným aplikováním jakéhokoliv léku je první provedena analýza bolesti daného pacienta. Nejdůležitější otázkou zde je, jak velkou bolestí pacienta trpí. Míra bolesti nemusí být v průběhu dne konstantní, může se měnit. Na základě zhodnocení konkrétní situace pacienta lékař určí, jaký léčivý přípravek či přípravky jsou pro pacienta nejvhodnější.

Adekvátní léčba bolesti např. u onkologicky nemocných v terminální fázi nemoci umožní klientům to, že mají možnost prožít poslední dny života v relativním pohodlí, bez nesnesitelných bolestí. Pacienti v preterminální či terminální fázi nemoci mohou při podávání dostatečných dávek opioidů dožít své poslední dny v klidu, důstojnosti a bez zbytečné bolesti. To umožňuje to, že klient není imobilní, odkázaný pouze na péči ošetrovatelského personálu či rodinných příslušníků. Tím do posledních chvil zcela zachována lidská důstojnost. To mu mimo jiné umožníme podáváním vysokých dávek opioidů, za jejichž pomoci je bolest mnohdy zcela zvládnuta. (Olivíková, © 2010)

6.1.2 Léčba duševních potíží

Pokročilá stadia některých onemocnění bývají pravidelně doprovázena závažnými psychickými potíží. V rámci samotného onemocnění může dojít k postižení mozku a rozvoji nejrůznějších poruch. Projevuje se zde také samotný strach ze smrti a umírání, což může vést k rozvoji duševních poruch.

Pacienti si mohou uvědomovat postupné zhoršování svého zdravotního stavu, což se může projevit depresivním laděním, úzkostí, sklon k pláči. Ale taky mohou nastat až stavy, kdy u pacienta nastane naprostá psychická rezignace, intenzivně prožívá beznaděj až zoufalství, které nepochybně usnadňuje vstup smrti fyzické. Na základě pohovů s lékařem (psychiatrem) je poté na místě předepsání antidepresiv.

Těžká deliria, tenze, agitovanost, bludy a halucinace nemocných v závěru života jsou však často považovány za nezbytný doprovod umírání. V důsledku toho nebývají adekvátně léčeny. Tyto stavy – „smrtné zápasy“ – umírajících tak dál živí mýty o nevyhnutelných dramatech v závěru života.

6.1.3 Problémy se spánkem

V závěrečné fázi pacienti často tráví více času spánkem. Těžce nemocní a zejména umírající, obvykle spí víc, než bdí. Někdy může nemocný navenek vypadat, jak by stále jen spal, ale on přitom vnitřně zpracovává řadu důležitých věcí. Přesto se u některých pacientů mohou vyskytnout problémy se spánkem. Mezi příčiny nespavosti mohou být psychologické faktory, jako jsou stres, úzkost nebo trauma. Další příčinou mohou být také tělesné faktory, např. bolest nebo nespavost způsobená podáváním léků.

Nejčastěji jde o potíže s usínáním a zejména časté probouzení během noci. K ovlivnění toho jsou využívány především hypnotika. Podávají se tehdy, kdy je potřeba navodit kvalitnější spánek. Jsou vhodné spíše ke krátkodobému užívání. Kromě navození spánku mohou mít další účinky jako je utlumení úzkosti a uvolnění svalstva.

6.1.4 Léky proti zvracení

Zaživací potíže všichni dobře známe. Asi všichni měli tu možnost a některý z těchto problémů se u nich vyskytnul. Projevují se nevolností, pocitem na zvracení, nepříjemnými pocity nebo bolestmi v břiše, nadýmáním, nechutenstvím, hubnutím.

Antiemetika jsou léky, které vedou k potlačení pocitu na zvracení a zvracení. Zvracení a nucení na ně může mít celou řadu příčin. Mezi příčiny může patřit např. podávání některých léků, ozařování při protinádorové léčbě atd.

Je obtížné uvést ucelený přehled všech léků používaných v této skupině – a to jak obecně, tak konkrétně v rámci hospice. Většina z těchto léků má relativně široké účinky a efekt potlačení zvracení je mnohdy vedlejší.

6.1.5 Zácpa a inkontinence

Mezi problémy, jež se u těžce nemocných vyskytují, jsou zácpa a inkontinence (samovolný, nekontrolovatelný únik moče a stolice). Zácpa může vést ke vzniku dalších obtíží (např. také stres). Užívá-li léky, jejichž nežádoucím účinkem je vznik zácpy, již od začátku jejich předepsání je nutné zvážit současné užívání projímadel. Příčinou zácpy mohou být také psychické zábrany spojené s vyprazdňováním se na lůžku (v případě imobilních pacientů).

Trpí-li nemocný inkontinencí, je nutné u něj dodržovat dostatečnou péči o čistotu. Inkontinence představuje rizikový faktor pro vznik dekubitů (proleženin) a intertriga (oprúzenin). V tomto případě jsou nemocnému poskytovány pomůcky pro inkontinentní pacienty (např. vložky, pleny). Inkontinence je nepříjemnou komplikací, která může být nemocným vnímána velice citlivě.

6.1.6 Onemocnění srdce

Dalším skupinou léků často využívaným v rámci hospice jsou léky na léčbu srdečních nemocí. Onemocnění srdce se řadí mezi častá onemocnění a bývají nejčastější příčinou smrti ve vyspělých zemích. Vzhledem k jedinečné funkci, které srdce v organismu zastává, je většina jeho onemocnění vážná a neléčena mohou mít vážné zdravotní následky s výrazně sníženou kvalitou života, případně mohou končit úmrtím.

Mezi časté problémy patří vysoký krevní tlak. Podle České společnosti pro hypertenzi má v České republice vysoký krevní tlak každý třetí dospělý (celkem asi dva miliony lidí), hypertenze je nejčastější příčinou onemocnění kardiovaskulárního systému. Dalším docela častým problémem jsou poruchy srdečního rytmu, tedy arytmie. Jedná se o závažný problém, který vyžaduje včasnou léčbu.

6.1.7 Výživa

Dalším bodem, kterým bych se zabývala, je výživa pacientů. To může být složité. Malnutrice (neboli nedostatečná výživa) postihuje řadu pacientů v pokročilém stadiu onemocnění. Příjem stravy by pacientovi měl přinášet pohodu a potěšení.

Ten, kdo se stará o perorální výživu, musí uklidňovat a naslouchat, aby znal měnící se přání nemocného, zejména v závěrečné fázi. Jídlo má svou symbolickou hodnotu. Pečující musí umět vysvětlit a objasnit rodině klesající význam výživy na konci života.

Příjem stravy při velmi pokročilém onemocnění mnohdy způsobuje nevolnost, což může být závažnou komplikací. Pacienti v ní někdy pokračují jen proto, aby uklidnili své blízké. Kromě běžné stravy je pacientům v paliativní péči také podávána strava, tedy tzv. umělá výživa. Ta může mít formu doplňků k perorálnímu užití, přípravků k podání do výživové sondy nebo roztoků k nitrožilnímu podání.

Výživa může být zatěžující a neprospěšná pro pacienta v terminálním stavu, kdy zároveň dochází k selhávání životních funkcí. Pokud však využití umělé výživy může přispět k delšímu přežití, spolu s dobrou kvalitou života, je jistě vhodné ji zvážit. Toto rozhodnutí o omezení či ukončení umělé výživy však nesmí vést k pocitu hladu a žízně.

V konečné fázi nemoci je také důležitá dobrá péče o dutinu ústní. U nemocných např. s nádorovým onemocněním (jež jsou po chemoterapii či dalších léčebných postupech), se často objevují v dutině ústní záněty. Existuje řada léků, které dovedou pomoci od těchto obtíží a tak v rámci hospice jsou využívány. Nemoci v dutině ústní mohou totiž ovlivnit už tak komplikovaných příjem potravin. Strava by také měla být přizpůsobena tomuto typu problému, měla by být lehce stravitelná a neměla by být zbytečně kořeněná.

6.2 Zdravotnický materiál

Důležitým prvkem v jakémkoliv zdravotnickém zařízení jsou také zdravotnické prostředky. Zdravotnické prostředky v sobě zahrnují široký sortiment nejrůznějších výrobků využívaných ve zdravotnictví. Jedná se např. o diagnostická zařízení, obvazový materiál, ortézy, inkontinenční pomůcky. Přesná definice toho, co je to zdravotnický prostředek, je v zákoně č. 123/2000 Sb.

Co se týče zdravotnického materiálu, tak pro ten není přesně zavedena klasifikace, jako je tomu u léčiv. Zdravotnický materiál je využíván při běžném chodu oddělení. Aplikování léčivých přípravků není pokaždé stejné. Ne všechny prostředky lze aplikovat ve formě

tabletky. Proto je potřeba využívat i další zdravotnický materiál. Spotřební zdravotnický materiál je obsahově neobyčejně široký a jen základní výčet jednotlivých skupin výrobků je velmi rozsáhlý.

Zahrnuje sterilizační obaly, infuzní a transfuzní techniku, spojovací hadičky, cévky, katetry, sondy. Významnou část tvoří prodej injekční techniky, chirurgických jehel a šití. Na širí produktů je nejbohatší skupina obvazového materiálu a náplastí. Patří sem i jednorázové roušky, operační sušení a operační oblečení včetně ochranných pomůcek a užívání jednorázového materiálu neustále stoupá.

6.3 Zdravotnický personál

Jak už bylo zmíněno výše, Diakonie ČCE – hospic Citadela je organizace poskytující řadu služeb. V rámci těchto služeb se snaží, aby život klienta zde byl co nejlepší. O klienty se zde stará vyškolený personál, mezi který zahrnuje řadu pracovníků. V hospici je multidisciplinární tým. Jednotlivé specifické znalosti a dovednosti jsou nezbytné pro každou profesy vykonávanou v hospici.

Významnou skupinu pracovníků zde tvoří zdravotničtí pracovníky. Práce v oblasti paliativní medicíny je náročná a nemůže ji vykonávat každý. Člověk se musí smířit s tím, že lidé, o které pečují, umírají a není jim už možné pomoci. I osoby vzdělané se mohou dostat do situace, kdy to nezvládají. Snaží se s touto nemocí bojovat, zkoušejí nové léky a doufají v to, že se situace zlepší. Pokud se to nepovede, přijde na řadu smutek.

V zařízeních sociální péče (nejčastěji v pobytových zařízeních pro seniory) je lékařská péče většinou zajišťována praktickými lékaři. Kvalita lékařské a ošetrovatelské péče a komplexní psychologické a sociální péče v situaci, kdy pacienti-klienti vstupují do závěru života, je velmi kolísavá a mezi jednotlivými zařízeními existují velké rozdíly. V hospici je ale kladen důraz na to, aby veškerý personál měl dostatečné vzdělání na to, aby mohl poskytovat tu nejlepší péči svým klientům.

6.4 Dodávky léčiv

Při péči o klienty hospice je nutné zajistit pravidelné a dostatečné dodávky léčiv, pro zabezpečení kvalitní zdravotní péče. Pokud by tomu tak nebylo, pacienti by se mohly dostat do těžké situace.

Hospic Citadela již dlouhodobě spolupracuje s jedním dodavatel léčiv a zdravotnického materiálu. Při rozhovoru s bývalým ředitelem Hospice Citadela jsem se zeptala i na otázky týkající se právě toho. Zajímalo mě, jak je to s dodavatelem a jestli dostává i nabídky od dalších firem. Běžnou praxí je, že firmy zabývající se distribucí kontaktují hospic a nabízejí své služby. U každé nabídky je zhodnocena řada faktorů. Jedná se třeba o spolehlivost při dodávkách. Ale nejdůležitější roli při tom hraje nákladová stránka. Při předvedení potenciální nabídky a přepočítání všech nákladů, se ukáže, zda daná nabídka je pro hospic výhodnější či ne.

Současným dodavatel léčiv a dalšího zdravotnického materiálu je firma Martek Medical, a. s. Cena, za kterou jsou tyto služby poskytovány, je zvýhodněná díky množstevní slevě. Smlouva s touto firmou není pouze pro hospic Citadela, ale pro celou Diakonii ČCE. Díky tomu je na dodávky léčiv uplatňována množstevní sleva.

Samotné dodávky jsou zajištěny přes nemocniční lékárnu Nemocnice ve Valašském Meziříčí. Dodávky léků a zdravotnického materiálu jsou zajištěny pravidelnými dodávkami, kdy v případě nutnosti jsou léky dodány v mimořádných dodávkách.

6.4.1 Firma Martek Medical, a. s.

Společnost Martek Medical a.s. byla založena v roce 1994 a hned od svého počátku se specializuje na distribuci zdravotnického materiálu do různých typů zdravotnických zařízení. V roce 2007 se stala součástí skupiny AGEL a.s. Tato skupina je největším provozovatelem sítě nestátních zdravotnických zařízení ve střední Evropě a firma Martek Medical a.s. se stala se jeho výhradním dodavatelem zdravotnického materiálu do všech jeho provozovaných zdravotnických zařízení.

S přispěním tohoto silného a stabilního vlastníka, rozsáhlé vlastní distribuční sítě pokrývající celé území ČR a vlastním vozovým parkem může Martek Medical a.s. nabízet svým zákazníkům kvalitní servis v distribuci. V nabídce má přes 35 tis. položek sortimentu zdravotnického materiálu, jež dodává do všech typů zdravotnických a sociálních zařízení v celé České republice (Martek Medical, © 2014)

7 NÁVRHOVÁ ČÁST

Důležitým úkolem manažera je ve zdravotnických a sociálních zařízeních snaha udržet či snížit náklady organizace. Tento problém se vzhledem k omezeným současným finančním zdrojům bude vyskytovat i a s vysokou pravděpodobností i v budoucnu. V budoucích letech se očekává, že v rámci demografického vývoje společnosti dojde ke snižujícím se počtu praceschopného obyvatelstva a naopak obyvatelstvo bude více a více stárnout.

Začnou se i více projevovat nedostatky zdrojů na financování sociální a zdravotní péče. Kromě toho také může dojít ke zpřísnění kritérií pro přiznávání příspěvku na péči, u důchodů nebude respektována ani míra inflace, dojde ke změnám v dotačních systémech, problémům při financování zdravotně ošetrovatelské péče ze strany zdravotních pojišťoven, absence odpovídající legislativy odrážející reálnou strukturu a výši finanční participace MPSV a MZ, zvýší se ekonomický tlak zřizovatelů příspěvkových organizací (např. obce a kraje), apod.

Jelikož se jedná o neziskové zdravotnické zařízení, primárním cílem zde tedy není dosáhnout zisk, ale snažit se nalézt dostatek prostředků na svůj provoz. I přes všechny snahy, náklady nelze všude snižovat do nekonečna. Jakékoliv snižování nákladů v konkrétních zařízeních musí být promyšlené a systematické. Nelze využít nepromyšlené strategie s cílem vytvořit pouze krátkodobé úspory, jelikož to může naopak vést v dlouhodobém časovém horizontu k negativnímu efektu, a tím vést k poškození image organizace, důvěry veřejnosti a narušit interpersonální vztahy.

Už v předchozích letech se hospice dostal do složité finanční situace. V roce 2011 se tak stalo díky finanční krizi, která postihla financování sektoru sociálních služeb. Ano, tyto prostředky se přímo netýkají léků a zdravotnického materiálu. Jenže nedostatek prostředků ovlivňuje organizaci jako takovou. Navíc si nikdo nemůže být jistý tím, že podobné situace nenastanou znovu.

V předcházejících částech práce jsem se již zabývala současnou situací v oblasti financování sociálních a zdravotních služeb. Otázka financí je velmi komplikovaná. Náklady na tyto služby se neustále zvyšují. Jenže množství peněz v rozpočtech je omezené. Řada organizací typu hospice Citadela neustále řeší, kde vzít prostředky na svou činnost. Do budoucna je asi jednou z možností, jak řešit tento problém, zaměřit se více na poskytování služeb přinášejících zisk. V zahraničí tento model už funguje, kdy státní rozpočet už neposkytuje dostatek prostředků pro financování těchto sociálních a zdravotních zařízení. Proto

možnosti, jak řešit problémy se zajišťováním prostředků, souvisí také s provozování výdělečných činností.

Co se týče zajištění a ušetření prostředků na provoz, jsou v současné době v rámci hospice Citadela využívány metody a přístupy, které se snaží snížit vynakládané finanční prostředky co nejvíce. Měla jsem možnost navštívit toto zařízení a pohovořit si zde na toto téma s bývalým ředitelem hospice Citadela. Prostředky na zajištění chodu celého zařízení jsou omezené, a tudíž šetření probíhá, kde se dá. Jelikož je hospic Citadela součástí celorepublikově působící Diakonie ČCE, využívá se v rámci zajišťování jejího provozu i možnosti množstevních slev.

Pro jakékoliv distributory není zajímavé, pokud je odběratel pouze jedna osoba či firma. Jenže pokud se jedná o větší organizaci typu Diakonie ČCE s řadou poboček a pracovníků, využití těchto možností je již větší. Může se zdát, že se jedná o maličkosti či pouze malé částky, ale ono se to postupně nasčítá. Pokud si vezmeme jenom takové náklady na telefony. Když si vezme do úvahy, kolik pracovníků má hospic Citadela a kolik z nich kvůli své práci využívá telefon, měsíční účty by mohly dosáhnout značných částek. A to byl pouze jeden příklad, na kterém se to dalo lehce ukázat, jelikož prakticky každý v současné době vlastní telefon a ví, jak takový účet za telefon může vypadat. Další možnosti, kde se dá využít těchto slev, je také využití bankovních služeb či dodávky energií.

Nebo právě při dodávkách léků a zdravotnického materiálu. Některé léky či pomůcky jsou hrazené plně z rozpočtů zdravotních pojišťoven. Jenže se nejedná o všechny druhy léků či zdravotnický materiál. U některých léků je tento doplatek větší, u některých menší. Zdravotní materiál se také může lišit v ceně. Díky tomu i výběr dodavatele tohoto druhu zboží má svůj význam – a to nejenom kvůli samotné ceně léků, ale třeba také kvůli nákladům vynaloženým na samotnou dopravu.

Na českém trhu působí řada firem zabývajících se právě distribucí léčiv a zdravotnického materiálu. Ty se neustále snaží získat nové odběratele. Obcházejí a oslovují jednotlivé organizace a nabízejí své služby. Jenže při uzavírání smluv je nutné být opatrný. Proč tomu tak je? Asi ve všech odvětví se vyskytují firmy, které nejednají úplně čestně a snaží se hlavně vydělat. Při dodávkách léčiv je obzvláště nutné, aby probíhaly bez problémů a spolehlivě. Přeci jen, záleží na tom lidský život. Zároveň se na jednotlivých dodávkách dají ušetřit nemalé prostředky.

Asi každá organizace by měla mít zpracované své vnitřní směrnice. Myslím si, že i pro tuto oblast je to důležité. V rámci těchto směrnic by mělo být upravené to, jak se bude postupovat při předepisování léků, jejich objednávání a následném skladování. Musí být stanovené, které prostředky a v jakém množství budou běžně na skladě. Přesné plánování může vést k úspoře prostředků. A zároveň se zabrání tomu, aby některé prostředky zbytečně „ležely“ někde nevyužité.

V předchozích částech jsem nastínila současné problémy jak v samotné organizaci, tak také problémy týkající se lékové politiky jako celku. Pokusím se navrhnout určité možnosti, které by mohli vést optimalizaci nákladovosti při spotřebě léků a dalšího zdravotnického materiálu. Už o pár řádků výše jsem uvedla, že současný systém financování není do budoucna plně udržitelný. Proto se pokusím navrhnout také možnosti, které mohou vést ke snížení nákladů na léčiva a zdravotnický materiál, a také mohou pomoci získat další finanční prostředky na další provoz zařízení.

7.1 Vzdělávání

Kontinuální vzdělávání pracovníků je nutné prakticky ve všech oborech. V průběhu let dochází k neustále vzniku nových postupů a technologií, které mohou vést k řadě zlepšení. V oblasti zdravotnictví je průběžné vzdělávání obzvláště nutné. Neustále se zde vyvíjejí nové přípravky, které pomáhají pacientům při léčbě jejich nemocí. Nebo se pomocí výzkumu zjistí, že daný lék má ještě jiný, důležitý účinek.

Problémem je, že nové léčivé přípravky mohou být výrazněji dražší. Přitom nemusí platit, že nový a dražší lék je lepší než ten starý a levnější. Proto, při řešení nákladů na léky má své místo i zdravotnický personál. A zejména lékaři, jelikož to jsou právě oni, kteří se předepisují jednotlivé léky pro pacienty. Jenže jednotliví lékaři mohou mít rozdílné názory na možnosti léčby, navrhnout různé léčiva. Díky proškolení zaměstnanců, týkající se možnosti léčby, je možné ušetřit za používané léky.

Je rozdíl, jestli se použije lék, který vyjde na cca 10 korun oproti druhému, který stojí cca 1 000 korun. V případě, kdy se lék použije pouze jednou, nemusí se ta částka zdát tak výrazná. Ale už v případě využití např. deseti jednotek, se jedná o celkový rozdíl v hodnotě 9 900 Kč. Vzhledem k množství, které se zde spotřebuje, tento rozdíl hraje svou roli.

Zde také může hrát roli to, o jaký typ léku se jedná. Na trhu se vyskytují léky originální a generické. Jaký je mezi nimi rozdíl? Generické přípravky jsou vlastně ekvivalenty origi-

nálních léčivých přípravků, které mohou přijít na trh po vypršení patentové ochrany originálního přípravku. Přitom i generika musejí odpovídat stejným kvalitativním standardům jako originální léky a zároveň splňovat stejné nároky na efektivitu a bezpečnost. Důvod, proč je využívat je jednoduchý. Cena těchto přípravků bývá mnohem nižší než u těch originálních. To přispívá k omezování nákladů na léky, jedná se tedy o cenově dostupnou a zároveň vysoce kvalitní alternativu

7.1.1 Vzdělávání veřejnosti

Když už jsem se dostala k otázce vzdělávání, ještě chvíli u ní zůstanu. Nejedná se přímo o věc, která souvisí s lékovou politikou, ale jedná se o jednu z možností vedoucí k zajištění finančních prostředků pro chod organizace. Mezi to patří poskytování různých komerčních vzdělávacích kurzů. Hospic Citadela má dobré podmínky k tomu, aby poskytoval vzdělávací kurzy nejen pro své pracovníky, ale také pro odbornou a laickou veřejnost. A to pro specifickou oblast paliativní medicíny, léčby bolesti, péče o chronicky nemocné.

Díky takovýmto činnostem je možné postupně změnit přístupy a postoje k těžce nemocným a umírajícím pacientům a k péči o ně. Už dříve jsem zmínila to, že častým problémem je v současnosti nedostatečná informovanost o službách v hospicích. Díky tomu se stává, že nemocní jsou nedostatečně ošetřováni v domácích podmínkách, či jsou dokonce v nemocnici a postupují lékařské postupy, které jsou již v jejich situaci zbytečné.

Přitom se s ní neseťkává pouze odborná veřejnost, ale zároveň i ta laická. Mohou sem patřit např. blízcí příbuzní a známí, kteří se starají či chtějí postarat o nemocné členy své rodiny. Nebo občané, kteří se o této chtějí dozvědět více o této problematice a tomto druhu péče. K tomu se dá využít systém nejrůznějších kurzů, seminářů, stáží a exkurzí. Ty mohou být připravené pro širokou veřejnost. A jaký byl cíl těchto služeb? Tím je zejména zvýšit celkovou informovanost společnosti v otázkách týkajících se tohoto druhu péče, umírání a důstojného konce života.

Jak zajistit prostředky na tyto služby? Jelikož by se jednalo o komerční služby, část prostředků na zajištění by tedy pocházela přímo od samotných účastníků těchto kurzů. Kromě toho by bylo možné využít podpory z veřejných rozpočtů, určenou na vzdělávání veřejnosti.

Tento druh vzdělávání má svůj význam. Závěrečná fáze lidského života se už nebude brát jako na něco, co zde sice je, ale nemluví se o tom. Zároveň se tím zlepší tato fáze života

člověka a také se budou více respektovat práva umírajících pacientů. V praxi se tedy dá očekávat, že se v horizontu příštích několika let může dojít ke snížení pacientů umírajících v anonymních prostředích nemocnic a do poslední chvíle podstupujících zbytečné invazivní metody léčby. Na základě všech informací se rodiny nemocných mohou lépe rozhodnout o tom, jak se postarat o své blízké v této závěrečné fázi života. Budou vědět, jaké možnosti tišení bolesti existují či kam se v případě problémů a dotazů obrátit.

7.2 Prodej zdravotnického materiálu a prostředků

Hospic Citadela v rámci svých služeb poskytuje služby týkající se zapůjčení nejrůznějších zdravotní a kompenzačních pomůcek, využívaných při péči o nemocné blízké. Péče o nemocné nevyžaduje pouze tento druh pomůcek, ale také další zdravotní pomůcky a materiál.

Jelikož hospic již poskytuje zapůjčení nejrůznějších zdravotnických pomůcek, prodej tohoto druhu zboží by mohl být poskytován v rámci již existující služby – tedy rozšíření již poskytovaných služeb.

To přináší možnost, která by mohla zajistit další prostředky do rozpočtu. Ty by mohly být využívány právě na zajištění prostředků potřebných na spotřebu vlastního zdravotnických prostředků a přístrojů potřebných k péči o klienty.

Zákazníky této služby by nemuseli být pouze staří lidé, ale může se jednat o lidi všech věkových kategorií, kteří potřebují koupit nebo vyzvednout (na základě předpisu vydaného lékařem) jakoukoliv zdravotnickou potřebu či pomůcku. A o jaké prostředky a pomůcky se jedná? Existuje totiž velké množství nejrůznějších pomůcek, může se jednat například o berle, hole, kompresivní punčocháče či ponožky, inkontinentní pleny a vložky, inhalátory, tlakoměry, pomůcky pro diabetiky, převazový materiál, nejrůznější bandáže a ortézy apod.

Tyto pomůcky lze volně koupit, tedy kupující hradí celou cenu dané věci. Možností je také vydání na základě lékařského poukazu. V tom případě je pomůcka hrazena pojišťovny, buď to celá, nebo její část. K tomu je samozřejmě nutné zajistit smlouvy se zdravotními pojišťovny – jednalo by se tedy o rozšíření stávajících smluv již uzavřenými se zdravotními pojišťovny. Co se týče zajištění dodávek zboží pro tuto službu, je možné využít stávající dodavatele zdravotnických potřeb.

Jako každá činnost, i tohle má své určité pozitivní i negativní stránky. Díky této činnosti by bylo možné získat další možné prostředky na chod organizace. Pro zajištění chodu této služby je také potřeba kvalifikovaného personálu, který se zde nachází. Na druhou stranu

je pravda, že je potřeba vyčlenit speciálně prostor, ve kterém by se tento druh služby provozoval a zajistit potřebné úpravy a vybavení potřebné pro chod bezproblémový chod dané prodejny. Nutné je také zajistit pracovníka, který by se o to staral - tedy určité mzdové náklady.

7.3 Domáci (mobilní) hospicová péče

Další možností, jak zlepšit nejen poskytované služby, ale také zefektivnit přímou spotřebu léků a zdravotnického materiálu je využívání možností poskytovaných v rámci mobilní (domácí) hospicové péče. Jedná se vlastně o rozšíření již poskytované služby hospice, tedy lůžkového oddělení paliativní péče. Domácí hospicová péče se dá zařadit mezi terénní služby, kdy se daná služba poskytuje přímo v domovech pacientů. Tím je jim umožněno důstojné odcházení přímo v jim známém prostředí.

Mezi cíle tohoto druhu péče patří zejména umožnění klientům této služby zůstat v prostředí jim blízkém spolu se svými nejbližším. Zároveň se pokusit zmírnit nežádoucí projevy nemoci a zároveň dopřát osobám poskytujících tuto péči nezbytný odpočinek. Podmínkou přijetí do péče v domácím hospicu je existence nevyléčitelné onemocnění v preterminálním či terminálním stadiu.

O nemocného se přitom musí starat minimálně jeden člen rodiny, který musí být schopen a ochoten převzít odpovědnost za kontinuální ošetrovatelskou péči. Péče poskytovaná týmem profesionálů zahrnuje kontrolu příznaků doprovázejících nevyléčitelnou nemoc, odbornou a psychickou podporu nemocným a jejich rodinám a to i po smrti pacienta. Tato služba je dostupná 7 dní v týdnu, 24 hodin denně

V rámci hospice Citadela se už v roce 2010 rozjela zkušební verze projektu, zabývající se tímto druhem služby. V první fázi byly tyto služby poskytnuty celkem třem klientům, v roce 2011 tyto služby využili další klienti. První fáze projektu byla financována z prostředků Zlínského kraje, spolu s dary a dalšími příspěvky. Tento druh služby se v té době rozjel ve spolupráci s Diakonií ČCE Valašské Meziříčí, která se zabývá také poskytováním služeb domácí péče. Další část projektu už pokrývaly prostředky z vlastních zdrojů.

Je dobře, že poskytování této služby už v minulosti začalo a bylo vyzkoušeno. Jenže by bylo dobré, kdyby se možnosti této služby v rámci hospice Citadela mohli více rozšířit. V současné době se na stránkách hospice Citadela totiž nevyskytují informace o tom, že je zde tento druh služby poskytován.

Problém se také týká otázky finančního zajištění tohoto druhu služby. Obecně se dá říct, že v současné době je hrazení domácí hospicové péče zdravotními pojišťovnami komplikované. Proto je pro zajištění této činnosti potřeba zajistit zdroje především z dotací, darů a příspěvků. Pro zlepšení této situace je nutné legislativní vymezení těchto služeb. Díky tomu by bylo možné získat lépe a jednodušeji prostředky z veřejných rozpočtů. Pro možnost a realizovatelnost těchto služeb jsou také nutné určité příspěvky od samotných klientů této služby a jejich příslušníků. Prostředky od klientů jsou např. na dostupnost péče lékaře a zdravotních sester 24 hodin denně, konzultace s lékařem, sociální poradenství, psychologickou péči a zajištění pomoci dobrovolníků.

A co je ještě potřeba pro tento druh služeb? Přesto, že klient může zůstat v domácím prostředí, místnost kolem něj stejně může působit jako taková malá nemocnice. K péči o pacienty je totiž potřeba řada potřeb. Tím se umožní to, aby mu bylo možno poskytnout ten typ služeb, kterých by se dočkal v rámci lůžkového zařízení. Zapůjčení potřeb potřebných pro domácí péči je možné přímo v rámci služeb poskytovanými hospicem. Ten za poplatek nabízí zapůjčení těchto pomůcek.

7.3.1 Zhodnocení této služby

Výhodami této služby je to, že umožňuje těžce nemocnému strávit poslední dny života doma, v obklopení svých blízkých. Uvádí se, že cca 80% všech lidí by si přálo zemřít mimo zdravotnické zařízení. Přesto, kolem 75 % všech úmrtí v těchto zařízeních nastává. Při zvážení tohoto druhu služby je nutné vycházet z doporučení lékaře a přání a potřeb pacienta i pečující rodiny. Předpokladem poskytování této služby je aktivní spolupráce rodiny nebo blízkých nemocného.

Jak už bylo zmíněno, o pacienty se v domácím prostředí starají speciálně vyškolené zdravotní sestry, a to podle potřeb i několikrát za den. Dochází zde ke kombinaci ošetrovatelské péče spolu s lékařskou pomocí v oblasti sociálně-právní, psychologické nebo duchovní. Sestry podílející se na zajištění této služby spolupracující s řadou dalších povolání.

Nabízí odbornou podporu rodině a blízkým, kteří o nemocného umírajícího pečují a procházejí těžkým životním obdobím. Pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka. V případě potřeby (zhoršení stavu či nemožnost dalšího zajištění v domácím prostředí) je možné zajistit převoz pacienta na oddělení paliativní péče. Což umožní přímá spolupráce kamenného a mobilního hospice.

Náklady, jež jsou vynaložené celkem na péči v lůžkovém zařízení či v rámci mobilní paliativní péče, jsou stále značně než provozování akutních lůžek. Péče v rámci hospicu stojí v průměru 2 500 Kč/den (lůžková péče), resp. 1 900 Kč/den (mobilní péče)³. V případě srovnání těchto nákladů s náklady vynaloženými na pacienta/den na akutním lůžku (společně s hospitalizací na JIPu a využitím dalších nákladných léčebných metod) lze dojít k tomu, že paliativní péče vyjde v úhrnu na daleko menší částku. A to při zachování nejvyšší kvality péče.

Přesto, že jsem zmínila řadu výhod a možností v rámci poskytování této služby, vyskytují se zde problémy při její realizaci. Nejvýraznějším problémem zde je chybějící absence systémového financování mobilní hospicové péče. Jedná se zejména o spolupráci se zdravotními pojišťovkami při hrazení péče kvalifikovaných sester a lékařů o nevléčitelně nemocné v jejich domácím prostředí. Kvůli tomu musejí pracovníci v mobilních hospicích zajistit kromě profesionální péče zdravotnického personálu i dostatek financí na jeho provoz.

Tato situace se do určité míry dá považovat za obdobu toho, jaká je situace při poskytování hospicové lůžkové péče. Přeci jen, i lůžkové hospice jsou do určité míry závislé na prostředcích z dotací, grantů či sbírek. Přesto, je zde zásadní rozdíl. A tím je právě systémové financování. Mobilní hospice nejsou dostatečně zakotvené v legislativě a díky tomu vystává problém při placení těchto služeb ze zdravotního pojištění.

³ Hodnota vychází ze zdrojů poskytnutým Hospicovým občanským sdružením Cesta domů, která má již dlouholeté zkušenosti s poskytováním mobilní hospicové péče (v dokumentu Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015)

Tab. 5: Současné financování hospiců (s hrubým průměrným procentuálním vyjádřením jednotlivých subjektů)

Forma paliativní péče	Zdravotní pojišťovny	Dotace, granty, dary	Příspěvky na péči	Sbírky	Úhrada pacienta
Léčebné zařízení hospicového typu	55 %	20 %	8 %	10 %	7 %
Mobilní hospic	Není upraveno zákonem	60 %	0 %	38 %	2 %

Zdroj: Strategie rozvoje paliativní medicíny v České republice na období 2011 - 2015

Často řešeným problémem je také otázka týkající se časového zajištění této služby, tedy pohotovosti po dvacet čtyři hodin denně, sedm dní v týdnu. Poskytování této služby se obecně bere jako potřebná. Jenže samotná realizace je však často možná jen díky obětavosti jedinců, a nikoli na základě standardních dlouhodobě udržitelným způsobům.

Dalším problémem a rizikem při poskytování tohoto druhu péče je to, že stále není dostatečná informovat veřejnosti. A to bez ohledu na to, jestli se jedná o veřejnost soukromou či odbornou. Již předchozí části práce jsem zmiňovala stereotypy zažitě s pojmem hospicová péče. U laické části populace se to dá celkem očekávat. Jenže problém se týká i informovanosti samotných praktických lékařů.

Ve světě jsou služby hospicové péče, bez ohledu na její typ, poskytovány daleko víc. V moderních a v rozvinutých zemích převažuje péče o těžce nemocné v jejich domácnosti. Je dostupnější, humánnější a levnější než pobyt pacientů v lůžkových zařízeních.

V České republice v současné době není moc zařízení, které by se tímto typem péče zabývali. Při poskytování péče v první fázi lidského života se řadí Česká republika mezi ty nejlepší země. Jenže při poskytování služeb paliativní péče je na tom v porovnání už hůře. A přitom se nejedná o méně významnou část lidského života. Narození a smrt jsou neodlučitelnou součástí lidského života.

ZÁVĚR

V posledních letech se stále více projevuje to, že populace postupně stárne. Jenže není to jenom samotné stárnutí. Postupně se zvyšuje průměrná délka života a to může do budoucna způsobit řadu problémů. S vyšším věkem se u člověka projevují nejrůznější zdravotní obtíže. Ty mohou být různě závažné. Člověk se o sebe může dlouho postarat sám či s pomocí svých blízkých. Jenže v určité fázi onemocnění se může dostavit situace, kdy to už možné není. Díky tomu se služby poskytované zařízením typu hospice Citadela stanou více a více vyhledávanými.

Klientům tohoto zařízení jsou poskytovány komplexní služby díky multidisciplinárnímu týmu zaměstnanců. Tento tým se stará jak o fyzické problémy způsobené onemocněním, tak o jejich duševní stav. Zdravotní péče je poskytována zejména na paliativním oddělení hospice. Klienti se na toto oddělení dostávají v závažném fyzickém stavu, způsobeným jejím onemocněním. Správný způsob léčby může klientům velmi pomoci, dokonce je schopen ovlivnit a zlepšit jejich zdravotní stav.

Nemocným nejsou poskytovány pouze služby ovlivňující jejich fyzický stav. Jedná se také o služby, které se starají o duševní stav. Tato pomoc může být pro pacienty stejně významná jako péče o jejich fyzické obtíže způsobené díky jejich onemocnění.

V této práci jsem se pokusila ukázat, že se jedná o komplexní problematiku. Není možné se podívat jenom na samotnou spotřebu léků a zdravotnického materiálu. V první části práce jsem se zaměřila na legislativní vymezení lékové politiky. Je obtížné ji přesně vymezit, jelikož nemá přesně stanovenou definici. Pokusila jsem se ukázat, že v rámci této oblasti se vyskytuje řada aktérů, významně se podílejících na ovlivnění tohoto sektoru.

Praktická část práce se dá rozdělit do dvou hlavních částí. První část se zabývala současnými problémy v oblasti sociálních služeb a zdravotní péče. Je to diskutované téma, které se potýká s řadou problémů. Zároveň jsem si potvrdila, že mezi ten nejvýznamnější patří problematika financování. Tedy otázka, kterou se pokusilo vyřešit už velké množství aktérů působících ve veřejném sektoru.

Poté jsem se přesunula ke konkrétní organizaci, která se zabývá poskytováním jak sociálních služeb, tak poskytováním služeb zdravotních. Zde jsem se zabývala samotnou organizací, služby jí poskytovanými a také otázkou financování. Zejména jsem se zabývala otázkou spotřeby léčiv a zdravotnického materiálu. Ověřila jsem si svoji domněnku, že nejvíce

spotřebovaných léků tvoří ty proti bolesti. Je to způsobené tím, že nejvíce klientů hospice jsou ti v terminální fázi onemocnění, jež je doprovázeno těžkými stavy.

Konec práce je věnován části zvané návrhová část. Snažila jsem se ukázat možnosti, které by vedly k zefektivnění spotřeby léků a zdravotnického materiálu v hospici Citadela. Už teď jsou zde využívány možnosti, které vedou k co nejnižším nákladům. A to nejenom v rámci spotřeby léčiv, ale v celé organizaci. Proto je velmi náročné nalézt možnosti, které vedou ještě k efektivnější spotřebě.

V současné době je organizace z velké části závislá na prostředcích pocházejících z veřejných rozpočtů. Do budoucna bude asi důležité se zaměřit i na činnosti, díky kterým organizace nebude tolik závislá na prostředcích z těchto zdrojů. Proto by se měla zaměřit na činnosti, díky kterým získá více prostředků na svůj provoz.

Oblast zabývající se poskytováním tohoto druhu služeb je velmi důležitá. Obyvatelstvo stárne. Tento trend není jenom u nás, ale také v dalších státech světa. Stáří může být krásným životním obdobím díky tomu, že lidé mají prostor k realizaci věcí, které dříve nestihli. Jenže ne všichni se toho dočkají a mohou si ho takhle užívat. Někteří se bohužel dostanou do situace, kdy jsou nesamostatní a neschopní se o sebe postarat, a to z řady důvodů. Proto oblast poskytování zdravotních a sociálních služeb bude v budoucnu čím dál tím více významná a aktuální. A už teď je nutné se připravit na to, co v budoucích letech přijde.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ASOCIACEHOSPICU.CZ, © 2010. *Právní a finanční rámec pro hospice*. [online] 26. červenec 2010 [cit. 2014-04-24] Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/nase-projekty/pravni-ramec-pro-hospice/>
- [2] DOLANSKÝ, Hynek, 2008. *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*. 1 vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 133 s. ISBN 978-80-7248-482-9.
- [3] DIAKONIE ČCE – HOSPIC CITADELA, © 2014. *Dokumenty organizace*. [online] [cit. 2014-04-24] Dostupné z: <http://www.citadela.cz/stredisko-diakonie-xy/dokumenty-organizace/>
- [4] DIAKONIE ČCE – HOSPIC CITADELA, © 2014. *Naše služby*. [online] [cit. 2014-04-24] Dostupné z: <http://www.citadela.cz/nase-sluzby/>
- [5] DURDA, Lukáš, 2002. *Analýza procesu tvorby a realizace lékové politiky v České republice*. [online] [cit. 2013-11-28] Dostupné z: <http://www.ipvz.cz/download.aspx?item=1080&%E2%80%8E>
- [6] FIGUERAS, Josep a Martin MCKEE, 2012. *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being*. 1. vyd. Maidenhead: Open University Press, 304 s. ISBN 978-0-335-24430-0
- [7] GLADKIJ, Ivan a Ladislav STRNAD, 2002. *Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 111 s. ISBN 80-244-0500-8.
- [8] GLADKIJ, Ivan, 2003. *Management ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
- [9] GLIED, Sherry a Peter SMITH, 2011. *The Oxford handbook of health economics*. 1 vyd. Oxford: Oxford University Press, 967 s. ISBN 978-0-19-923882-8.
- [10] HOLČÍK, Jan, Pavlína KÁŇOVÁ a Lukáš PRUDIL, 2005. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 186 s. ISBN 80-7013-417-8.
- [11] MAAYTOVÁ, Alena, 2012. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 164 s. ISBN 978-80-7357-912-8.
- [12] MARTEK MEDICAL, © 2009 – 2014. *O společnosti*. [online] [cit. 2014-04-15] Dostupné z: <http://martekmedical.agel.cz/o-spolecnosti/>

- [13] MÁTL, Ondřej et al., 2008. *Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR: projekt Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR*. Vyd. 1. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 299 s. ISBN 978-80-85047-35-6.
- [14] MZČR, © 2010a. *Cenová regulace ceny* [online] [cit. 2013-11-26] Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/jak-se-regulují-ceny-leciv_2516_1.html
- [15] MZČR, © 2010b. *Úhradová regulace léčiv* [online] 2. únor 2012 [cit. 2013-11-27] Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/jak-se-regulují-uhrady-leciv_2517_1.html
- [16] O LÉCÍCH, © 2013a. *Kdo a jak stanovuje úhradu léku ze zdravotního pojištění?* [online] [cit. 2013-11-27] Dostupné z: <http://www.olecich.cz/encyklopedie/kdo-stanovuje-uhradu-leku>
- [17] O LÉCÍCH, © 2013b. *Je povolena reklama na léky?* [online] [cit. 2013-11-28] Dostupné z: <http://www.olecich.cz/encyklopedie/je-povolena-reklama-na-leky>
- [18] O LÉCÍCH, © 2013c. *Kdo stanovuje maximální cenu výrobce u hrazeného léku?* [online] [cit. 2013-11-27] Dostupné z: <http://www.olecich.cz/encyklopedie/kdo-stanovuje-cenu-leku>
- [19] OLIVÍKOVÁ, Leona © 2010. *Léčba bolesti u hospicových klientů*. [online] [cit. 2014-4-22] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/lecba-bolesti-u-hospicovych-klientu-453244>
- [20] PROKEŠ, Michal, 2010. *Léková politika pro každého* [online] 19. dubna. 2010 [cit. 2013-11-27] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/lekova-politika-pro-kazdeho-451191>
- [21] PROKEŠ, Michal, 2011. *Lékové regulace v Evropě v čase krize* [online] 20. prosince 2011 [cit. 2013-11-20] Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/25216-lekove-regulace-v-evrope-v-case-krize>
- [22] Sagit, © 1996-2013. *Anotace, zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách*. [online] [cit. 2013-11-30] Dostupné z: http://www.sagit.cz/pages/zpravodajtxtanot.asp?cd=76&typ=r&zdroj=../_anotace/sb11372a
- [23] Sagit, © 1996-2013. *Pojistné na veřejné zdravotní pojištění*. [online] [cit. 2013-11-29] Dostupné z: http://www.sagit.cz/pages/lexikonheslatxt.asp?cd=74&typ=r&levelid=da_308.htm
- [24] SLAVÍK, Jan, © 2011. *Nebojme se reformy* [online] [cit. 2013-11-28] Dostupné z: <http://reforma.dent.cz/?dil/1/3>

- [25] ŠATERA, Karel, 2012. *Zdravotní pojištění a ekonomika*. Vyd. 2., upr. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 125 s. ISBN 978-80-7454-135-3.
- [26] SÚKL, © 2010. *Historie a současnost* [online] [cit. 2013-11-27] Dostupné z: <http://www.sukl.cz/sukl/historie-a-soucasnost>
- [27] TAJFL, Martin, 2012. *Zdravotní politika státu? Žádná není*. [online] 7. listopad 2012 [cit. 2013-11-30] Dostupné z: <http://www.zdravecesko.org/system/zdravotni-politika-statu-zadna-neni>
- [28] TLUSTÁ, Eva, Veronika VOKATÁ, Jiří VLČEK, © 2009. *Léková politika – výzva současnosti, nástroj budoucnosti* [online] 17. duben 2007 [cit. 2013-11-28] Dostupné z: <http://www.remédia.cz/Okruhy-temat/Management-v-medicine/Lekova-politika-vyzva-soucasnosti-nastroj-budoucnosti/8-1b-il.magarticle.aspx>
- [29] URBÁNEK, Karel, 1999. *Význam lékové politiky pro řízení velkých nemocnic*. Škola veřejného zdravotnictví IPVZ Praha. [online] [cit. 2013-11-29] Dostupné z: www.apra.ipvz.cz/download.asp?docid=117
- [30] ÚZIS ČR, © 2010-2013. *Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2012*. [online] [cit. 2013-11-29] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/ekonomika-financni-analyzy/zdravotni-pojistovny>
- [31] WHO, © 1988. *How to develop and implement a national drug policy* [online] [cit. 2013-11-26] Dostupné z: <http://archives.who.int/tbs/ndp/s2283e.pdf>
- [32] WHO, © 2011. *Palliative care for older people: better practices* [online] [cit. 2013-11-26] Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/publications/2011/palliative-care-for-older-people-better-practices>
- [33] Zákon č. 526/1990 Sb., o cenách
- [34] Zákon č. 265/1991 Sb., o působnosti orgánů České republiky
- [35] Zákon č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy
- [36] Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
- [37] Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech
- [38] Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AV ČR	Akademie věd České republiky
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
PZLÚ	Potraviny pro zvláštní lékařské účely
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
ÚNZ	Ústavy národního zdraví
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHO	Světová zdravotní organizace (World Health Organization)

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Struktura nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči za rok 2012.....	34
Graf 2: Problémy ve zdravotnictví.....	41
Graf 3: Struktura lůžkového fondu	46
Graf 4: Profesní zastoupení zaměstnanců	48
Graf 5: Počty klientů na jednotlivých lůžkách od roku 2008	50
Graf 6: Počet hospitalizovaných a počet zemřelých na oddělení paliativní péče v letech 2008 až 2010	51

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Vztah pacient, lékař a farmacie	26
Obrázek 2: Faktory ovlivňující spotřebu léčiv	36

SEZNAM TABULEK

Tab. 1: Stanovení maximální obchodní přírážky na léčiva	30
Tab. 2: Výkaz zisků a ztrát za rok 2012 (výnosy) - zjednodušená verze	53
Tab. 3: Výkaz zisků a ztrát za rok 2012 (náklady) - zjednodušená verze	55
Tab. 4: Výkaz zisků a ztrát za rok 2012 (náklady) - zjednodušená verze	56
Tab. 5: Současné financování hospiců (s hrubým průměrným procentuálním vyjádřením jednotlivých subjektů)	75

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Ceník poskytovaných služeb Diakonie ČCE – hospic Citadela

Příloha P II: Spotřeba léčiv (ukázka)

PŘÍLOHA P I: CENÍK POSKYTOVANÝCH SLUŽEB

Ceník služeb (platnost od 1. 7. 2013)

Specializovaná paliativní péče (hospicová péče)

Klient platí za jeden den pobytu: Za nezdravotní složku péče 220 Kč/denně

Za provedení a zajištění péče o vlastní osobu 120 Kč/hod., maximálně do výše přiznaného příspěvku na péči.

Podle zákona 108/2006 Sb. je výše příspěvku na péči stanovena stupněm závislosti člověka na pomoci jiné osoby, to znamená 800 Kč, 4 000 Kč, 8 000 Kč nebo 12 000 Kč měsíčně.

Sociální služby - Domov se zvláštním režimem a Domov pro seniory

Klient platí za jeden den pobytu:

Za celodenní stravu 150 Kč

Ubytování na dvoulůžkovém pokoji 170 Kč

Ubytování na jednolůžkovém pokoji 200 Kč

Příspěvek na péči v přiznané výši

Za ošetrovatelskou péči je vybírána úhrada ve výši přiznaného příspěvku na péči, to znamená 800 Kč, 4 000 Kč,

8 000 Kč nebo 12 000 Kč měsíčně.

Odlehčovací služby

Klient platí za jeden den pobytu:

Za celodenní stravu 150 Kč

Ubytování na dvoulůžkovém pokoji 170 Kč

Příspěvek na péči * Kč

Za ošetrovatelskou péči je vybírána úhrada dle rozsahu skutečně poskytnuté péče, maximálně do výše přiznaného příspěvku na péči, to znamená 800 Kč, 4 000 Kč, 8 000 Kč nebo 12 000 Kč měsíčně.

Úhrada za uvedené činnosti: 120 Kč/hod.

Základní činnosti při poskytování odlehčovacích služeb se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:

a) Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu

1. Pomoc a podpora při podávání jídla a pití
2. Pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek
3. Pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík
4. Pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším

prostoru

b) Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu

1. Pomoc při úkonech osobní hygieny
2. Pomoc při základní péči o vlasy a nehty
3. Pomoc při použití WC

c) Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím

1. Doprovázení na orgány veřejné moci, instituce poskytující veřejné služby a jiné navazující sociální služby a doprovázení zpět

2. Pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících další začleňování osob

d) Sociálně terapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob

e) Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

1. Pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů
2. Pomoc při vyřizování běžných záležitostí

f) Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti

1. Návčik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností

Úhrady za sociální služby jsou stanoveny vyhláškou č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, pro všechny poskytovatele sociálních služeb podle stejných pravidel.

V případě, že by klientovi po úhradě pobytu a stravy nezůstalo z jeho příjmů k dispozici alespoň 15% kapesného, je úhrada snížena a rozdíl může doplatit osoba blízká.

PŘÍLOHA P II: PŘEHLED LÉČIV (UKÁZKA)

Celkový obrat

Diakonie ČCE - hospic CITADELA

IČ: 73632783

1_CITADELA_2013

Nastavení výběru

Datum: od 1.1.2013 do 31.12.2013
 Druh pohybu:
 Střediska: Zakázky:
 Včetně podřízených Včetně podřízených Činnosti:
 Sklady: Léčiva Včetně podřízených

Číslo d.	Datum SP	Doklad	Popis položky	MJ	Příjem MJ	Výdej MJ	Příjem SC	Výdej SC	Výdej PC	Zisk
V6313000	03.01.2013	Výdejka 1	Entizol 250mg x 20tabl/bal	bal	0,0000	5,0000	0,00	172,60	0,00	0,00
V6313000	03.01.2013	Výdejka 1	Depakine chrono 500mg Secable 100tabl/bal	bal	0,0000	1,0000	0,00	465,69	0,00	0,00
V6313000	03.01.2013	Výdejka 1	Bromhexin 12 BC gtt 1x 30ml	ks	0,0000	5,0000	0,00	425,74	0,00	0,00
V6313000	08.01.2013	Výdejka 2	Normix 200mg x 12tabl/bal	bal	0,0000	2,0000	0,00	619,26	0,00	0,00
V6313000	08.01.2013	Výdejka 2	Novalgin 500 mg - 20 tab./bal	bal	0,0000	5,0000	0,00	453,90	0,00	0,00
V6313000	08.01.2013	Výdejka 2	Paralen 500mg x 24tabl/bal	bal	0,0000	10,0000	0,00	370,00	0,00	0,00
V6313000	08.01.2013	Výdejka 2	Torecan inj 6,5 mg/1ml - 5 amp./bal	bal	0,0000	10,0000	0,00	600,00	0,00	0,00
V6313000	08.01.2013	Výdejka 2	Tiapridal por 100mg - 50 tab./bal	bal	0,0000	5,0000	0,00	620,50	0,00	0,00
V6313000	08.01.2013	Výdejka 2	Novalgin injekce inj. sol 1gm/2ml - 10 amp./bal	bal	0,0000	5,0000	0,00	688,35	0,00	0,00
V6313000	08.01.2013	Výdejka 2	Haloperidol-richter GTT 1x10ml/20mg	ks	0,0000	5,0000	0,00	221,50	0,00	0,00
V6313000	08.01.2013	Výdejka 2	Tramal kapky - 10 ml /ks	ks	0,0000	5,0000	0,00	461,60	0,00	0,00
V6313000	08.01.2013	Výdejka 2	Algifen Neo 25ml	ks	0,0000	5,0000	0,00	296,15	0,00	0,00
V6313000	08.01.2013	Výdejka 2	Chlorid sodný 0,9% braun inf. - 100 ml	ks	0,0000	20,0000	0,00	400,00	0,00	0,00
V6313000	08.01.2013	Výdejka 2	Entizol 250mg x 20tabl/bal	bal	0,0000	2,0000	0,00	69,04	0,00	0,00
V6313000	08.01.2013	Výdejka 2	Haloperidol-richter 1,5mg - 50tab./bal	bal	0,0000	2,0000	0,00	98,40	0,00	0,00
V6313000	08.01.2013	Výdejka 2	Betadine lig 1x 1000ml/ks	ks	0,0000	1,0000	0,00	551,00	0,00	0,00
V6313000	16.01.2013	Výdejka 3	Octenisept 500ml	ks	0,0000	1,0000	0,00	367,00	0,00	0,00
V6313000	16.01.2013	Výdejka 4	Mucosolvan 60ml	ks	0,0000	3,0000	0,00	278,80	0,00	0,00
V6313000	16.01.2013	Výdejka 4	Rivodaron 200 mg x 30tabl	ks	0,0000	1,0000	0,00	137,55	0,00	0,00
V6313000	16.01.2013	Výdejka 4	Dexamed inj 8mg/2ml - 10 amp/bal	bal	0,0000	5,0000	0,00	409,05	0,00	0,00
V6313000	16.01.2013	Výdejka 4	Emzok 50mg x30 tab/bal	bal	0,0000	1,0000	0,00	40,27	0,00	0,00
V6313000	16.01.2013	Výdejka 4	Novalgin 500 mg - 20 tab./bal	bal	0,0000	5,0000	0,00	454,56	0,00	0,00
V6313000	16.01.2013	Výdejka 4	Gentamicin lek inj. 80mg/2ml - 10ampul/bal	bal	0,0000	5,0000	0,00	468,10	0,00	0,00
V6313000	16.01.2013	Výdejka 4	Hypnogen 10mg - 100tab/bal	bal	0,0000	2,0000	0,00	1 091,74	0,00	0,00
V6313000	18.01.2013	Výdejka 5	Verosipron tbl 25 mg - 100tab	ks	0,0000	2,0000	0,00	424,72	0,00	0,00
V6313000	18.01.2013	Výdejka 5	Coryol 6,25 PORTBLNOB 6,25mg x 30tabl/bal	bal	0,0000	2,0000	0,00	67,74	0,00	0,00
V6313000	18.01.2013	Výdejka 5	Duphalac por sir 1x 500ml -hdp	ks	0,0000	2,0000	0,00	358,00	0,00	0,00

Celkový obrat

Diakonie ČCE - hospic CITADELA

IČ: 73632783

1_CITADELA_2013

Číslo d.	Datum SP	Doklad	Popis položky	MJ	Příjem MJ	Výdej MJ	Příjem SC	Výdej SC	Výdej PC	Zisk
V6313000	18.01.2013	Výdejka 5	Reasec 2,5mg - 20tab/bal	bal	0,0000	2,0000	0,00	221,92	0,00	0,00
V6313000	22.01.2013	Výdejka 6	Aqua pro injectione Braun 10ml-A x 20/bal	bal	0,0000	2,0000	0,00	184,20	0,00	0,00
V6313000	22.01.2013	Výdejka 6	Tisercin inj.1ml/25mg x 10amp./bal	bal	0,0000	2,0000	0,00	161,42	0,00	0,00
V6313000	22.01.2013	Výdejka 6	Chlorid sodny 0,9% Braun 500ml-PE	ks	0,0000	10,0000	0,00	230,00	0,00	0,00
V6313000	22.01.2013	Výdejka 6	Betadine lig 1x 1000ml	ks	0,0000	2,0000	0,00	1 102,00	0,00	0,00
V6313000	22.01.2013	Výdejka 6	Novalgin 500 mg - 20 tab./bal	bal	0,0000	10,0000	0,00	910,00	0,00	0,00
V6313000	22.01.2013	Výdejka 6	MS Balsamum visnevski PIX LIQ 50G/balení	ks	0,0000	2,0000	0,00	123,68	0,00	0,00
V6313000	30.01.2013	Výdejka 7	Prestarium Neo 5Mg-90tab/bal	ks	0,0000	2,0000	0,00	768,48	0,00	0,00
V6313000	30.01.2013	Výdejka 7	Braunovidon mast 1x100gm-tuba	ks	0,0000	3,0000	0,00	445,68	0,00	0,00
V6313000	30.01.2013	Výdejka 7	Degen 10mg/2ml - 50 ampul/bal	bal	0,0000	2,0000	0,00	762,32	0,00	0,00
V6313000	30.01.2013	Výdejka 7	Suppositoria glycerini 2,35GM x 10	ks	0,0000	3,0000	0,00	237,00	0,00	0,00
V6313000	30.01.2013	Výdejka 7	Suppositoria glycerini 2,35GM x 10	ks	0,0000	3,0000	0,00	237,00	0,00	0,00
V6313000	30.01.2013	Výdejka 7	Algifen Neo 25ml	ks	0,0000	5,0000	0,00	306,80	0,00	0,00
V6313000	30.01.2013	Výdejka 7	Haloperidol-richter GTT 1x10ml/20mg	ks	0,0000	5,0000	0,00	229,35	0,00	0,00
V6313000	30.01.2013	Výdejka 7	Tramal 100mg/ml kapky 10ml/ks	ks	0,0000	5,0000	0,00	477,86	0,00	0,00
V6313000	30.01.2013	Výdejka 7	Nimesil 100mg -30 sáčků	ks	0,0000	2,0000	0,00	310,18	0,00	0,00
V6313000	01.02.2013	Výdejka 8	Suppositoria glycerini 2,35GM x 10	ks	0,0000	4,0000	0,00	316,00	0,00	0,00
V6313000	01.02.2013	Výdejka 8	Tramal kapky - 10 ml /ks	ks	0,0000	5,0000	0,00	478,04	0,00	0,00
V6313000	01.02.2013	Výdejka 8	KLacid 500mg-14tab/bal	ks	0,0000	2,0000	0,00	896,28	0,00	0,00
V6313000	01.02.2013	Výdejka 8	Algifen Neo 25ml	ks	0,0000	10,0000	0,00	613,60	0,00	0,00
V6313000	01.02.2013	Výdejka 8	Yal sol 10x 67,5ml	ks	0,0000	1,0000	0,00	905,94	0,00	0,00
V6313000	01.02.2013	Výdejka 8	Morphin biotika 1% inj 20mg/2ml - 10 amp./bal	bal	0,0000	100,0000	0,00	11 119,00	0,00	0,00
V6313000	07.02.2013	Výdejka 9	Frontin 0,5mg x 30 tab/bal	bal	0,0000	5,0000	0,00	294,30	0,00	0,00
V6313000	07.02.2013	Výdejka 9	Tramal inj.100mg/2ml -5ampul/bal	bal	0,0000	10,0000	0,00	1 005,70	0,00	0,00
V6313000	07.02.2013	Výdejka 9	Travatan 2,5ml/bal	bal	0,0000	1,0000	0,00	389,88	0,00	0,00
V6313000	07.02.2013	Výdejka 9	Cotrimoxazol AL Forte 960mg x 20tab/bal	bal	0,0000	3,0000	0,00	210,54	0,00	0,00
V6313000	07.02.2013	Výdejka 9	Fortecortin 4mg Dexamethasonum - 20 tab./bal	bal	0,0000	5,0000	0,00	2 000,90	0,00	0,00
V6313000	07.02.2013	Výdejka 9	Algifen Neo 25ml	ks	0,0000	5,0000	0,00	306,80	0,00	0,00
V6313000	07.02.2013	Výdejka 9	Novalgin injekce inj. sol 1gm/2ml - 10 amp./bal	bal	0,0000	10,0000	0,00	1 406,66	0,00	0,00
V6313000	07.02.2013	Výdejka 9	Tramal kapky - 10 ml /ks	ks	0,0000	10,0000	0,00	956,10	0,00	0,00
V6313000	07.02.2013	Výdejka 9	Novalgin 500 mg - 20 tab./bal	bal	0,0000	10,0000	0,00	910,00	0,00	0,00
V6313000	07.02.2013	Výdejka 9	Betoptic 5ml/bal	bal	0,0000	1,0000	0,00	111,67	0,00	0,00

Zpracováno informačním systémem Money S4

2/16

Vytiskl(a): Miriam Kramplová

12. března 2014