

# FINANČNÍ TOKY VE VEŘEJNÝCH A SOUKROMÝCH ROZPOČTECH V DLOUHODOBÉ PÉČI

Datum: listopad 2011

Verze: 2.3

Zadavatel: Aktivita č. 12

Kateřina Pavloková, Jan Kvaček, Tomáš Roubal, Táňa Dvornáková,  
Jakub Hrkal, Robert Goš

## Zpracovatelé

**Kateřina Pavloková** (1982) se specializuje na problematiku dlouhodobé udržitelnosti systémů zdravotnictví zejména v souvislosti se stárnutím obyvatelstva. Pracovala jako analytik na Ministerstvu zdravotnictví a byla členkou pracovního týmu projektu Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR. Spolupracovala také na dalších projektech z oblasti veřejných financí, a to například na Analýze legislativy, řízení a financování systému péče o ohrožené děti zadané MPSV. Dříve spolupracovala na projektu ČAP zkoumajícího možnosti zapojení komerčních pojišťoven do financování zdravotnictví v ČR. Je spoluautorkou publikace Health Systems in Transition – Czech Republic vydané European Observatory on Health Systems and Policies. Je studentkou doktorského studia Ekonomie na Fakultě Sociálních Věd Univerzity Karlovy v Praze, kde vystudovala i bakalářský a magisterský cyklus. Plynně mluví anglicky, francouzsky a italsky.

**Jan Kvaček** (1984) je absolventem Univerzity Karlovy v Praze, kde na Institutu ekonomických studií absolvoval studium ekonomických teorií. Zároveň je absolventem Přírodovědecké fakulty v oboru demografie. Věnuje se především oblastem veřejných financí a zdravotnictví. Od roku 2009 působí jako analytik na Ministerstvu zdravotnictví české republiky. V první polovině roku 2011 byl členem skupiny Národní ekonomické rady vlády pro zdravotnictví.

**Tomáš Roubal** (1981) se věnuje moderním metodám financování zdravotní péče a především tématu úhradových mechanismů nemocničního sektoru. Specializuje se na problematiku dlouhodobé udržitelnosti systému zdravotnictví v podmínkách České republiky. V minulosti pracoval v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR a jako analytik se věnoval systémům soukromého zdravotního pojištění v projektu pro Českou asociaci pojišťoven. Je absolventem Univerzity Karlovy v Praze, kde na Fakultě sociálních studií vystudoval hospodářskou politiku a evropskou ekonomickou integraci. Odborné znalosti si prohloubil během studijních zahraničních pobytů ve Helsinkách na Hanken–Svenska handelshögskolan, Friedrich–Schiller–Universität v německé Jeně a americké University of New Orleans. Plynně mluví německy a anglicky

**Táňa Dvornáková** (1984) se profesionálně zabývá statistikou v oblasti šetření životní úrovně, příjmů, zaměstnání a zdraví. Je absolventem Vysoké školy ekonomické v Praze, kde na fakultě Informatiky a statistiky studovala obor Statisticko-pojistné inženýrství. V diplomové práci se zabývala využitím on-line šetření. Od roku 2009 pracuje na Českém statistickém úřadě, v oddělení sociálních šetření v domácnostech, konkrétně se jedná o šetření Životní podmínky (EU-SILC). Zabývá se všemi aspekty tohoto šetření a to jak po stránce metodické tak po tvorbu mikro a makro dat, zpracování analýz a sběru dat. Zúčastňuje se jednání pracovních skupin (Task Force on Well-being, Task Force on Material deprivation) pořádaných EUROSTATEM. Od roku 2011 je členem poradní skupiny LIS (Cross-national data center in Luxembourg) za Českou republiku.

**Jakub Hrkal** (1979) se v Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR věnuje metodice a analýze statistických dat za různé oblasti zdravotnické statistiky, v poslední době zejména lidským zdrojům ve zdravotnictví. Podílel se na projektech implementace mezinárodních metodik v ČR, jako např. System of Health Accounts a na přípravě metodik zpracování dat do zahraničí, např. dlouhodobé péče a ukazatelů kvality zdravotní péče (OECD). Je koordinátorem přípravy a předávání údajů za ČR do mezinárodních databází zdravotnických ukazatelů Eurostatu, OECD a WHO. Podílel se na přípravě a zpracování dat z výběrových šetření o zdravotním stavu, zejména v rámci projektů Světové zdravotnické organizace. Dále se zabývá ukazateli výkonnosti zdravotnických systémů, včetně ukazatelů nerovností ve zdraví a souhrnných ukazatelů zdravotního stavu. Je absolventem Vysoké školy ekonomické v Praze v oboru statisticko-pojistné inženýrství a mluví anglicky.

**Robert Goš** (1975) se specializuje na zdravotnickou ekonomiku. Věnuje se především hodnocení kvality a efektivity poskytované zdravotní péče. Specializuje se na hromadné zpracovávání a vyhodnocování dat. V současné době pracuje ve VZP ČR na pozici controllera zdravotní péče a spolupracuje na budování centralizovaných informačních a manažerských systémů. Je absolventem Ekonomicko správní fakulty Masarykovy univerzity v Brně, oboru ekonomie.

### **Předmět a cíle díla**

Cílem analýzy finančních toků ve veřejných a soukromých rozpočtech v dlouhodobé péči je poskytnout podkladové informace o objemu a způsobu vynaložení prostředků v sektoru dlouhodobé péče. Takové informace jsou předpokladem adekvátní změny organizace dlouhodobé péče v České republice, jejímž cílem je zejména zefektivnění vynakládání veřejných prostředků. Analyzovány budou veřejné zdroje, výdaje domácností i finanční výsledky poskytovatelů dlouhodobé péče.

Základním rokem je rok 2010, pokud je dostupný. Pokud není, pak rok 2009.

Text neprošel jazykovou ani grafickou úpravou.

## Obsah

Kapitola 1 –	Úvod .....	7
Kapitola 2 –	Identifikace dlouhodobé péče v datech.....	8
Kapitola 3 –	Výdaje státního rozpočtu na dlouhodobou péči – rezort sociální .....	19
Kapitola 4 –	Výdaje státního rozpočtu na dlouhodobou péči – rezort zdravotnictví .....	23
Kapitola 5 –	Výdaje krajů a obcí na dlouhodobou péči.....	26
Kapitola 6 –	Výdaje veřejného zdravotního pojištění na dlouhodobou péči .....	29
Kapitola 7 –	Účetní rozvaha a odhad nákladů jednotlivých typů služeb v sociálním sektoru....	39
Kapitola 8 –	Účetní rozvaha a odhad nákladů jednotlivých typů služeb ve zdravotnictví .....	47
Kapitola 9 –	Soukromé výdaje a spoluúčast na dlouhodobou péči.....	54
Kapitola 10 –	Závěr.....	56
Přílohy .....		57

## Seznam tabulek

Tabulka 1 Vybrané smluvní odbornosti.....	17
Tabulka 2 Vybrané druhy zařízení .....	17
Tabulka 3 Výdaje kapitoly Ministerstva práce a sociálních věcí v roce 2009 a 2010 .....	19
Tabulka 4 Výdaje Ministerstva práce a sociálních věcí, 2010 .....	21
Tabulka 5 Výdaje Ministerstva zdravotnictví .....	25
Tabulka 6 Výdaje obcí, DOS, krajských úřadů a regionálních rad na zdravotní péči, 2010.....	26
Tabulka 7 Výdaje obcí, DOS, krajských úřadů a regionálních rad, 2010.....	28
Tabulka 8 Vývoj výdajů ZP na domácí zdravotní péči v mil. Kč .....	29
Tabulka 9 Vývoj výdajů ZP na ošetrovatelskou a rehabilitační péči v mil. Kč.....	32
Tabulka 10 Vývoj výdajů ZP na péči v OLÚ, LDN a na ošetrovatelských lůžkách v mil. Kč.....	33
Tabulka 11 Celkový přehled vývoje výdajů zdravotních pojišťoven na dlouhodobou péči v mil. Kč ....	34
Tabulka 12 Průměrná úhrada na ošetrovací den dle odbornosti.....	35
Tabulka 13 Výdaje ZP ve vybraných smluvních odbornostech, 2000-2009 .....	36
Tabulka 14 Výdaje zdravotních pojišťoven na LTC.....	37
Tabulka 15 Struktura výnosů jednotlivých služeb sociální péče v ČR v r. 2009 (v %).....	40
Tabulka 16 Celkové příjmy vybraných služeb sociální péče v ČR v roce 2010 (v mil. Kč).....	41
Tabulka 17 Domovy pro seniory – příjmy na 1 uživatele (v tis. Kč).....	42
Tabulka 18 Domovy pro osoby se zdravotním postižením – příjmy na 1 uživatele (v tis. Kč).....	42
Tabulka 19 Domovy se zvláštním režimem – příjmy na 1 uživatele (v tis. Kč) .....	43
Tabulka 20 Týdenní stacionáře – příjmy na 1 uživatele (v tis. Kč).....	43
Tabulka 21 Struktura nákladů jednotlivých služeb sociální péče v ČR v r. 2009 (v %) .....	45
Tabulka 22 Roční výdaje ve vybraných službách sociální péče v ČR na 1 lůžko (v tis. Kč).....	46
Tabulka 23 Výnosová struktura ve vybraných zdravotnických zařízeních v r. 2010 v %.....	48
Tabulka 24 Výnosy na 1 ošetrovací den ve vybraných zdravotnických zařízeních v r. 2010 (v Kč) .....	48
Tabulka 25 Nákladová struktura ve vybraných zdravotnických zařízeních v r. 2010 v %.....	50
Tabulka 26 Náklady na 1 ošetrovací den ve vybraných zdravotnických zařízeních v r. 2010 (v Kč).....	50
Tabulka 27 Výnosy ve vybraných zdravotnických zařízeních v r. 2010 (v %) .....	51
Tabulka 28 Výnosy na 1 ošetrovací den ve vybraných zdravotnických zařízeních v Kč .....	52
Tabulka 29 Náklady vybraných zdravotnických zařízení (v %) .....	52
Tabulka 30 Náklady vybraných zdravotnických zařízení na 1 ošetrovací den.....	53
Tabulka 31 Příjem na člena domácnosti (v CZK) podle velikosti domácnosti a počtu respondentů s omezením ADL/IADL.....	55
Tabulka 32 Výdaje ZP na LTC dle vybraných smluvních odborností (tis. Kč).....	57
Tabulka 33 Podíl výdajů ZP na LTC dle vybraných smluvních odborností (%).....	58
Tabulka 34 Meziroční změna výdajů ZP ve vybraných smluvních odbornostech (%).....	59
Tabulka 35 Výdaje ZP v datech SHA – kombinovaný pohled (mil. Kč) .....	60
Tabulka 36 Podíl výdajů ZP dle vybraných zařízení (%).....	60
Tabulka 37 Meziroční změna výdajů ZP ve vybraných druzích zařízení (%).....	61
Tabulka 38 Průměrná úhrada na ošetrovací den dle pracoviště a odbornosti (zdroj: VZP).....	62

## Seznam grafů

Graf 1 Celkové výdaje MZČR .....	23
Graf 2 Počty pojištěnců VZP, kteří čerpali domácí zdravotní péči (2. pol. 2009 a 1. pol. 2010) podle délky čerpání domácí zdravotní péče dle věkových skupin .....	30
Graf 3 Struktura nákladů na domácí zdravotní péči pojištěnců VZP ČR podle délky čerpání v měsících roku a věku pojištěnců, v Kč .....	31
Graf 4 Průměrné náklady na domácí zdravotní péči na pojištěnce podle délky čerpání, VZP .....	32
Graf 5 Výdaje ZP dle vybraných smluvních odborností v roce 2009 (mld. Kč, %) .....	37
Graf 6 Výdaje ZP dle druhů zařízení a smluvních odborností, rok 2009 (Mil. Kč, %).....	38
Graf 7 Průměrná úhrada na ošetrovací den dle pracoviště a kraje.....	63

## ***Kapitola 1 – Úvod***

Dlouhodobá péče pojímá širokou oblast služeb, které charakterizuje závislost příjemce péče na cizí pomoci z důvodu dlouhodobě nežádoucího zdravotního stavu. Dlouhodobá péče je poskytována jak v institucích, jmenujme například léčebny dlouhodobě nemocných, domovy pro seniory či nemocnice, na druhé straně je dlouhodobá péče poskytována v domácnostech příjemců péče, a to buď profesionálním pracovníkem, nebo neformálními pečujícími. Dlouhodobou péči proto dělíme podle poskytovatele péče na formální a neformální.

Na financování dlouhodobé péče se v České republice podílí více hráčů. Mezi finanční toky v oblasti dlouhodobé péče řadíme zejména příspěvky na péči v gesci Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV), dávky sociální péče dle zákona 100/1988 Sb. a s nimi související transfery z veřejných rozpočtů, další výdaje MPSV a Ministerstva zdravotnictví (MZ), výdaje zdravotních pojišťoven, výdaje krajů a obcí a v neposlední řadě výdaje domácností.

Znalost reálných finančních toků v oblasti dlouhodobé péče je základní podmínkou úspěšné reformy organizace dlouhodobé péče v České republice. Cílem analýzy je zprostředkování přehledu o tocích finančních prostředků v rámci dlouhodobé péče a jejich kvantifikace, které umožní přijímání fundovaných politických rozhodnutí.

Analýza je rozdělena do několika kapitol. Nejprve jsou vymezeny uvažované finanční toky v dlouhodobé péči a jsou popsány datové zdroje analýzy. Poté jsou v jednotlivých kapitolách analyzovány výdaje hlavních zdrojů financování, a to výdaje státního rozpočtu v rezortu sociální péče a zdravotnictví, výdaje krajských a obecních rozpočtů a výdaje veřejného zdravotního pojištění. V dalších kapitolách jsou podrobněji analyzovány nákladové a výnosové struktury formálních poskytovatelů dlouhodobé péče. Na závěr je nastíněn přehled o soukromých výdajích spojených s dlouhodobou péčí.

Na úvod je nutné poznamenat, že v datech zachycujících finanční toky nejsou v současné době zachyceny informace o tom, zda je daný finanční zdroj využit pro dlouhodobou péči nebo pro nějaký jiný účel, a to je obdobné i osob, které lze identifikovat jako příjemce příspěvku na péči. Proto je nutné vytvářet zjednodušující odhady a předpoklady.

## ***Kapitola 2 – Identifikace dlouhodobé péče v datech***

V této kapitole bude pojednáno o tom, jak jsou vymezeny v legislativě a v datech samotných údaje o dlouhodobé péči, zejména s ohledem na zachycení finančních toků a jejich zdrojů.

### **Výdaje na sociální služby a jejich právní vymezení**

Za dlouhodobou péči lze považovat takovou péči, kterou charakterizuje kritérium potřeby kompenzace závislosti na cizí pomoci. Česká legislativa pro tento účel používá hledisko nepříznivosti zdravotního stavu a jeho dlouhodobost. Hlediska nepříznivosti zdravotního stavu (včetně některých jeho důsledků) jsou stanovena rozdílně v jednotlivých systémech sociálního zabezpečení, a to někdy i pro jednotlivé dávky či okruhy dávek. Jejich rozdílnost vyplývá z odlišné funkce jednotlivých dávek pro osoby se zdravotním postižením.

Jde zejména o dávky:

- důchodového pojištění (plný invalidní důchod, částečný invalidní důchod),
- nemocenského pojištění (poskytování dobrovolné dávky nemocenského po uplynutí podpůrčí doby),
- sociální péče (např. mimořádné výhody pro občany těžce zdravotně postižené, příspěvky na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla, příspěvek na provoz motorového vozidla, příspěvek na individuální dopravu, příspěvek na úpravu bytu),
- státní sociální podpory (posouzení nepříznivého zdravotního stavu určité kategorie ovlivňuje výši poskytovaných dávek – např. sociální příplatek anebo dobu jejich poskytování – např. rodičovský příspěvek),
- příspěvku na péči ze systému sociálních služeb.

**V tomto materiálu v sekci výdajů na sociální služby budeme výdaje státu na dlouhodobou péči identifikovat jako náklady spojené s příspěvkem na péči (dle zákona 108/2006 Sb.), dávkami sociální péče (dle zákona 100/1988 Sb.) a s nimi souvisejícími transfery z veřejných rozpočtů.**

Státní rozpočet hradí náklady na Příspěvek na péči, který se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci (podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob (§2).



Osoba se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve čtyřech stupních z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, když potřebuje určité množství každodenních úkonů pomoci nebo dohledu. Výše příspěvku podle §11 pro osoby do 18 let věku činí za kalendářní měsíc

- 3 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- 5 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- 9 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

Pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc

- 800 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- 4 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- 8 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

Příspěvek se nevyplácí, jestliže je osobě po celý kalendářní měsíc poskytována zdravotní péče formou ústavní péče v nemocnici nebo odborném léčebném ústavu, nejde-li o poskytování sociálních služeb podle § 52; to neplatí v případě, kdy je s oprávněnou osobou do ústavní péče v nemocnici nebo odborném léčebném ústavu přijata jako průvodce.

Sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence, které mohou být poskytovány jako služby terénní, ambulantní nebo pobytové. Zákon definuje základní činnosti při poskytování sociálních služeb, které musí jednotlivé sociální služby poskytovat. Fakultativně mohou být při poskytování sociálních služeb zajišťovány další činnosti. Sociální služby lze poskytovat jen na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb (§ 78).

Rozsah a podmínky zabezpečení a hrazení zdravotní péče o osoby, kterým se poskytují pobytové služby v zařízeních sociálních služeb, upravují zdravotnické právní předpisy. Ošetrovatelská a rehabilitační péče je těmto osobám poskytována především prostřednictvím zaměstnanců pobytových zařízení, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání (§36).

Úhradu nákladů za poskytování sociálních služeb hradí osoba ve výši sjednané ve smlouvě uzavřené s poskytovatelem služby. Poskytovatel sociální služby se může dohodnout na spoluúčasti na úhradě nákladů s osobou blízkou osobě, které je sociální služba poskytována, popřípadě s jinou fyzickou osobou nebo s právnickou osobou, pokud osoba, které je sociální služba poskytována, nemá vlastní příjem nebo její příjem nepostačuje na úhradu nákladů (§71).

Maximální výši úhrady za ubytování a stravu stanoví prováděcí právní předpis. Po úhradě za ubytování a stravu při poskytování pobytových služeb v týdenních stacionářích musí osobě zůstat alespoň 25 % jejího příjmu, a při poskytování pobytových služeb musí osobě zůstat alespoň 15 % jejího příjmu (v domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro

seniory, domovech se zvláštním režimem a ve zdravotnických zařízeních ústavní péče). Úhrada za péči v zařízeních pobytových služeb (s výjimkou týdenních stacionářů) se stanoví ve výši přiznaného příspěvku (v týdenních stacionářích maximálně ve výši 75 % přiznaného příspěvku)(§73). Úhrada za fakultativní činnosti může být stanovena v plné výši nákladů na tyto služby (§ 77).

Dotace ze státního rozpočtu k financování běžných výdajů se poskytuje na zajištění poskytování sociálních služeb poskytovatelům sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v Registru poskytovatelů sociálních služeb, prostřednictvím rozpočtu kraje (v přenesené působnosti) (§ 101). Na financování sociálních služeb, které mají celostátní či nadregionální charakter, na činnosti, které mají rozvojovou povahu, zejména na vzdělávání pracovníků v sociálních službách, na podporu kvality sociálních služeb a na zpracování střednědobých plánů krajů a plánů obcí v oblasti sociálních služeb a v případě mimořádných situací, se mohou podílet také programy financované v rámci Strukturálních fondů Evropských společenství a dalších programů Evropských společenství (§ 104). Obec nebo kraj může poskytnout ze svého rozpočtu účelové dotace podle zvláštního zákona k financování běžných výdajů souvisejících s poskytováním sociálních služeb poskytovatelům sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru (§ 105).

Podle zákona 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení sociální péčí zajišťuje stát pomoc občanům, jejichž životní potřeby nejsou dostatečně zabezpečeny příjmy z pracovní činnosti, dávkami důchodového nebo nemocenského zabezpečení, popřípadě jinými příjmy, a občanům, kteří ji potřebují vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo věku, anebo kteří bez pomoci společnosti nemohou překonat obtížnou životní situaci nebo nepříznivé životní poměry (§ 73).

V rámci sociální péče, která zahrnuje zejména péči o občany těžce zdravotně postižené, se poskytují zejména peněžité dávky, věcné dávky a mimořádné výhody pro některé skupiny občanů těžce zdravotně postižených.

Občanům s těžkým tělesným, smyslovým nebo mentálním postižením, které podstatně omezuje jejich pohybovou nebo orientační schopnost, se poskytují podle druhu a stupně postižení mimořádné výhody zejména v dopravě nebo při potřebě průvodce; těmto občanům s těžkým zdravotním postižením jsou přiznávány mimořádné výhody I. stupně, občanům se zvláště těžkým zdravotním postižením jsou přiznávány mimořádné výhody II. stupně a občanům se zvláště těžkým zdravotním postižením a potřebou průvodce jsou přiznávány mimořádné výhody III. stupně. Stupeň mimořádných výhod osvědčuje průkaz mimořádných výhod, a to I. stupeň průkaz TP, II. stupeň průkaz ZTP a III. stupeň průkaz ZTP/P. (§ 86)

Prováděcí předpis (vyhláška č.182/1991 Sb.) upřesňuje, že občanům starším jednoho roku s těžkým zdravotním postižením, uvedeným v příloze č. 2, která je součástí této vyhlášky, které



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

podstatně omezuje jejich pohybovou nebo orientační schopnost, se podle druhu a stupně postižení poskytují mimořádné výhody I., II. nebo III. Stupně (viz. příloha). (§ 31)

Občanům těžce zdravotně postiženým lze poskytovat peněžité příspěvky na opatření pomůcek, které potřebují k odstranění, zmírnění nebo překonání následků svých postižení (pokud pomůcku propůjčuje nebo plně hradí příslušná zdravotní pojišťovna, tak se neplatí). (§ 33).

Občanům s těžkými vadami nosného nebo pohybového ústrojí omezujícími ve značném rozsahu jejich pohyblivost a občanům úplně nebo prakticky nevidomým se poskytuje příspěvek na úpravu bytu, který užívají k trvalému bydlení, až do výše 70 % prokázaných nákladů, nejvýše však 50 000 Kč nebo 100 000 Kč (instalace výtahu). (§ 34)

Příspěvek na zakoupení motorového vozidla nebo příspěvek na celkovou opravu motorového vozidla se poskytne občanu s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, který motorové vozidlo bude používat pro svou dopravu a činí nejvýše 100 000 Kč. Výše příspěvku se určí zejména s ohledem na majetkové poměry žadatele a osob považovaných podle zákona o důchodovém pojištění za osoby blízké, které s ním žijí v domácnosti. (§ 35)

Dále se poskytuje příspěvek na provoz motorového vozidla podle §36 (Na roky 2010 až 2012 činí výše příspěvku 3 360 Kč u jednostopého vozidla a 7 920 Kč u ostatních vozidel, pro mimořádné výhody III. stupně, a 1 150 Kč u jednostopého vozidla a 3 000 Kč u ostatních vozidel u mimořádných výhod II. stupně. V neposlední řadě je těmto osobám přiznáván i Příspěvek na individuální dopravu podle § 37, který činí 6 500 Kč.

Občanům s těžkými vadami nosného nebo pohybového ústrojí, které jsou uvedeny v příloze č. 5, která je součástí této vyhlášky, a občanům úplně nebo prakticky nevidomým, kteří užívají bezbariérový byt, poskytne pověřený obecní úřad opakující se peněžní příspěvek ve výši 400 Kč měsíčně a dále příspěvek na úhradu za užívání garáže až do výše 200 Kčs měsíčně (§ 45). Úplně nebo prakticky nevidomému vlastníku vodícího psa může pověřený obecní úřad poskytnout příspěvek na krmivo pro tohoto psa, a to ve výši 800 Kč měsíčně (§ 46).

### **Výdaje na zdravotní péči v rámci dlouhodobé péče**

Veřejné zdravotní pojištění se podílí na úhradě nákladů za zdravotní péči o osoby s potřebou dlouhodobé péče. Jedná se o osoby s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby. Jedná se zejména o ošetrovatelskou péči:

- ošetrovatelskou péči poskytovanou při hospitalizaci v lůžkových zdravotnických zařízeních,
- ošetrovatelskou péči v domácnostech pacientů prostřednictvím domácí zdravotní péče a
- ošetrovatelská péče v pobytových zařízeních sociálních služeb.

Z dlouhodobého hlediska lze sledovat vývoj onemocnění největší části populace následovně. U zdravé osoby je indikováno chronické onemocnění, které osobu neomezuje



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

v každodenních aktivitách, může však částečně snížit pracovní schopnost. V případě krátkodobého zhoršení zdravotního stavu může být zdravotní péče intenzivnější, převažuje však péče akutní včetně užívání léčiv. V důsledku zhoršování zdravotního stavu, přibývání dalších komplikací či z jiných důvodů (např. úraz, pád, zlomenina, akutní srdeční příhoda, mozková příhoda, zhoršení psychického stavu atd.) je časem potřebná dlouhodobější hospitalizace v lůžkovém zdravotnickém zařízení. Pokud zde v rámci následné péče (převážně rehabilitace) nedojde k opětovnému zlepšení zdravotního stavu a soběstačnosti pacienta, nastupuje potřeba zajištění některých každodenních aktivit jinou fyzickou osobou. Jedná se o ošetrovatelskou péči zajišťovanou ošetrovatelským personálem ve zdravotnických zařízeních, pracovníky v přímé péči a nezdravotnické pracovníky v pobytových zařízeních sociálních služeb a zaměstnance domácí zdravotní péče a neformální pečující ve vlastním sociálním prostředí pacienta.

Z krátkodobého hlediska, tedy z hlediska osob, které již v současnosti potřebují dlouhodobou péči, je pro jejich kvantifikaci nutné určit hodnotící kritéria. Již v současnosti je dlouhodobá péče, tedy péče kompenzující ztrátu schopnosti vykonávat některou z každodenních činností dlouhodobě, poskytována a hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Tato péče je hrazena ze zdravotního pojištění na základě zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, kde §13 stanoví rozsah zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění. Tento zákon nerozlišuje skupiny pojištěnců a jejich potřeby, ale stanoví, jaká péče je hrazena. Dlouhodobá péče je tedy obsažena v poskytování léčebné ambulantní a ústavní péče.

Jelikož je ošetrovatelská péče poskytována i osobám, které nepotřebují dlouhodobou péči (např. pooperační stavy), není ošetrovatelská péče nijak zvlášť vymezena, částečně lze identifikovat podle smluvní odbornosti zdravotní pojišťovny nebo podle typu poskytovatele (viz. SHA).

V rámci ambulantní péče se jedná o Zvláštní ambulantní péči (§22) poskytovanou pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně, smyslově nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci a paliativní péče, poskytovaná pojištěncům v terminálním stavu, v jejich vlastním sociálním prostředí. Tato péče se poskytuje jako:

- a. domácí zdravotní péče, pokud je poskytována na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci, nebo na základě doporučení ošetřujícího lékaře, jde-li o paliativní péči o pojištěnce v terminálním stavu,
- b. zdravotní péče ve stacionářích, pokud je poskytována na základě doporučení ošetřujícího lékaře,
- c. zdravotní péče poskytovaná ve zdravotnických zařízeních ústavní péče osobám, které jsou v nich umístěny z jiných než zdravotních důvodů,
- d. zdravotní péče v zařízeních sociálních služeb,
- e. ošetrovatelská a rehabilitační zdravotní péče poskytovaná na základě ordinace ošetřujícího lékaře pojištěncům umístěným v zařízeních sociálních služeb odborně



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

způsobilými zaměstnanci těchto zařízení, pokud k tomu tato zařízení uzavřou zvláštní smlouvu s příslušnou zdravotní pojišťovnou podle domácí zdravotní péče,

Ústavní péčí se rozumí péče v nemocnicích a v odborných léčebných ústavech. V těchto zařízeních může být poskytována vedle ústavní péče i péče ambulantní. Z ústavní péče je pacient propuštěn, dojde-li k takovému zlepšení zdravotního stavu, kdy lze další péči poskytovat ambulantně nebo v jiných zdravotnických zařízeních, popřípadě v zařízeních sociální péče. Pokud není pojištěnec vzhledem ke svému zdravotnímu stavu schopen obejít se bez pomoci další osoby, může být propuštěn z ústavní péče až po předchozím včasném vyrozumění člena rodiny nebo osoby, která je schopna tuto péči zajistit. Propuštění pojištěnce, u něhož není zajištěna další péče, propouštějící zařízení včas informuje obecní úřad obce s rozšířenou působností (v hlavním městě Praze Magistrát hlavního města Prahy) příslušný podle místa pobytu pojištěnce. Náklady vzniklé další hospitalizací pojištěnce, který nemůže být propuštěn vzhledem k nezajištění další péče, nejsou hrazeny zdravotní pojišťovnou.

Na tuto situaci navazuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který v § 52 stanoví, že se ve zdravotnických zařízeních ústavní péče poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení ústavní péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb. Osoba v této situaci tedy přechází z působnosti zdravotnické legislativy do působnosti legislativy sociálních služeb.

Zdravotní pojišťovna je povinna zajistit poskytování zdravotní péče svým pojištěncům, což činí prostřednictvím zdravotnických zařízení, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče. Za účelem zajištění věcného plnění při poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče pojištěncům umístěným v zařízeních sociálních služeb s pobytovými službami uzavírají zdravotní pojišťovny zvláštní smlouvy s těmito zařízeními sociálních služeb. Příslušná zdravotní pojišťovna zvláštní smlouvu uzavře, pokud o to zařízení sociálních služeb požádá a současně prokáže, že ošetrovatelská a rehabilitační zdravotní péče bude poskytována zdravotnickými pracovníky zařízení sociálních služeb, kteří jsou způsobilí k výkonu zdravotnického povolání (§17a). Za poskytovanou sociální službu hradí její uživatel úhradu, přičemž poskytovatel služby se může dohodnout na spoluúčasti na úhradě nákladů také partnerem, rodiči nebo dětmi uživatele služby. Uživateli služby musí zůstat po uhrazení úhrady minimálně 15% z jeho příjmů. Za služby či činnosti, které jsou poskytovány uživateli nad rámec (fakultativní činnosti) povinných činností (obligatorní činnosti), je možné na základě smlouvy požadovat úhradu v plné výši nákladů na tyto služby.

Obci s obecním úřadem s rozšířenou působností §92 ukládána povinnost v oblasti zajištění služeb v případech, kdy je možné z lékařského hlediska ukončit hospitalizaci pacienta, ale pacienta z různých objektivních důvodů nelze propustit do domácí péče.

## Popis datových zdrojů

### Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe (SHARE)

SHARE spočívá ve vytvoření celoevropského longitudinálního datového souboru zahrnujícího osoby starší 50ti let a jejich rodiny. Mezi hlavní témata tohoto multidisciplinárního výzkumu patří: demografie a rodina; vzdělání; tělesné a duševní zdraví, zdravotní péče a rizika, kognitivní funkce; zaměstnání a důchod, vzájemná pomoc a finance v rodině, bydlení, příjmy a spotřeba domácnosti, majetek; sociální podpora, aktivity, kvalita života, a očekávání do budoucnosti. Výsledkem je unikátní soubor dat poskytující informace o stavu, historii a vývoji české a evropské společnosti.

V roce 2004 se uskutečnil základní sběr dat SHARE s 27 000 respondenty v 11 zemích západní Evropy. Druhá vlna proběhla v těchto zemích v roce 2006. Česká republika a Polsko se do projektu zapojily v roce 2006 sběrem dat v první základní vlně. V roce 2008 se uskutečnila další vlna sběru dat, v případě České republiky již také longitudinální. Od roku 2010 začíná další provozní fáze SHARE, sestávající z pěti longitudinálních vln sběru dat v rámci projektu Evropských infrastruktur ESFRI. V roce 2010 se ustanovuje konsorcium SHARE-ERIC jako jedna z evropských vědeckých infrastruktur.

Stárnutí populace je jedním z nejvýznamnějších sociálních a ekonomických jevů 21. století. Význam SHARE spočívá ve vytvoření prvního skutečně komplexního longitudinálního souboru dat o stavu starší generace a celé společnosti napříč Evropou. Poprvé v historii tak budou pokryta a navzájem propojena všechna témata nezbytná k tomu, aby bylo možné pochopit ekonomické, sociální, psychologické nebo zdravotní faktory procesu stárnutí. Již dokončené vlny sběru dat poskytly mnoho zajímavých zjištění o životě a stárnutí evropské populace. Longitudinální sledování respondentů každé dva roky poskytne data o tom, jak se život lidí mění v čase.

Data SHARE se tak mohou stát zásadním podkladem pro analýzu stavu české společnosti a přípravu reforem v oblasti důchodového zabezpečení, zdanění, sociální pomoci, vzdělávání, zdravotnictví nebo školství. Tento kompatibilní mezinárodní rámec, do kterého se Česká republika začleňuje, dovolí českým vědcům zkoumat tyto důležité procesy na základě srovnávacích mezinárodních analýz. Právě harmonizace dat napříč zeměmi umožní vědcům porozumět společenským procesům 21. století a jejich dopadům na životy jednotlivců, různých sociálních skupin a zejména na starší generace. Srovnání a analýza vývoje v České

republice byly doposud velmi obtížné z důvodů absence dat sbíraných v rámci jedné celoevropské metodiky a jednoho projektu, který by zahrnoval tak široké pole informací. Úkolem SHARE je tuto mezeru zaplnit.

Sběr dat ze SHARE, který byl zpracován v této studii, proběhl mezi říjnem 2006 až červnem 2007 u populace starší 50 let (alespoň jeden člen domácnosti je starší 50 let a dotazování jsou i ostatní členové domácnosti – partneři/manželé/manželky). Jedná se o 2 798 osob. Dotazována byla neinstitucionalizovaná populace, což může vést k tomu, že výsledky budou podhodnocovat rozsah zdravotního omezení v populaci, neboť šetření nezahrnuje osoby pobývající ve zdravotnických a sociálních zařízeních.

### **Státní závěrečný účet**

Výdaje veřejných rozpočtů (státu, krajů, obcí a dobrovolných svazků obcí) jsou zachyceny ve struktuře Rozpočtové skladby, která vychází z vyhlášky č. 323/2002 Sb., o rozpočtové skladbě. Člení výdaje dle odpovědnostní třídění do kapitol státního rozpočtu (obvykle ministerstva a významné státní instituce – Poslanecká sněmovna Parlamentu, Senát Parlamentu, Český telekomunikační úřad, Ústavní soud apod.). Dalším členěním je dle druhového určení, které sledují příjmy (daňové, nedaňové, kapitálové, přijaté dotace) a výdaje (běžné, kapitálové), a financování. Jednotlivé podskupiny a nejjemnější členění se nazývají – Seskupení položek, Podseskupení položek a Položka (čtyřmístná).

Odvětvové třídění Rozpočtové skladby pak s Ministerstvem financí spoluvytváří jednotlivé resorty a dochází zde k relativně největším změnám, i vzhledem ke změnám legislativy. Skupina 3 – Služby pro obyvatelstvo obsahuje Oddíl 35 – Zdravotnictví, který je členěn na 9 Pododdílů – Ambulantní péče, Ústavní péče, Zvláštní zdravotnická zařízení a služby pro zdravotnictví, Zdravotnické programy, Správa ve zdravotnictví Výzkum a vývoj ve zdravotnictví a Ostatní činnost ve zdravotnictví. Tyto podpoložky jsou dále členěny až na tak zvané paragrafy. Skupina 4 – Sociální věci a politika zaměstnanosti obsahuje Oddíl 41 – Dávky a podpory v sociálním zabezpečení, pododdíl 418 – Dávky zdravotně postiženým občanům a pododdíl 419 – Ostatní dávky povahy sociálního zabezpečení. I tyto jsou dále členěny na jednotlivé paragrafy.

Na základě popisu jednotlivých položek a paragrafů byly vybrány relevantní údaje pro měření výdajů státu, krajů, obcí a dobrovolných svazků obcí.

### **Výkazy Ministerstva práce a sociálních věcí a Ministerstva zdravotnictví**

Jednotlivá resortní ministerstva provádí statistická zjišťování prostřednictvím programu statistických zjišťování organizovaného Českým statistickým úřadem. Obsahují seznamy statistických zjišťování a charakteristiky jednotlivých zjišťování stanovené zákonem č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů. Program statistických zjišťování je zveřejněn ve vyhlášce o Programu statistických zjišťování na daný rok. Zveřejnění Programu statistických zjišťování na příslušný rok je základní podmínkou vzniku zpravodajské povinnosti pro ekonomické subjekty, které jsou k jejímu plnění vyzvány



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

zpravidla písemně Českým statistickým úřadem nebo příslušným resortním pracovištěm státní statistické služby.

Ministerstvo práce a sociálních věcí vydává 8 výkazů, přičemž je pro dlouhodobou péči nejvíce relevantní – Soc (MPSV) V 1-01 Roční výkaz o sociálních službách poskytovaných v zařízeních sociálních služeb, V (MPSV) 10-01 Roční výkaz o sociálních službách a sociální péči a V (MPSV) 19a-01 Roční výkaz o zaměstnancích, platech a odměnách za pracovní pohotovost v zařízeních sociálních služeb.

Ministerstvo zdravotnictví využívá služeb Ústavu zdravotnických informací a statistiky. Jeho prostřednictvím zjišťuje informace o kapacitách, počtech pracovníků i ekonomice jednotlivých zdravotnických zařízení.

### **Systém zdravotnických účtů**

Systém zdravotnických účtů je nástrojem, který slouží ke komplexnímu vyjádření veškerých výdajů na zdravotní péči, resp. na zdravotnictví v širším slova smyslu. Jeho hlavním specifickým rysem je více-rozměrnost členění výdajů. Hlavními rozměry jsou:

1. funkce (druh) poskytované zdravotní péče (ICHA – HC, viz příloha, dále jen HC),
2. typ poskytovatele (ICHA – HP, viz příloha, dále jen HP),
3. konečný zdroj financování (ICHA – HF, viz příloha, dále jen HF).

Tyto tři základní rozměry se libovolně kombinují, čímž dostáváme maticově uspořádané tabulky zdravotnických výdajů, které díky rozšíření od roku 2008 obsahují i informace o pacientech – věková skupina, pohlaví, Obec s rozšířenou působností, skupina diagnóz (ISHMT) a další.

Vícerozměrné členění poskytuje uživatelům těchto informací podstatně propracovanější a detailnější pohled na zdravotnické výdaje, nicméně je také z pochopitelných důvodů náročnější na získávání a úpravu požadovaných dat. Další výraznou komplikací je použití mezinárodní klasifikace ICHA, jejíž druhové členění zdaleka neodpovídá vymezení zdravotní péče či zdravotnických zařízení v naší zdravotnické praxi.

Pro analýzu dlouhodobé péče z dat systému zdravotních účtů bylo použito dvou pohledů. První pohled třídí výdaje zdravotních pojišťoven dle smluvní odbornosti nehledě na zdravotnické zařízení, ve kterém je poskytována. Za relevantní smluvní odbornosti byly zvoleny odbornosti v následující tabulce.



TABULKA 1 VYBRANÉ SMLUVNÍ ODBORNOSTI

Kód	Název smluvní odbornosti
305	Pracoviště psychiatrie
306	Pracoviště dětské psychiatrie
307	Pracoviště gerontopsychiatrie
3F5	Pracoviště standardní ústavní lůžkové péče psychiatrické - F typu
3F6	Pracoviště standardní ústavní lůžkové péče dětské psychiatrie - F typu
3H5	Pracoviště standardní ústavní lůžkové péče psychiatrické - H typu
3H6	Pracoviště standardní ústavní lůžkové péče dětské psychiatrie - H typu
3H7	Pracoviště standardní ústavní lůžkové péče gerontopsychiatrické - H typu
3U5	Pracoviště dlouhodobé (chronické) ústavní lůžkové péče psychiatrické - U typu
3U6	Pracoviště dlouhodobé (chronické) ústavní lůžkové péče dětské psychiatrie - U typu
3U7	Pracoviště dlouhodobé (chronické) ústavní lůžkové péče gerontopsychiatrické - U typu
7U8	Pracoviště dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP)
911	Domácí péče SZP (nyní 925)
913	Pracoviště ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobyt. zařiz. sociál. služeb
925	Pracoviště domácí péče - SZP
9F9	Pracoviště ústavní péče na ošetrovatelském lůžku - F typu
9H9	Pracoviště ústavní péče na ošetrovatelském lůžku - H typu
9U7	Pracoviště ústavní následné péče v LDN
9U9	Pracoviště ústavní následné ošetrovatelské péče v hospici

Zdroj: ČSÚ, Statistika zdravotnických účtů

Druhý pohled vybírá druhy zařízení, v nichž dochází výhradně k poskytování dlouhodobé péče, a započítává veškeré náklady těchto zařízení. Vybraná zařízení jsou uvedena v následující tabulce.

TABULKA 2 VYBRANÉ DRUHY ZAŘÍZENÍ

Kód	Název druhu zařízení
105	Nemocnice následné péče
110	Léčebna pro dlouhodobě nemocné (LDN)
111	Léčebna tuberkul.a respir.nemocí (TRN)
112	Psychiatrická léčebna
113	Rehabilitační ústav
119	Ostatní odborné léčebné ústavy
122	Dětská psychiatrická léčebna
129	Ostatní dětské odborné léčebné ústavy
180	Hospic
190	Další lůžkové zařízení

Zdroj: ČSÚ, Statistika zdravotnických účtů

Kombinací obou pohledů, přesněji započítáním všech nákladů vybraných druhů zařízení a u ostatních zařízení, ve kterých dochází k poskytování dlouhodobé péče, aniž by se jednalo o hlavní činnost (nemocnice, fakultní nemocnice, ostatní), vybrání pouze smluvních odborností

uvedených výše, získáváme celistvý pohled na výdaje zdravotních pojišťoven na dlouhodobou péči v České republice.

Cílem následujících kapitol je zmapovat toky veřejných financí, které jsou určeny pro financování oblastí, které se skladbou klientů kryjí s potenciálními klienty systému dlouhodobé péče. K analyzování finančních toků byla použita podrobná data ze Státního závěrečného účtu. Výstupy nejsou uváděny po jednotlivých nákladových položkách, ale v agregované formě za jednotlivé skupiny v rámci členění dle Rozpočtové skladby. Disagregace na jednotlivé nákladové položky a jejich bližší zkoumání je možná pouze při mikropohledu na jednotlivé poskytovatele. Nákladovost jednotlivých poskytovatelů je však uvedena v jiné kapitole.

Financování sociálních služeb je koncipováno jako vícezdrojové, za hlavní zdroje můžeme označit úhrady uživatelů (ať již ve formě úhrady sociálních služeb, na které čerpají od státu příspěvek na péči, nebo ve formě úhrady hotelových služeb u pobytových služeb). Maximální výše úhrad je regulována vyhláškou MPSV. Dalším zdrojem jsou dotace od MPSV, které plynou skrze rozpočty krajů a jsou určeny k neinvestičnímu financování. Další složkou financování, kterou nelze pominout, jsou úhrady zdravotních pojišťoven za zdravotní úkony poskytnuté při poskytování sociálních služeb.

Financování dlouhodobé péče z veřejných prostředků je možné prostřednictvím příspěvku na péči, dotací ze státního, krajských a obecních rozpočtů (a z fondů veřejného zdravotního pojištění, jak bylo uvedeno v předchozí kapitole).

Údaje jsou z hlediska plátce členěny do tří kategorií na výdaje Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva práce a sociálních věcí, a výdaje krajů a obcí. Za skupinu obsahující výdaje obcí a krajů jsou zvlášť uvedeny výdaje sociální a zdravotní. V sociální i zdravotní kategorii jsou zařazeny vždy takové oblasti výdajů, u kterých lze předpokládat, že jsou vynakládány zejména na zajištění péče o klienty dlouhodobé péče ať již v sociálním nebo zdravotním systému. Veškeré výdaje jsou vždy rozlišeny na běžné a kapitálové. Při hledisku nákladnosti léčení a pečování o klienty spadající do kategorie dlouhodobé péče jsou klíčové výdaje běžné.

## Kapitola 3 – Výdaje státního rozpočtu na dlouhodobou péči – rezort sociální

Kapitoly 3 až 5 prezentují výstupy analýzy státního závěrečného účtu. Zkoumáním finančních toků z makroekonomického pohledu se snažíme identifikovat oblasti rozpočtů, ve kterých může být významnější zastoupení potenciálních klientů systému dlouhodobé péče. Tento postup na jednu stranu přehledně mapuje toky veřejných financí a poskytuje dobrý nadhled, na druhou stranu není schopen pochytit potřebný detail a rozklíčovat obsah jednotlivých položek. Sám o sobě tedy poskytuje jen hrubý odhad oblastí a objemu financí. Pro vytvoření komplexního pohledu je nutné výsledky interpretovat v souvislosti s analýzou jdoucí opačným směrem, tedy analýzou popisující údaje o pacientech a klientech na mikroekonomické úrovni.

Kapitola 3 pojednává o výdajích státního rozpočtu z kapitoly Ministerstva práce a sociálních věcí, mezi které patří zejména transfery poskytovatelům sociálních služeb. Objem prostředků, jejichž příjemci jsou v konečném důsledku příjemci dlouhodobé péče a zároveň jsou vypláceny Ministerstvem práce a sociálních věcí, odhadujeme na více než 6 miliard Kč.

Výdaje kapitoly Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) v roce 2010 tvořily více než 476 mld. Kč. Přímé výdaje rozpočtu MPSV se týkají hlavně transferů (dotací) poskytovatelům sociálních služeb. Výplata finančních dávek (příspěvek na péči ve výši 19 mld. Kč a další dávky pro občany se zdravotním postižením přesahující 5 mld. Kč) probíhá prostřednictvím obcí a proto se přímo v rozpočtu MPSV nezobrazuje.

TABULKA 3 VÝDAJE KAPITOLY MINISTERSTVA PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ V ROCE 2009 A 2010

tis. Kč	2009	2010
Výdaje na dávky důchodového pojištění	331 594 683	337 798 656
Výdaje na dávky státní sociální podpory	41 167 858	40 880 651
z toho rodičovský příspěvek,		27 765 385
z toho přídavek na dítě		3 875 492
Výdaje na dávky nemocenského pojištění	26 033 350	22 788 532
z toho nemocenská		14 943 716
Na podpory v nezaměstnanosti	15 077 723	13 354 778
Výdaje na aktivní politiku zaměstnanosti	4 954 111	6 172 074
Příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením	2 257 461	2 712 304

Zdroj: Ministerstvo financí, Státní závěrečný účet

Obecně lze transfery (dotace) rozdělit na:

- nenávratné dotace
  - účelové dotace – poskytovány na vymezený účel; jsou zpravidla zúčtovatelné, tzn. nevyčerpaná část dotace se musí vrátit,



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

- neúčelové dotace – poskytování není vázáno na předem vymezený účel a předem vymezené podmínky,
  - návratné finanční výpomoci (většinou poskytovány bezúročně nebo za úrok nižší), které jsou zpravidla poskytovány účelově

Účelové i neúčelové dotace mají charakter:

- neinvestiční dotace – běžné, které jsou poskytovány na financování běžných potřeb; u většiny dotací se jedná o dotace pravidelně se opakující na opakující se potřeby (neinvestiční, provozní potřeby) v rozpočtovém období, nebo
- investiční – kapitálové dotace, které jsou zpravidla jednorázové, pravidelně se neopakují a slouží k financování dlouhodobých (investičních) potřeb

Dotace jsou poskytovány podle § 101 zákona 18/2006 Sb., o sociálních službách, financování neinvestiční povahy a je možné je využít pouze k financování běžných výdajů, které souvisejí s poskytováním sociálních služeb v souladu se zpracovaným střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb podle dalších paragrafů tohoto zákona (§ 102 a 103). Tyto dotace mohou být MPSV poskytnuty přímo kraji, a to na krytí povinnosti kraje. Tato dotace je poskytována jako pomoc v mimořádné situaci. Poskytnutí této dotace se řídí Rozpočtovými pravidly. Podobně jako kraji může MPSV poskytnout dotace i obcím s rozšířenou působností k zabezpečení povinnosti obecního úřadu obce s rozšířenou působností zajistit péči osobám, kterým není poskytována sociální služba.

Účelové dotace poskytuje MPSV na podporu sociálních služeb, které mají celostátní či neregionální charakter, na činnosti, které mají rozvojovou povahu, zejména na vzdělávání pracovníků v sociálních službách, na podporu kvality sociálních služeb a na zpracování střednědobých plánů krajů a plánů obcí v oblasti sociálních služeb, a na mimořádné situace, kterými se rozumí zejména živelné pohromy, požáry, ekologické nebo průmyslové havárie.

Současný systém je postaven na tom, že kraje finanční prostředky pouze distribuují. Systém financování od 01. 01. 2014 (podle návrhu) bude postaven na samostatné odpovědnosti krajů za systém sociálních služeb. Kraje se stanou plně odpovědnými za sociální služby a jejich financování s tím, že MPSV bude nadále již pouze poskytovat krajům finanční prostředky, které částečně zajistí fungování systému sociálních služeb.

Výdaje MPSV dle jednotlivých paragrafů rozpočtové skladby je uveden v následující tabulce. Celkem se jedná o více než 6 mld. Kč. Podíl dlouhodobé péče však není možné jednoduše a jednoznačně určit.

Na invalidní důchody jednotlivých stupňů celkově připadá necelých 47 mld. Kč. Lze předpokládat, že osob odkázaných na pomoc druhých, které zároveň vyžadují lékařskou péči, bude nejvíce spadat do nejvyššího stupně. Právě tam je ale alokováno největší množství financí, ve výsledcích tato položka dosahuje více než 30 miliard korun. Součet běžných výdajů je tedy v tabulce pro Ministerstvo práce a sociálních věcí uváděn i ve variantě bez výdajů spojených s invalidními důchody.

TABULKA 4 VÝDAJE MINISTERSTVA PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, 2010

Třída	Paragraf	Schválený rozpočet (v tis. Kč) 1	Rozpočet po změnách (v tis. Kč) 2	Výsledek od počátku roku (v tis. Kč) 3
<b>Běžné výdaje</b>	Invalid.důchody 3.st	43 875 000	30 478 900	30 478 682
<b>Běžné výdaje</b>	Invalid.důchody 2.st	5 062 000	4 186 200	4 186 109
<b>Běžné výdaje</b>	Invalid.důchody 1.st	12 487 000	12 505 300	12 505 249
<b>Běžné výdaje</b>	Ošetřovné	670 000	460 000	431 452
<b>Běžné výdaje</b>	Zvýš.-bezmocnost	2 000	2 000	12
<b>Běžné výdaje</b>	Příspěvek na péči	2 000	2 000	1 024
<b>Běžné výdaje</b>	Osobní asistence	800 256	643 005	642 824
<b>Běžné výdaje</b>	Tísňová péče	9 080	11 595	11 595
<b>Běžné výdaje</b>	Průvodc.služby	6 471	5 917	5 917
<b>Běžné výdaje</b>	Chráněné bydlení	160 046	160 470	160 470
<b>Běžné výdaje</b>	Týden.stacionáře	57048	99 985	99 187
<b>Běžné výdaje</b>	Denní stacionáře	419 787	314 779	314 429
<b>Běžné výdaje</b>	Domovy	4 062 726	4 800 830	4 683 218
<b>Běžné výdaje</b>	Soc.sl.- zdrav.	123 603	93 227	92 827
<b>Běžné výdaje</b>	Ost. sl. soc. péče	141 790	167 485	123 346
<b>Běžné výdaje</b>	Soc.terap.dílňy	69783	34899	33 508
<b>Kapitál. výdaje</b>	Chráněné bydlení	0	9 000	9 000
<b>Kapitál. výdaje</b>	Domovy	16 360	152 669	399 616
<b>Kapitálové bez paragrafů "ostatní"</b>		<b>16 360 CZK</b>	<b>161 669 CZK</b>	<b>408 616 CZK</b>
<b>Běžné bez paragrafů "ostatní" a bez invalidních důchodů</b>		<b>6 382 800 CZK</b>	<b>6 628 707 CZK</b>	<b>6 476 463 CZK</b>
<b>Běžné bez paragrafů "ostatní"</b>		<b>67 806 800 CZK</b>	<b>53 799 107 CZK</b>	<b>53 646 503 CZK</b>
<b>Kapitálové celkem</b>		<b>16 360 CZK</b>	<b>161 669 CZK</b>	<b>408 616 CZK</b>
<b>Běžné celkem</b>		<b>67 948 590 CZK</b>	<b>53 966 592 CZK</b>	<b>53 769 849 CZK</b>

Zdroj: Ministerstvo financí, Státní závěrečný účet

V případě invalidních důchodů by bylo potřeba podívat se na data i z mikro-pohledu, a tak zjistit, jaký podíl příjemců invalidního důchodu je dlouhodobě sociálně i zdravotně v takovém stavu, aby byl přiřazen k dlouhodobé péči. Na základě agregovaných dat není možné takový odhad vyslovit.

Z dalších položek je nejvýznamnější výdaj na domovy přesahující čtyři a půl miliardy korun. Do této oblasti spadají domovy pro seniory a domovy pro osoby se zdravotním postižením. V obou typech domovů lze předpokládat vysoké procento osob splňujících charakteristiky pro zařazení do oblasti dlouhodobé péče. Především osoby v domovech pro osoby se zdravotním postižením jsou s největší pravděpodobností jak zdravotně, tak sociálně nesoběstačné.



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

Další přibližně miliardu korun výdajů tvoří sečtení položek osobní asistence a ošetřovné. Obě služby jsou poskytovány osobám, které jsou alespoň částečně odkázány na pomoc druhých a opět lze očekávat vysoký podíl klientů dlouhodobé péče.

V oblasti kapitálových výdajů je pochopitelně jedinou dominantní položkou výdaj na domovy.

## ***Kapitola 4 – Výdaje státního rozpočtu na dlouhodobou péči – rezort zdravotnictví***

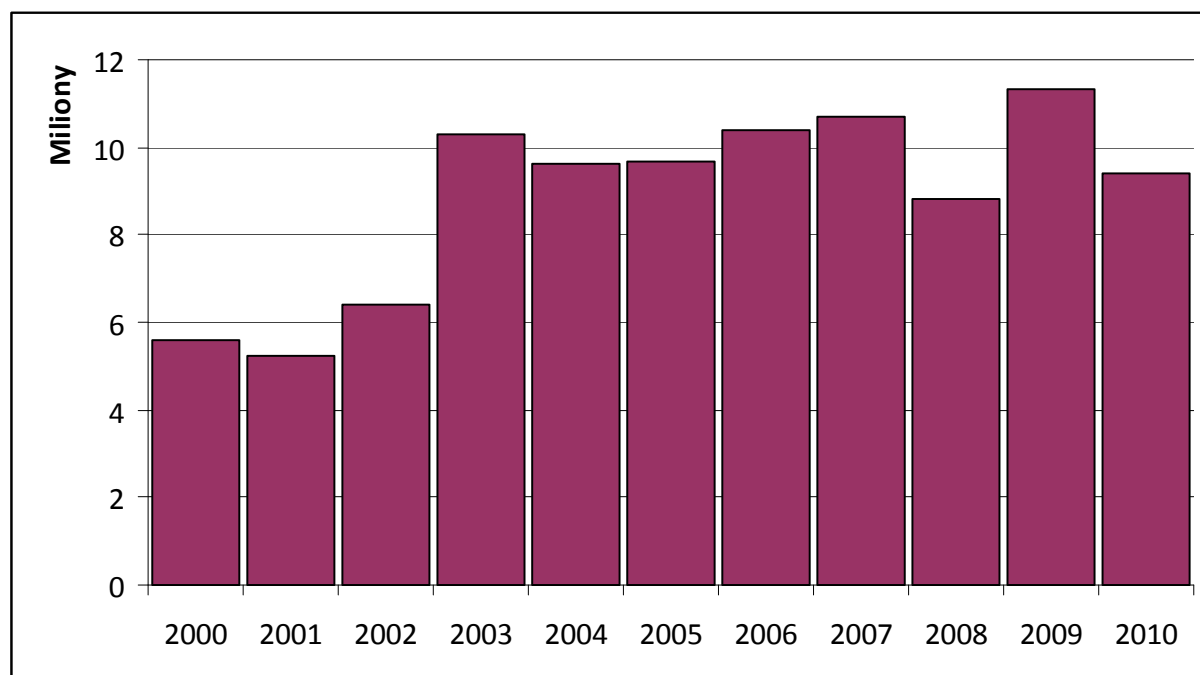
Kapitola pojednává o výdajích státního rozpočtu z kapitoly Ministerstva zdravotnictví, mezi které patří zejména investiční výdaje na odborné léčebné ústavy, na lázeňské léčebny, na ozdravovny a sanatoria a na pomoc zdravotně postiženým a chronicky nemocným. Objem prostředků, jejichž příjemci jsou v konečném důsledku příjemci dlouhodobé péče, odhadujeme na 0,5 miliardy Kč.

Dalším rezortem, který z veřejných prostředků investuje do dlouhodobé péče, je Ministerstvo zdravotnictví (MZ).

MZ má 59 příspěvkových organizací a 20 organizačních složek státu včetně vlastního ministerstva. Z rozpočtu kapitoly MZ jsou kromě přímo řízených organizací poskytovány také dotace občanským sdružením, charitativním organizacím a ostatním subjektům v rámci plnění zdravotnických programů a projektů výzkumu a vývoje.

Celkový schválený rozpočet výdajů kapitoly 335 – MZ ČR na rok 2010 činil 9,2 mld. Kč.

GRAF 1 CELKOVÉ VÝDAJE MZČR



Zdroj: Ministerstvo financí, Státní závěrečný účet

Poznámka: Vyšší objem výdajů za rok 2003 byl zapříčiněn tím, že poprvé obsahoval i kapitálové výdaje určené organizacím v územní působnosti, zatímco dříve byly tyto výdaje v kapitole Okresních úřadů.

## Výdaje MZ spojené s dlouhodobou péčí

Z Rozpočtové skladby lze vybrat paragrafy, které souvisejí s poskytováním dlouhodobé péče, a lze proto říci, které veřejné výdaje se vydávají z rozpočtu MZ na dlouhodobou péči. V případě MZ se jedná převážně o investiční respektive kapitálové výdaje. Celkově se jedná o necelé 2 mld. Kč, přičemž je velmi těžké odhadnout, nakolik je v rámci Ostatní specializované péče zahrnuta dlouhodobá péče.

Z jednotlivých paragrafů byly jako relevantní pro oblast dlouhodobé péče vybrány: odborné léčebné ústavy; pomoc zdravotně postiženým a chronicky nemocným; lázeňské léčebny, ozdravovny a sanatoria. V těchto oblastech lze předpokládat vysoký podíl pacientů, kteří patří do kategorie dlouhodobé péče. Další paragrafy, jejichž výdaje lze částečně uvažovat, jsou: ostatní ústavní péče; ostatní zdravotnická zařízení; ostatní speciální zdravotní péče.

V následující tabulce jsou přehledně uvedeny výdaje MZ. Výsledné číslo je horním odhadem finančních toků, které by mohly spadat do kategorie dlouhodobé péče. Jen obtížně lze odhadnout, jaký podíl pacientů by v daných zařízeních do dlouhodobé péče spadal a jaký podíl celkových nákladů příslušné kategorie je spojen s jejich léčbou. Pro takový odhad by musela být zkoumána struktura pacientů v daných typech zařízení z dat zdravotních pojišťoven, kde by bylo možné tento podíl určit. Agregovaný pohled do státního závěrečného účtu je velmi hrubý.

Problematická je také otázka paragrafů „ostatní ústavní péče“, „ostatní zdravotnická zařízení“ a „ostatní specializovaná zdravotní péče“. V těchto kategoriích se pravděpodobně budou nacházet různé ojedinělé typy zařízení. Minimálně v kategorii ostatní ústavní péče lze předpokládat část pacientů, kteří spadají do kategorie péče dlouhodobé.

Je možné konstatovat, že do dlouhodobé péče spadá vysoké procento pacientů léčících se v léčebnách dlouhodobě nemocných (LDN). Běžné výdaje na jejich provoz v roce 2010 celkově dosahovaly 31 milionů korun, přičemž tyto výdaje byly financovány pouze z rozpočtů krajů a obcí, jelikož Ministerstvo zdravotnictví žádné LDN nespravuje. Vysoký podíl dlouhodobých pacientů, kteří jsou zároveň klienty systému sociální péče, lze předpokládat i v hospicích a odborných léčebných ústavech.

Celkové finance vynaložené z veřejných rozpočtů na běžné výdaje v zařízeních s očekávaným vyšším podílem pacientů, kteří čerpajících dlouhodobou péči, je pouhých 27 milionů korun ročně (vynecháme-li paragrafy „ostatní“). Kapitálové výdaje do těchto oblastí jsou ještě přibližně o 77 milionů korun vyšší (opět vynecháme-li paragrafy „ostatní“).



TABULKA 5 VÝDAJE MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ

Třída	Paragraf	Schválený rozpočet (v tis. Kč)	Rozpočet po změnách (v tis. Kč)	Výsledek od počátku roku (v tis. Kč)
<b>Běžné výdaje</b>	Odb.léčeb.ústavy	0	8 973	8 973
<b>Běžné výdaje</b>	Ost.ústav.péče	23 412	16 299	6 300
<b>Běžné výdaje</b>	Ost.zdrav.zař.	221 996	226 723	156 255
<b>Běžné výdaje</b>	Pom.zdr.postiž.a chr	18 050	18 050	18 050
<b>Běžné výdaje</b>	Ost.spec.zdr.péč	239 981	526 581	146 025
<b>Kapitál. výdaje</b>	Odb.léčeb.ústavy	10 000	18 311	88 841
<b>Kapitál. výdaje</b>	Lázeň.léč.ozdrav.san	1 000	502	502
<b>Kapitál. výdaje</b>	Ost.ústav.péče	118 000	134 440	391 632
<b>Kapitál. výdaje</b>	Ost.zdrav.zař.	2 000	15 629	27 716
<b>Kapitál. výdaje</b>	Pom.zdr.postiž.a chr	17 000	17 000	15 168
<b>Kapitál. výdaje</b>	Ost.spec.zdr.péč	778 995	1 674 582	1 011 439
<b>Kapitálové bez paragrafů "ostatní"</b>		<b>28 000 CZK</b>	<b>35 813 CZK</b>	<b>104 513 CZK</b>
<b>Běžné bez paragrafů "ostatní"</b>		<b>18 050 CZK</b>	<b>27 023 CZK</b>	<b>27 023 CZK</b>
<b>Kapitálové celkem</b>		<b>926 995 CZK</b>	<b>1 860 464 CZK</b>	<b>1 535 301 CZK</b>
<b>Běžné celkem</b>		<b>503 439 CZK</b>	<b>796 626 CZK</b>	<b>335 604 CZK</b>

Zdroj: Ministerstvo financí, Státní závěrečný účet

Tento v zásadě zanedbatelný podíl je dán strukturou zařízení spravovaných Ministerstvem zdravotnictví. Ze zdravotnických zařízení je ministerstvo zřizovatelem fakultních nemocnic a různých dalších vysoce specializovaných zdravotnických pracovišť. V těchto zařízeních se nacházejí především pacienti s akutními problémy. Pohled na financování například v oblasti LDN z veřejných rozpočtů je třeba utvářet z pohledu krajů a obcí.

Pohled na výdaje spojené se zdravotnickými zařízeními je výrazně přehlednější a jednodušší, než pohled na toky financí spojené s výdaji na sociální péči. Paragrafů, u kterých lze předpokládat vysoký podíl potenciálních klientů dlouhodobé péče, není v případě zdravotnictví tak velké množství. Výdaje jsou přehledně uvedeny v tabulkách 6 a 7. Opět se zde vyskytují problematické kategorie typu „ostatní“. Pro úplnost jsou v tabulce uvedeny.

Nejvýznamnější položkou na straně běžných výdajů je jednoznačně ostatní ústavní péče. Vzhledem k faktu, že se jedná o péči ústavní, lze v této kategorii předpokládat podíl pacientů, kteří splňují charakteristiky péče dlouhodobé.

## Kapitola 5 – Výdaje krajů a obcí na dlouhodobou péči

Kapitola pojednává o výdajích krajů a obcí, mezi které patří příspěvek na péči a výdaje spojené s rolí zřizovatele mnoha zdravotnických zařízení poskytujících dlouhodobou péči. Výdaje na příspěvek na péči dosáhly v roce 2010 výše 19,5 miliardy Kč, ostatní výdaje odhadujeme na 7,3 miliardy Kč. Právě výdaje místních samosprávních celků jsou z pohledu toků veřejných financí nejzajímavější pro oblast dlouhodobé péče.

Problematika identifikace dlouhodobé péče v rámci státního závěrečného účtu je identická při sledování výdajů obcí a krajů.

Kraje a obce jsou na rozdíl od ministerstev zřizovateli mnoha zdravotnických zařízení i v oblasti dlouhodobé péče, což bylo potvrzeno v rámci analýz kapacit. Výdaje obcí a krajů ve zdravotnictví v oblasti dlouhodobé péče mohou maximálně dosahovat 7,3 mld. Kč, přičemž součástí je i vysoký podíl kapitálových výdajů.

TABULKA 6 VÝDAJE OBCÍ, DOS, KRAJSKÝCH ÚŘADŮ A REGIONÁLNÍCH RAD NA ZDRAVOTNÍ PÉČI, 2010

třída	paragraf - název	schválený rozpočet	realizovaný rozpočet
<b>Kapitál. výdaje</b>	Hospice	170 849 000 CZK	160 294 030 CZK
<b>Běžné výdaje</b>	Hospice	9 969 000 CZK	37 174 240 CZK
<b>Kapitál. výdaje</b>	Lázeň.léč.ozdrav.san	63 481 000 CZK	110 619 250 CZK
<b>Běžné výdaje</b>	Lázeň.léč.ozdrav.san	58 637 000 CZK	72 736 270 CZK
<b>Kapitál. výdaje</b>	Léčebny dl.nemocných	24 138 000 CZK	21 028 430 CZK
<b>Běžné výdaje</b>	Léčebny dl.nemocných	32 127 000 CZK	31 017 400 CZK
<b>Kapitál. výdaje</b>	Odb.léčeb.ústavy	100 490 490 CZK	142 054 770 CZK
<b>Běžné výdaje</b>	Odb.léčeb.ústavy	171 158 600 CZK	160 557 700 CZK
<b>Kapitál. výdaje</b>	Ost.spec.zdr.péč	200 000 CZK	1 377 370 CZK
<b>Běžné výdaje</b>	Ost.spec.zdr.péč	17 230 500 CZK	26 675 050 CZK
<b>Kapitál. výdaje</b>	Ost.ústav.péče	52 800 000 CZK	116 131 730 CZK
<b>Běžné výdaje</b>	Ost.ústav.péče	650 942 700 CZK	655 542 280 CZK
<b>Kapitál. výdaje</b>	Ost.zdrav.zař.	18 419 000 CZK	56 023 770 CZK
<b>Běžné výdaje</b>	Ost.zdrav.zař.	200 331 590 CZK	219 921 340 CZK
<b>Kapitál. výdaje</b>	Ostatní nemocnice	2 447 352 260 CZK	3 541 445 620 CZK
<b>Běžné výdaje</b>	Ostatní nemocnice	586 786 470 CZK	1 968 496 810 CZK
<b>Kapitál. výdaje</b>	Pom.zdr.postiž.a chr	8 793 620 CZK	6 689 340 CZK
<b>Běžné výdaje</b>	Pom.zdr.postiž.a chr	28 702 600 CZK	25 171 350 CZK
<b>Kapitál. výdaje</b>	Progr.paliativní péče	0 CZK	0 CZK
<b>Běžné výdaje</b>	Progr.paliativní péče	3 000 CZK	2 259 000 CZK
<b>Celkem kapitálové bez paragrafů "ostatní"</b>		<b>367 752 110 CZK</b>	<b>440 685 820 CZK</b>
<b>Cekem běžné bez paragrafů "ostatní"</b>		<b>300 597 200 CZK</b>	<b>328 915 960 CZK</b>
<b>CELKEM KAPITÁLOVÉ</b>		<b>2 886 523 370 CZK</b>	<b>4 155 664 310 CZK</b>
<b>CELKEM BĚŽNÉ</b>		<b>1 755 888 460 CZK</b>	<b>3 199 551 440 CZK</b>

Zdroj: Ministerstvo financí, Státní závěrečný účet

Mezi výdaji obcí a krajů je nejvýznamnější položkou příspěvek na péči. Na tento paragraf v roce 2010 připadalo 19,5 miliardy Kč. Další položky, které přesahují jednu miliardu, jsou domovy a osobní asistence. Veškeré údaje je opět nutné brát jako horní odhady financí potenciálně spojených s dlouhodobou péčí, protože ne všechny příjemce lze označit jako poskytovatele dlouhodobé péče.

Materiál přehledně mapuje finanční toky z veřejných prostředků v daných kategoriích. Pro správnou interpretaci výsledků je ovšem klíčové propojit údaje získané pohledem na agregát s údaji získanými pohledem na mikro-úrovni. Jedině tak je možné spolehlivě oddělit v rámci jednotlivých paragrafů podíly výdajů spojených s dlouhodobou péčí.

Shrneme-li údaje uvedené v obou tabulkách, můžeme říci, že finanční toky do oblastí s pacienty dlouhodobé péče nemohou přesáhnout cca 59 miliard Kč. To je totiž součet finančních toků do všech sociálních i zdravotních oblastí, kde taková pacientů mohou být situováni. Je ovšem nutné si uvědomit, že uvedená cifra je velmi nadsazeným horním odhadem, jelikož v různých segmentech se podíl potenciálních klientů dlouhodobé péče bude velmi vysoce lišit. Na druhou stranu je možné konstatovat, že náklady nebudou nižší než přibližně 20 miliard korun, jelikož téměř celou tuto částku vyplní pouze příspěvek na péči, aniž bychom uvažovali všechny ostatní položky.

TABULKA 7 VÝDAJE OBCÍ, DOS, KRAJSKÝCH ÚŘADŮ A REGIONÁLNÍCH RAD, 2010

třída	paragraf - název	schválený rozpočet	realizovaný rozpočet
Běžné výdaje	Bezbar. byt	65 102 600 CZK	65 178 400 CZK
Běžné výdaje	Cent.soc.reh.sl.	179 972 920 CZK	222 974 500 CZK
Běžné výdaje	Denní stacionáře	150 877 880 CZK	178 556 970 CZK
Běžné výdaje	Domovy	2 501 958 290 CZK	2 582 611 180 CZK
Běžné výdaje	Domovy-penziony	4 000 CZK	2 000 CZK
Běžné výdaje	Chráněné bydlení	39 943 650 CZK	66 333 910 CZK
Běžné výdaje	Odb.soc.poradenství	11 649 400 CZK	17 183 550 CZK
Běžné výdaje	Os.dáv.zd.postiž	470 000 CZK	312 000 CZK
Běžné výdaje	Osobní asistence	1 346 638 940 CZK	1 408 542 760 CZK
Běžné výdaje	Ost. soc. péče	261 745 020 CZK	439 191 510 CZK
Běžné výdaje	Ost.správa SZ,PZ	2 501 000 CZK	1 402 670 CZK
Běžné výdaje	OstSl soc.péče	375 519 740 CZK	273 816 420 CZK
Běžné výdaje	Ost. soc.porad.	57 446 300 CZK	32 444 840 CZK
Běžné výdaje	Pečovatelská sl.	0 CZK	3 000 CZK
Běžné výdaje	Průvodc.služby	235 700 CZK	650 020 CZK
Běžné výdaje	Přísp.ind.dopr.	20 703 500 CZK	32 410 790 CZK
Běžné výdaje	Příspěvek na péči	9 112 679 000 CZK	19 599 244 220 CZK
Běžné výdaje	Soc.sl.- zdrav.	10 895 000 CZK	9 657 490 CZK
Běžné výdaje	Soc.terap.dílny	4 670 800 CZK	40 197 560 CZK
Běžné výdaje	Nákup mot. vozu	243 979 000 CZK	359 945 280 CZK
Běžné výdaje	Provoz mot. vozu	845 730 000 CZK	920 677 310 CZK
Běžné výdaje	Tísňová péče	3 159 600 CZK	3 889 300 CZK
Běžné výdaje	Týden.stacionáře	17 857 000 CZK	28 050 580 CZK
Běžné výdaje	Zákl.soc.poradenství	16 510 300 CZK	27 585 240 CZK
Běžné výdaje	Zvl. pomůcky	236 669 700 CZK	412 965 070 CZK
Kapitál. výdaje	Cent.soc.reh.sl.	20 000 000 CZK	48 036 850 CZK
Kapitál. výdaje	Denní stacionáře	50 578 880 CZK	103 612 680 CZK
Kapitál. výdaje	Domovy	1 431 229 500 CZK	2 023 150 510 CZK
Kapitál. výdaje	Chráněné bydlení	127 672 000 CZK	186 366 120 CZK
Kapitál. výdaje	Odb.soc.poradenství	0 CZK	135 000 CZK
Kapitál. výdaje	Osobní asistence	383 461 240 CZK	310 900 120 CZK
Kapitál. výdaje	Ost. soc. péče	2 940 000 CZK	50 499 170 CZK
Kapitál. výdaje	OstSl soc.péče	80 526 700 CZK	85 638 520 CZK
Kapitál. výdaje	Ost. soc.porad.	180 000 CZK	1 249 460 CZK
Kapitál. výdaje	Soc.sl.- zdrav.	4 550 000 CZK	250 000 CZK
Kapitál. výdaje	Soc.terap.dílny	36 655 000 CZK	34 300 650 CZK
Kapitál. výdaje	Tísňová péče	5 813 000 CZK	9 060 250 CZK
Kapitál. výdaje	Týden.stacionáře	500 000 CZK	2 291 530 CZK
Kapitál. výdaje	Zákl.soc.poradenství	720 000 CZK	2 721 890 CZK
Běžné bez paragrafů "ostatní"		<b>14 809 237 280 CZK</b>	<b>25 976 659 130 CZK</b>
Kapitálové bez paragrafů "ostatní"		<b>2 061 179 620 CZK</b>	<b>2 720 825 600 CZK</b>
Běžné celkem		<b>15 506 919 340 CZK</b>	<b>26 723 826 570 CZK</b>
Kapitálové celkem		<b>2 144 826 320 CZK</b>	<b>2 858 212 750 CZK</b>

Zdroj: Ministerstvo financí, Státní závěrečný účet

## ***Kapitola 6 – Výdaje veřejného zdravotního pojištění na dlouhodobou péči***

Kapitola pojednává o výdajích veřejných zdravotních pojišťoven na dlouhodobou péči, mezi které patří platby za domácí zdravotní péči, za ošetrovatelskou a rehabilitační péči poskytnutou v zařízeních sociálních služeb, za neakutní péči v nemocnicích a za péči ve vybraných lůžkových zdravotnických zařízeních (léčebny dlouhodobě nemocných, odborné léčebné ústavy, ošetrovatelská lůžka, psychiatrické léčebny, hospice). Objem prostředků, jejichž příjemci jsou v konečném důsledku příjemci dlouhodobé péče, odhadujeme dle použité metodiky na 13 až 15 miliard Kč.

Výdaje na dlouhodobou péči hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění identifikujeme v oblasti zvláštní ambulantní péče, a to domácí zdravotní péče a ošetrovatelské a rehabilitační péče v zařízeních sociálních služeb, dále v oblasti neakutní péče v nemocnicích a v neposlední řadě v oblasti péče ve vybraných lůžkových zdravotnických zařízeních, mezi které patří léčebny dlouhodobě nemocných, odborné léčebné ústavy, psychiatrické léčebny a hospice.

### **Výdaje na domácí zdravotní péči**

V této části budeme analyzovat data Ministerstva zdravotnictví na základě dat z Výročních zpráv zdravotních pojišťoven a na základě Systému zdravotnických účtů (SHA).

Péče v domácnostech může být poskytována jak v soukromých domácnostech, tak v institucionálních domácnostech. V soukromých domácnostech působí odbornost 925, v institucionálních domácnostech odbornost 913.

Výdaje zdravotních pojišťoven na domácí zdravotní péči přesáhly v roce 2010 dle údajů Ministerstva zdravotnictví 1,3 mld. Kč. Zatímco meziročně došlo v roce 2010 k mírnému poklesu výdajů oproti roku 2009, v roce 2009 zaznamenala domácí zdravotní péče naopak meziroční nárůst o 28 %. Výdaje na domácí zdravotní péči z celého objemu nákladů veřejného zdravotního pojištění tvoří 0,5%.

TABULKA 8 VÝVOJ VÝDAJŮ ZP NA DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČI V MIL. KČ

	2007	2008	2009	2010
<b>na domácí zdravotní péči</b> (roky 2007 až 2009 pouze odbornost 925, v roce 2010 odbornosti 925,911,914,916 a 921)	986,26	1 064,71	1 367,56	1 318,24
<b><i>z toho: domácí zdravotní péče odbornost 925(mil. Kč)</i></b>				1 171,51

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví

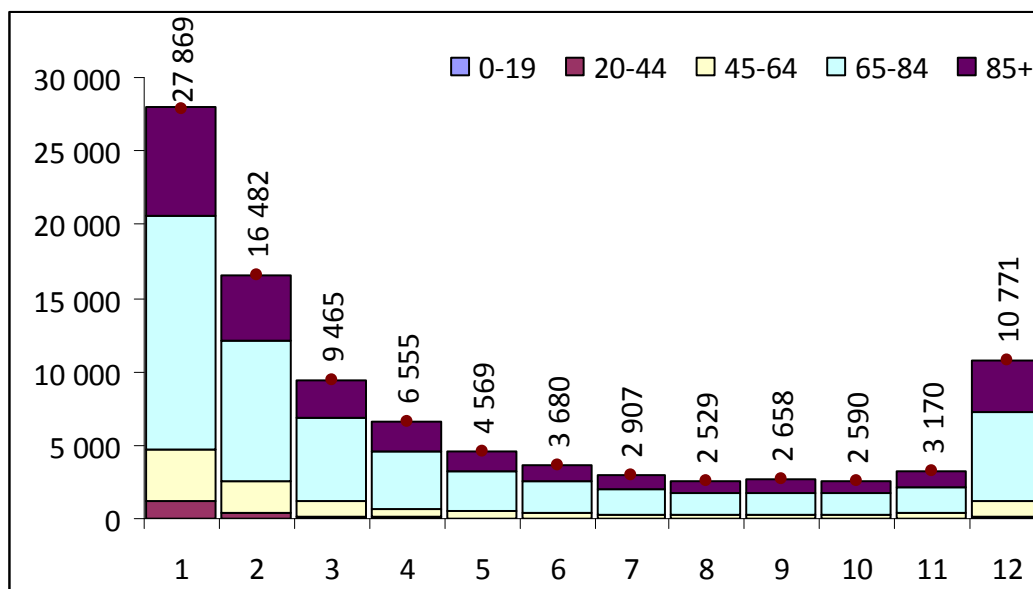
## Měsíční výdaje na domácí zdravotní péči

Pro odhady důsledků jakýchkoli změn v oblasti dlouhodobé péče potřebuje kvantifikovat „standardní“ náklady pojištěnců na dané časové období. Pro tento účel jsme zpracovali data Všeobecné zdravotní pojišťovny z období 2. pol. 2009 a 1. pol. 2010, tedy v délce jednoho roku. V tomto období čerpalo domácí zdravotní péči přes 93 tisíc pojištěnců VZP ČR, což při předpokladu 65% podílu VZP na trhu znamená 143 tisíc osob čerpající domácí zdravotní péči v celé ČR. Přestože věková struktura pojištěnců VZP ČR neodpovídá zcela struktuře ostatních pojištěoven, odhad počtu osob čerpajících domácí zdravotní péči na základě extrapolace odpovídá i údajům ÚZIS (ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 16/2011).

Přes polovinu osob čerpá domácí zdravotní péči ne déle než 3 měsíce. 42% osob čerpá domácí zdravotní péči déle než 3 měsíce, což však v nákladech činí 88%.

V případě, že neznáme počty pacientů podle stupňů závislosti, musíme vytvořit předpoklad jejich počtu. **Za předpokladu, že do dlouhodobé péče zahrneme osoby, které čerpají domácí zdravotní péči déle než 3 měsíce, jedná se o cca 60 000 osob a cca 950 mil. Kč.** Následující graf ukazuje, že se ve většině jedná o osoby starší 65 let, kde je koncentrace příjemců příspěvku na péči relativně vysoká, takže lze očekávat, že se bude jednat o velký podíl příjemců příspěvku na péči, kteří spotřebovávají domácí zdravotní péči. Tuto informaci z agregátních dat nelze zjistit.

GRAF 2 POČTY POJIŠTĚNCŮ VZP, KTERÍ ČERPALI DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČI (2. POL. 2009 A 1. POL. 2010) PODLE DÉLKY ČERPÁNÍ DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE DLE VĚKOVÝCH SKUPIN



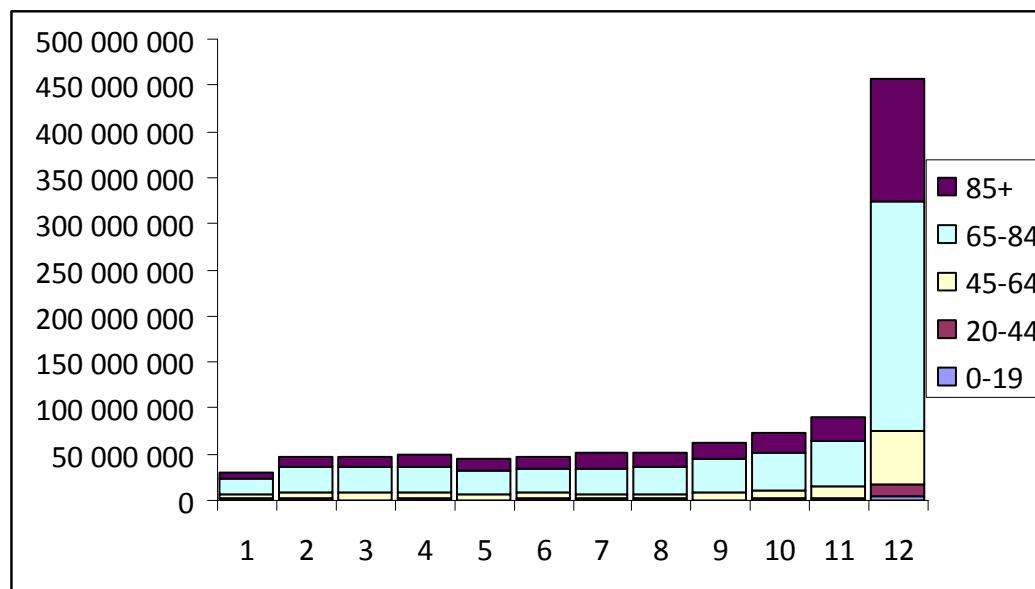
Poznámka: Počet unikátně ošetřených pacientů v odbornosti 925 v daném období

Zdroj: VZP ČR

Ačkoli nejvyšší počet pojištěnců čerpající domácí zdravotní péči tuto péči čerpá pouze několik měsíců, pojí se s touto spotřebou relativně nízké náklady, a to průměrně řádově 1500 Kč na měsíc. Jedná se patrně o domácí péči, která navazuje na ukončení hospitalizace. Ošetřující

lékař v lůžkovém zdravotnickém zařízení může indikovat domácí zdravotní péči i 2 týdny po ukončení hospitalizace.

GRAF 3 STRUKTURA NÁKLADŮ NA DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČI POJIŠTĚNCŮ VZP ČR PODLE DÉLKY ČERPÁNÍ V MĚSÍCÍCH ROKU A VĚKU POJIŠTĚNCŮ, V KČ



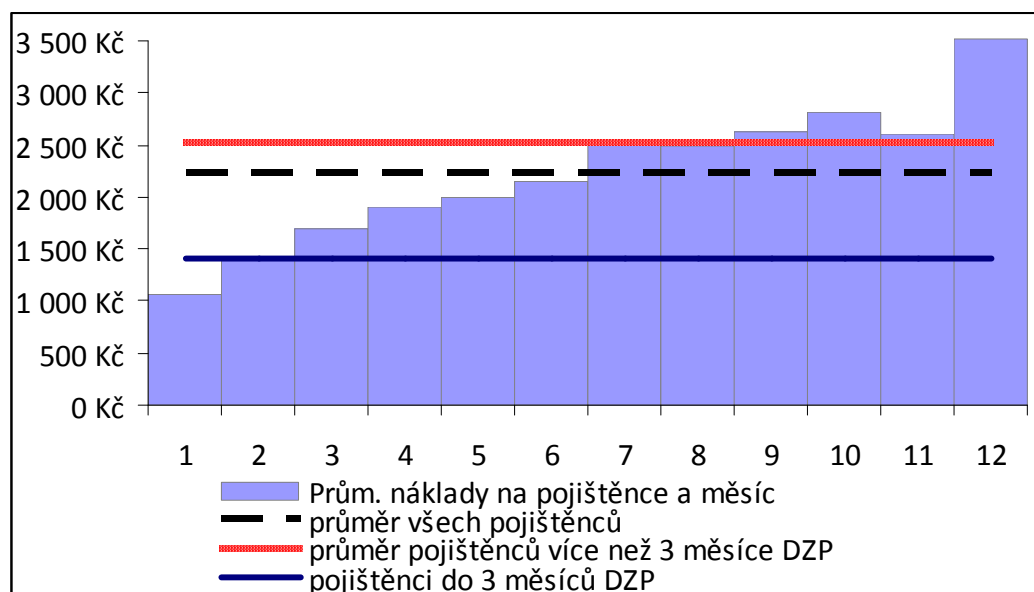
Zdroj: VZP ČR

Více jak polovina nákladů je spojena s pacienty, kteří domácí zdravotní péči spotřebovávají celoročně (nebo téměř celoročně). Jedná se zřejmě o chronicky nemocné pacienty. Regionální dostupnost domácí zdravotní péče je ale velmi regionálně odlišná, jak ukazují data ÚZIS uvedené ve výše zmiňované aktuální informaci č.16/2011.

Průměrná výše úhrady za domácí zdravotní péči se pohybuje mezi 1000 Kč a 3500 Kč za měsíc podle délky čerpání domácí zdravotní péče. V případě krátkodobého čerpání zdravotní péče se zřejmě jedná o domácí zdravotní péči následující hospitalizaci, kdy dochází ke stabilizaci a zlepšení zdravotního stavu. Naopak u osob, které potřebují domácí zdravotní péči celoročně, jsou náklady nejvyšší (průměrně 3500 Kč měsíčně). Jedná se zřejmě o intenzivnější potřebu domácí zdravotní péče.



GRAF 4 PRŮMĚRNÉ NÁKLADY NA DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČI NA POJIŠTĚNCE PODLE DÉLKY ČERPÁNÍ, VZP



Zdroj: VZP ČR

### Výdaje na ošetrovatelskou a rehabilitační péči

Výdaje zdravotních pojišťoven na ošetrovatelskou a rehabilitační péči poskytnutou v zařízeních sociálních služeb dosáhly v roce 2010 výše 966,9 milionů Kč. Oproti roku 2009 došlo k nárůstu o necelá 3%, v předchozích letech ovšem dosahovaly výdaje nadprůměrného růstu (v roce 2008 meziročně 28 %, v roce 2009 32 %).

TABULKA 9 VÝVOJ VÝDAJŮ ZP NA OŠETŘOVATELSKOU A REHABILITAČNÍ PÉČI V MIL. Kč

	2007	2008	2009	2010
<b>na ošetrovatelskou a rehabilitační péči poskytnutou v zařízeních sociálních služeb (§ 22 písm. e) zákona č. 48/1997 Sb., ve znění zákona č. 109/2006 Sb.) (odbornost 913)</b>	547,02	702,32	939,88	966,89

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví

Odborná ošetrovatelská péče není z větší části substituovatelná neformální péčí, ale zajišťování péče v domácnosti různým způsobem modifikuje inicializaci formální péče – sociální i zdravotnické. Faktorů, které na proces působí, je mnoho a budou popsány v samostatné části o substituci domácí péče.

V systému zdravotnických účtů je možné oba výše popsané druhy zvláštní ambulantní péče analyzovat nejen podle věkových kategorií, ale i podle jednotlivých regionů.

Regiony s nejvyššími náklady na obyvatele jsou vázány na oblasti s vysokou koncentrací poskytovatelů. Náklady na odbornosti 925 a 913 mají odlišné rozdělení, ve kterém je naznačeno nižší čerpání v okolí soustředěných zdravotnických kapacit v Praze a v Brně. Výše čerpání prostředků na odbornosti domácí péče má vlastní charakter, který nesouvisí s čerpáním jiné zdravotní péče.



Dalším výdajem, který souvisí s dlouhodobou péčí, jsou výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči ve zdravotnických zařízeních poskytnutou osobám umístěným v nich z jiných, než zdravotních důvodů dosáhl dle údajů MZ v roce 2010 výše 52,2 milionů Kč. Výdaje nepředstavují významnou složku výdajů zdravotních pojišťoven na dlouhodobou péči.

### Ošetřovatelská péče v rámci ústavní zdravotní péče

Výdaje zdravotních pojišťoven na dlouhodobou péči v nemocnicích nebyly do roku 2009 Ministerstvem zdravotnictví samostatně sledovány, v roce 2010 dosahovala neakutní lůžková péče (definovaná kódem ošetřovacího dne 00005 nebo 00024) **2 825,1 mil. Kč**. Z hlediska celkových výdajů zdravotních pojišťoven na péči v nemocnicích tato částka představuje pouze necelá 3% výdajů, z hlediska dlouhodobé péče ovšem představuje významný podíl celkových výdajů.

Náklady zdravotních pojišťoven na péči poskytovanou v Odborných léčebných ústavech dosáhly dle Ministerstva zdravotnictví v roce 2010 výše **6 miliard Kč**, z toho **4,3 miliard směřovalo na psychiatrickou péči, 1 mld. Kč na péči rehabilitační a 316 mil. Kč na péči pneumologickou a ftizeologickou (a 216 mil. Kč na ostatní ústavy)**. Výdaje na péči v LDN přesáhly **2,2 mld. Kč, výdaje na ošetřovatelská lůžka potom 526 mil. Kč**. Ve srovnání s předchozími roky došlo v roce 2010 k významnému poklesu výdajů v lůžkách všech zmiňovaných typů dlouhodobé péče.

TABULKA 10 VÝVOJ VÝDAJŮ ZP NA PÉČI V OLÚ, LDN A NA OŠETŘOVATELSKÝCH LŮŽKÁCH V MIL KČ

	2007	2008	2009	2010
<b>odborné léčebné ústavy</b> (odborné léčebné ústav s výjimkou LDN a ošetřovatelských lůžek)	5 449	5 423	6 425	6 003
<b>léčebny dlouhodobě nemocných</b> (samostatná zdravotnická zařízení vykazující kód ošetřovacího dne 00024)	4 027	3 408	3 942	2 218
<b>ošetřovatelská lůžka</b> (samostatná zdravotnická zařízení vykazující kód ošetřovacího dne 00005)	984	981	1 072	526

Poznámka: Ošetřovací den 00005 se vykazuje na ošetřovatelských lůžkách, 00021 se vykazuje v psychiatrických odborných léčebných ústavech, 00024 se vykazuje na lůžkách odborných léčebných ústavů, 00029 se vykazuje na lůžkách dětských odborných léčebných ústavů

Zdroj: MZČR

Celkový přehled o výdajích zdravotních pojišťoven nabízí následující tabulka.

TABULKA 11 CELKOVÝ PŘEHLED VÝVOJE VÝDAJŮ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN NA DLOUHODOBOU PÉČI V MIL. KČ

	2007	2008	2009	2010
<b>na domácí zdravotní péči</b> (roky 2007 až 2009 pouze odbornost 925, v roce 2010 odbornosti 925,911,914,916 a 921)	986,2	1 064,7	1 367,5	1 318,2
<i>z toho: domácí zdravotní péče odbornost 925</i>				1 171,1
<b>na zdravotní péči ve zdravotnických zařízeních poskytnutou osobám umístěným v nich z jiných než zdravotních důvodů</b> (§ 22 písm. c) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (dále jen zákon č. 48/1997 Sb.)) (odbornost 913)	36	35	45	52
<b>na ošetrovatelskou a rehabilitační péči poskytnutou v zařízeních sociálních služeb</b> (§ 22 písm. e) zákona č. 48/1997 Sb., ve znění zákona č. 109/2006 Sb.) (odbornost 913)	547,0	702,3	939,8	966,8
<b>nemocnice, neakutní lůžková péče (OD 00005, příp. 00024)</b>				2932,5
<b>odborné léčebné ústavy</b> (odborné léčebné ústav s výjimkou LDN a ošetrovatelských lůžek)	5 449	5 423	6 425	6003
<b>léčebny dlouhodobě nemocných</b> (samostatná zdravotnická zařízení vykazující kód ošetrovacího dne 00024)	4 027	3 408	3 942	2218
<b>ošetrovatelská lůžka</b> (samostatná zdravotnická zařízení vykazující kód ošetrovacího dne 00005)	984	981	1 072	526
<b>Celkem</b>	12 029	11 614	13 791	14 017

Zdroj: MZČR

### Průměrná úhrada na ošetrovací den dle údajů VZP

Průměrná úhrada na ošetrovací den byla vypočtena na základě údajů VZP jako podíl celkové úhrady pro danou odbornost a vykázaného počtu ošetrovacích dní. Nejvyšších průměrných úhrad dosahují pracoviště psychiatrické ústavní lůžkové péče. Napříč kraji nelze pozorovat systematicky nižší nebo vyšší úhrady dle kraje. (Viz příloha)

Průměrná úhrada se pohybuje mezi 1000 – 1400 Kč denně, v praxi velmi záleží na smluvním ujednání ohledně úhrady za režijní náklady a úhrady se také liší podle kategorie pacienta.

TABULKA 12 PRŮMĚRNÁ ÚHRADA NA OŠETŘOVACÍ DEN DLE ODBORNOSTI

Odbornost	Název odbornosti	Průměrná úhrada na ošetřovací den
1U1	Pracoviště dlouhodobé (chronické) interní lůžková péče – U typu	1 308 Kč
2U1	Pracoviště dlouhodobé ústavní lůžková rehabilitační péče – U typu	1 299 Kč
2U5	Pracoviště dlouhodobé ústavní lůžková TRN a pneumolog.péče - U typu	1 060 Kč
3U1	Pracoviště dlouhodobé (chronické) ústavní lůžková péče pediatrické – U typu	952 Kč
3U5	Pracoviště dlouhodobé (chronické) ústavní lůžková péče psychiatrická – U typu	1 349 Kč
3U6	Pracoviště dlouhodobé (chronické) ústavní lůžková péče dětské psychiatrie-U typu	1 427 Kč
3U8	Pracoviště dlouhodobé (chronické) léčby alkoholismu a jiných toxikomanií-U typu	1 288 Kč
9F9	Pracoviště ústavní péče na ošetřovatelském lůžku – F typu	1 070 Kč
9H9	Pracoviště ústavní péče na ošetřovatelském lůžku – H typu	1 089 Kč
9U7	Pracoviště ústavní následné péče v LDN	1 179 Kč

Zdroj: VZP ČR, hospitalizace v následné péči

Podle interních informací VZP<sup>1</sup> je v Léčebnách pro dlouhodobě nemocné tzv. ubytovacím standardem na vícelůžkovém pokoji postel, jídelní stůl k lůžku, noční stůl, věšák. Specifikace tzv. ubytovacího nadstandardu obsahuje elektrickou polohovací postel v jedno až dvoulůžkovém pokoji, televize, lednička, další nábytek na uložení osobních věcí, sprchové kouty s/bez WC. Ubytovací nadstandard je spojen s úhradou „hotelových služeb“ ze strany pacienta ve výši 350 Kč na den.

Dalším příjmem některých poskytovatelů Léčeben dlouhodobě nemocných jsou podle informací VZP sponzorské dary. Velká část hospitalizovaných pacientů (či jejich rodinní příslušníci) bez rozdílu umístění na standardním či nadstandardním lůžku se podílí na financování pobytu formou měsíčního sponzorského daru ve výši od cca 3000 – 6000 Kč měsíčně. Přijetí klienta není poskytnutím sponzorského daru podmíněno. Při poskytnutí sponzorského daru již pojištěnec mnohdy neplatí regulační poplatek za hospitalizaci.

<sup>1</sup> VZP ČR, Odbor revize a kontroly zdravotní péče, Úsek zdravotní péče, Závěrečná informace o kontrolách v LDN proběhlých v roce 2008, březen 2009



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
www.esfcr.cz

## Výdaje zdravotních pojišťoven na dlouhodobou péči dle Statistiky zdravotnických účtů

Alternativní zdroj informací představuje Statistika zdravotnických účtů, kterou spravuje Český statistický úřad ve spolupráci s Ústavem zdravotnických informací a statistiky. Jelikož se pohled pouze na jednotlivé typy poskytovatelů neosvědčil (problém vychází z toho, jak jsou poskytovatelé identifikováni, což v tomto systému probíhá na základě celého ekonomického subjektu – IČ), podíváme se podrobněji na jednotlivé druhy péče identifikované podle hlavní smluvní odbornosti daného pracoviště.

### Dle odborností (druh péče)

Celkové výdaje zdravotních pojišťoven ve vybraných smluvních odbornostech dosáhly v roce 2009 výše **12,9 miliard Kč**. Od roku 2000 výdaje rostly průměrnou rychlostí 16% ročně, rychlostí významně převyšující průměrný růst HDP.

TABULKA 13 VÝDAJE ZP VE VYBRANÝCH SMLUVNÍCH ODBORNOSTECH, 2000-2009

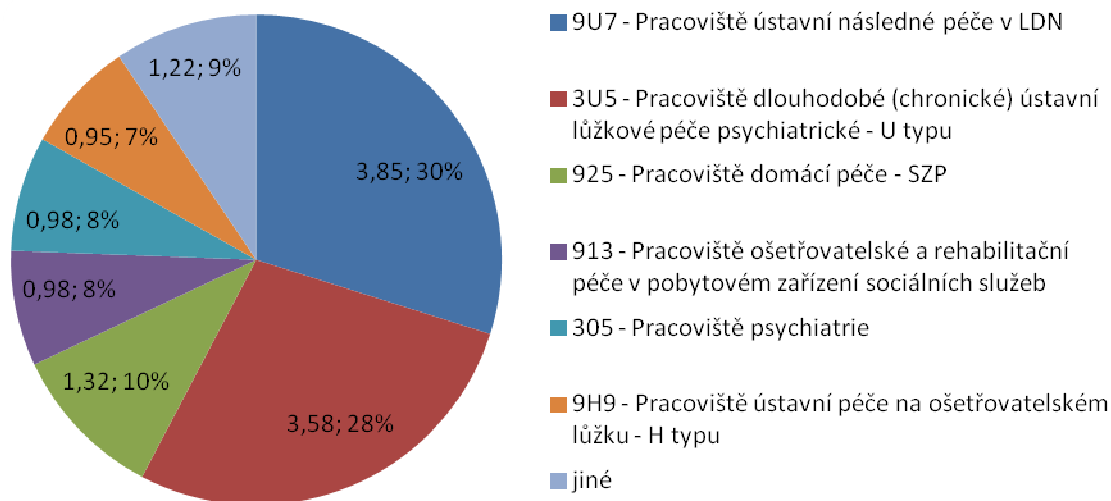
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2009
Celkem (mil. Kč)	5 305	6 049	7 070	7 899	8 171	8 638	9 908	11 303	12 879
Meziroční změna (%)		14%	17%	12%	3%	6%	15%	14%	7%

Zdroj: ČSÚ, Systém zdravotnických účtů

\* Údaje za rok 2008 jsou upraveny vzhledem k pravděpodobnému výskytu chyby v datových podkladech.

V roce 2009 byl největší podíl výdajů (30%) vynaložen na pracoviště ústavní následné péče v LDN, dále 28% na pracoviště dlouhodobé ústavní lůžkové péče psychiatrické a 10% na pracoviště domácí péče. Podíl výdajů vynaložený na pracoviště ústavní následné péče v LDN vykazuje od roku 2002 klesající trend. Výrazného nárůstu podílu dosáhla oproti tomu v posledních třech letech pracoviště ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb, 13,6% (7,3 mil. za VZP) v pracovištích domácí péče a 11,5% (6,1 mil. za VZP) v pracovištích ústavní následné péče v LDN. Úkony v těchto zařízeních byly do Seznamu výkonů zařazeny od 1.1.2007 vyhláškou č. 620/2006 Sb.

GRAF 5 VÝDAJE ZP DLE VYBRANÝCH SMLUVNÍCH ODBORNOSTÍ V ROCE 2009 (MLD. KČ, %)



Zdroj: ČSÚ, Systém zdravotnických účtů

Podrobný rozpis výdajů ZP dle smluvních odborností od roku 2000 do roku 2009 je obsahem příloh.

### Kombinovaný přístup

Celkové výdaje zdravotních pojišťoven ve vybraných druzích zařízení spolu s výdaji na vybrané smluvní odbornosti v nemocnicích, fakultních nemocnicích a ostatních zařízeních dosáhly v roce 2009 částky **15,2 miliard Kč**. Na rozdíl od předcházejících odstavců tato částka zahrnuje i výdaje zdravotnických zařízení poskytujících dlouhodobou péči na léčiva, komplement a další. Částka proto spíše odpovídá reálným nákladům zdravotních pojišťoven na péči o chronicky nemocné pojištěnce. Výdaje na dlouhodobou péči vykazují rostoucí trend, průměrný roční nárůst dosahuje 14%.

TABULKA 14 VÝDAJE ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN NA LTC

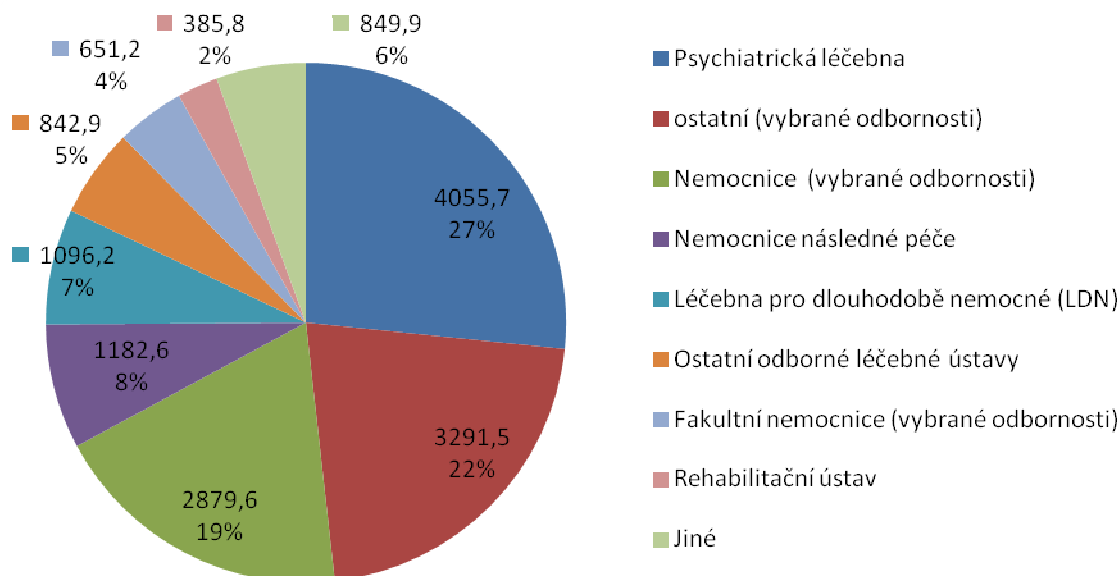
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2009
Celkem (mil. Kč)	6 634	7 570	8 707	9 667	10 075	10 646	12 006	13 401	15 235
Meziroční změna (%)		14,1%	15,0%	11,0%	4,2%	5,7%	12,8%	11,6%	6,4%

Zdroj: ČSÚ, Systém zdravotnických účtů

\* Údaje za rok 2008 jsou upraveny vzhledem k pravděpodobnému výskytu chyby v datových podkladech.

Podle kombinované metodiky byl v roce 2009 největší podíl výdajů (27%) vynaložen na psychiatrické léčebny, dále spotřebovaly vybrané odbornosti mimo vybrané druhy zařízení 22% výdajů a v nemocnicích 19% výdajů. Léčebny dlouhodobě nemocných spotřebovaly pouze 7% výdajů. Podíly na výdajích vykazují relativně stabilní výši.

GRAF 6 VÝDAJE ZP DLE DRUHŮ ZAŘÍZENÍ A SMLUVNÍCH ODBORNOSTÍ, ROK 2009 (MIL. KČ, %)



Zdroj: ČSÚ, Systém zdravotnických účtů

Podrobný rozpis výdajů zdravotních pojišťoven dle druhu zařízení je obsahem příloh.



evropský  
sociální  
fond v ČR



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

## ***Kapitola 7 – Účetní rozvaha a odhad nákladů jednotlivých typů služeb v sociálním sektoru***

V této části bude nejprve popsána struktura výnosů (případně příjmů) všech služeb sociální péče podle nejvýznamnějších účtových položek na základě údajů Statistických výkazů sociálních služeb za rok 2009<sup>2</sup>. Následně budou popsány příjmy vybraných zařízení služeb sociální péče v přepočtu na 1 uživatele podle vybraných skupin zřizovatelů z dat Ročního výkazu o zařízeních sociálních služeb a poskytování sociálních služeb za rok 2010.

V úhrnu služeb sociální péče tvoří nejvyšší část příjmů výnosy z prodeje služeb s mírně nadpolovičním podílem a dále příspěvky a dotace na provoz s více než 40% podílem. Z tržeb za vlastní výkony a za zboží se na celkových výnosech služeb sociální péče podílely dále tržby za vlastní výkony a za zboží a tržby za prodané zboží s 0,4 % a příjmy z vedlejší činnosti s 1,1 %. Z příspěvků a dotací na provoz se na celkových výnosech služeb sociální péče podílely dále s 0,1 % dotace/granty z fondů EU a obdobných fondů. Ostatní výnosy se podílely na celkových výnosech služeb sociální péče v úhrnu 2,3 %. Mezi jednotlivými službami se struktura výnosů však významně odlišuje.

Výnosy z prodeje služeb tvořily nejvyšší podíl výnosů u sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních ústavní péče (72 % celkových výnosů), u domovů se pohybovaly mezi 53-63 %, u pečovatelské služby tvořily necelou třetinu příjmů a u ostatních služeb sociální péče se pohybovaly mezi 14 % (podpora samostatného bydlení) až 44 % (odlehčovací služby).

Nejvýznamnější složkou výnosů z prodeje služeb byly u všech vybraných služeb úhrady od uživatelů, které tvořily u jednotlivých služeb 70-100 % výnosů z prodeje služeb. Nejvyšší podíl měly úhrady od uživatelů v domovech a u sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, kde se pohybovaly okolo poloviny celkových příjmů.

Výnosy z fondů veřejného zdravotního pojištění tvořily přibližně 5 % celkových výnosů služeb sociální péče. Významněji přispívaly tyto fondy k financování odlehčovacích služeb (13,2 % jejich celkových nákladů), sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních ústavní péče (8,9 %) a domovů (kde tvořily 5,3 - 7,6 % jejich příjmů).

Příspěvky a dotace na provoz tvořily nejnižší část výnosů sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních ústavní péče (27,7 %), u domovů se pohybovaly mezi 34 - 45 % a u ostatních služeb sociální péče mezi 50 - 75 % celkových výnosů.

Příspěvky ze státního rozpočtu tvořily nadpoloviční složku celkových příspěvků a dotací na provoz u většiny služeb kromě pečovatelské služby a tísňové péče. Příspěvky a dotace ze státního rozpočtu představovaly v průměru čtvrtinu příjmů služeb sociální péče, přičemž

---

<sup>2</sup> Údaje za rok 2010 nebyly v době vypracování této analýzy k dispozici.

mírně nadpoloviční podíl na celkových příjmech tvořily u průvodcovské a předčitatelské služby a centra denních služeb.

Příspěvky a dotace z rozpočtů krajů a příspěvky a dotace z rozpočtů obcí činily 9,3 %, resp. 6,9 % celkových výnosů služeb sociální péče. Významnou složkou výnosů představovaly tyto příspěvky a dotace u pečovatelské služby a tísňové péče, kde tvořily 44, resp. 40 % celkových výnosů a dále u denních stacionářů, kde tvořily třetinu jejich výnosů. Příspěvky a dotace z rozpočtů krajů se u jednotlivých služeb pohybovaly mezi 3 - 18 % a příspěvky a dotace z rozpočtů obcí pak mezi 1 - 30 % celkových výnosů.

TABULKA 15 STRUKTURA VÝNOSŮ JEDNOTLIVÝCH SLUŽEB SOCIÁLNÍ PÉČE V ČR V R. 2009 (V %)

Sociální služba	Výnosy z prodeje služeb	z toho: Úhrady od uživatelů	Fondy zdr. pojišťoven	Příspěvky a dotace na provoz	z toho: příspěvky a dotace ze státního rozpočtu	Příspěvky a dotace z rozpočtů krajů	Příspěvky a dotace z rozpočtů obcí
osobní asistence	27,2	26,4	0,1	68,3	48,1	8,7	8,7
pečovatelská služba	31,0	29,4	0,8	65,8	22,0	15,3	28,3
tísňová péče	24,1	24,1	0,0	70,3	30,3	10,2	29,9
průvodcovské a předčitatelské služby	19,2	15,7	0,0	72,1	51,8	12,3	7,9
podpora samostatného bydlení	14,1	13,7	0,0	71,4	40,9	18,0	4,9
odlehčovací služby	43,7	30,3	13,2	50,0	27,1	12,6	10,2
centra denních služeb	20,6	20,1	0,0	72,8	51,2	8,6	12,8
denní stacionáře	18,6	16,3	1,2	75,3	41,6	15,0	18,6
týdenní stacionáře	33,2	29,5	2,5	62,6	39,7	14,3	8,7
domovy pro osoby se zdravotním postižením	53,2	46,9	5,5	44,9	30,8	12,0	2,0
domovy pro seniory	63,1	56,5	5,3	34,4	23,6	6,4	4,4
domovy se zvláštním režimem	61,7	53,3	7,6	36,5	24,0	8,6	3,9
chráněné bydlení	43,1	42,5	0,3	53,2	38,0	10,8	4,3
sociální služby poskytované ve zdravotnických zařiz. ústavní péče	72,0	54,2	8,9	27,7	23,7	3,3	0,7
Služby sociální péče celkem	54,3	48,1	5,1	43,1	26,7	9,3	6,9

Zdroj: MPSV, Statistické výkazy sociálních služeb.

V roce 2010 činily celkové příjmy u vybraných služeb sociální péče celkem: 133,4 mil.Kč - centra denních služeb, 703,2 mil. Kč – denní stacionáře, 225,8 mil. Kč - týdenní stacionáře, 4,8



mld. Kč - domovy pro osoby se zdravotním postižením, 10,4 mld. Kč - domovy pro seniory, 2,8 mld. Kč - domovy se zvláštním režimem a 416,7 mil. Kč - chráněné bydlení.

V následující části popisu struktury ročních příjmů na 1 uživatele členěných podle zřizovatele<sup>3</sup> (kraj, obec, církve a ostatní nestátní) se zaměříme na vybrané pobytové služby, které jsou vzhledem k poskytování dlouhodobé péče nejvýznamnější: domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem a týdenní stacionáře. Pro představu předkládáme přehled vybraných čtyř služeb a celkové příjmy za jednotlivé zřizovatele. Jak je patrné, největší část financí směřuje do služeb zřizovaných kraji a dále služeb zřizovaných obcemi. Ze soukromých zřizovatelů uvedených pobytových služeb jsou nejvýznamnější církve.

TABULKA 16 CELKOVÉ PŘÍJMY VYBRANÝCH SLUŽEB SOCIÁLNÍ PÉČE V ČR V ROCE 2010 (V MIL. KČ)

Služba sociální péče	Státní	Krajské	Obecní	Církevní	Ostatní	Celkem
týdenní stacionáře	x	116	37	31	42	226
domovy pro osoby se zdravotním postižením	173	4 051	459	86	82	4 851
domovy pro seniory	x	4 893	4 139	952	406	10 390
domovy se zvláštním režimem	x	1 575	737	78	367	2 757

Zdroj: MPSV, Roční výkaz o zařízeních sociálních služeb a poskytování sociálních služeb.

Celkové roční příjmy na 1 uživatele služby Domovy pro seniory v r. 2010 činily 287 tis. Kč a u jednotlivých prezentovaných skupin zřizovatelů se pohybovaly mezi 269 - 384 tis. Kč. Úhrady od uživatelů činily v průměru 137 tis. Kč a mezi jednotlivými skupinami zřizovatelů nevykazovaly tak výrazné rozdíly; pohybovaly se v rozmezí 130 - 145 tis. Kč. Průměrná dotace od státu (přímé dotace z MPSV a dotace poskytnuté krajským úřadům na základě rozhodnutí MPSV) činila 63 tis. Kč a u jednotlivých zřizovatelů se v průměru pohybovala mezi 49 a 84 tis. Kč. Vysokou variabilitu mezi jednotlivými skupinami zřizovatelů představovaly dotace od zřizovatele, které tvořily významnou část příjmů krajských a obecních služeb, ale zanedbatelnou část příjmů soukromých zřizovatelů. Příjmy od zdravotních pojišťoven byly opět poměrně vyrovnané mezi jednotlivými zřizovateli a pohybovaly se mezi 11 - 16 tis. Kč. Ostatní příjmy tvořily významnou část příjmů u soukromých zřizovatelů domovů pro seniory a méně významnou část příjmu veřejně zřizovaných služeb.

<sup>3</sup> Z následující analýzy byla vypuštěna zařízení, jejichž zřizovatelem je stát. Důvod je jejich nízký počet (pouze pět domovů pro osoby se zdravotním postižením) i odlišný způsob vykazování účetních údajů.

TABULKA 17 DOMOVY PRO SENIORY - PŘÍJMY NA 1 UŽIVATELE (V TIS. KČ)

	Krajské	Obecní	Církevní	Ostatní	Celkem
Příjmy celkem	289,4	269,2	383,6	286,9	287,2
Příjmy od uživatelů z úhrad za pobyt	141,7	130,0	144,7	141,5	136,9
Dotace od státu	73,0	49,2	84,3	58,7	63,1
Dotace od zřizovatele	31,2	40,3	6,8	-	32,2
Příjmy od zdravotních pojišťoven	15,5	12,9	13,5	11,0	14,1
Ostatní příjmy	27,9	36,8	134,3	75,7	40,9

Zdroj: MPSV, Roční výkaz o zařízeních sociálních služeb a poskytování sociálních služeb.

Celkové roční příjmy na 1 uživatele služby Domovy pro osoby se zdravotním postižením v r. 2010 činily 355 tis. Kč a u jednotlivých skupin zřizovatelů se pohybovaly mezi 296 - 400 tis. Kč. Příjmy od uživatelů z úhrad za pobyt činily v průměru 150 tis. Kč (111 - 153 tis. Kč u jednotlivých zřizovatelů). Dotace od státu byly v průměru 108 tis. Kč, přičemž výrazněji vyšší byly u zřizovatelů krajských a církevních domovů. Dotace od zřizovatele byly opět významnou částí příjmů u krajských a obecních zařízení, zatímco u soukromých zřizovatelů se prakticky nevyskytovaly. Poměrně výrazné byly rozdíly v příjmech od zdravotních pojišťoven. Významnější roli hrají ostatní příjmy u soukromě zřizovaných zařízení.

TABULKA 18 DOMOVY PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM - PŘÍJMY NA 1 UŽIVATELE (V TIS. KČ)

	Krajské	Obecní	Církevní	Ostatní	Celkem*
Příjmy celkem	359,0	323,7	400,3	296,4	354,6
Příjmy od uživatelů z úhrad za pobyt	152,8	140,5	145,0	111,4	150,5
Dotace od státu	111,2	76,1	156,3	85,2	107,6
Dotace od zřizovatele	50,7	68,3	-	0,0	50,7
Příjmy od zdravotních pojišťoven	18,1	14,8	7,7	44,4	18,1
Ostatní příjmy	26,3	24,0	91,2	55,4	27,7

\*Nezahrnuje 5 zařízení, jejichž zřizovatelem je stát.

Zdroj: MPSV, Roční výkaz o zařízeních sociálních služeb a poskytování sociálních služeb.

Celkové roční příjmy na 1 uživatele u zařízení Domovy se zvláštním režimem v r. 2010 činily 323 tis. Kč a u jednotlivých skupin zřizovatelů se pohybovaly mezi 281 - 327 tis. Kč. Příjmy od uživatelů z úhrad za pobyt činily v průměru 153 tis. Kč (135 - 164 tis. Kč u jednotlivých zřizovatelů). Dotace od státu byly v průměru 75 tis. Kč, přičemž vyšší byly u zřizovatelů krajských a církevních domovů. Dotace od zřizovatele byly opět významnou částí příjmů u krajských a obecních zařízení, zatímco u soukromých zřizovatelů tvořily jen nepatrnou část jejich příjmů. Poměrně výrazné byly rozdíly v příjmech od zdravotních pojišťoven, které činily u ostatních nestátních zřizovatelů 66 tis. Kč oproti rozmezí 14 - 19 tis. u zbylých skupin zřizovatelů. Poměrně vyrovnané mezi jednotlivými skupinami zřizovatelů byly ostatní příjmy.

TABULKA 19 DOMOVY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM - PŘÍJMY NA 1 UŽIVATELE (V TIS. KČ)

	Krajské	Obecní	Církevní	Ostatní	Celkem
Příjmy celkem	327,2	320,5	281,0	323,0	323,4
Příjmy od uživatelů z úhrad za pobyt	152,8	148,7	134,8	164,5	152,7
Dotace od státu	89,8	57,0	75,5	51,7	75,4
Dotace od zřizovatele	38,4	52,0	11,0	0,1	36,1
Příjmy od zdravotních pojišťoven	19,3	13,9	16,5	66,4	24,0
Ostatní příjmy	26,9	48,9	43,3	40,3	35,2

Zdroj: MPSV, Roční výkaz o zařízeních sociálních služeb a poskytování sociálních služeb.

Celkové roční příjmy na 1 uživatele u zařízení Týdenní stacionáře v r. 2010 činily 292 tis. Kč a u jednotlivých skupin zřizovatelů se pohybovaly mezi 248 - 359 tis. Kč. Příjmy od uživatelů z úhrad za pobyt činily v průměru 87 tis. Kč. Dotace od státu byly v průměru 122 tis. Kč, přičemž výrazněji nižší byly u zřizovatelů obecních zařízení. Dotace od zřizovatele byly opět významnou částí příjmů u krajských a obecních zařízení, zatímco u soukromých zřizovatelů nehrály téměř žádnou roli. Příjmy od zdravotních pojišťoven se pohybovaly od 0 do 14 tis. Kč. Velmi významným zdrojem církevních týdenních stacionářů byly ostatní příjmy.

TABULKA 20 TÝDENNÍ STACIONÁŘE - PŘÍJMY NA 1 UŽIVATELE (V TIS. KČ)

	Krajské	Obecní	Církevní	Ostatní	Celkem
Příjmy celkem	298,8	288,1	359,0	247,6	292,5
Příjmy od uživatelů z úhrad za pobyt	93,0	75,2	99,7	76,7	87,2
Dotace od státu	137,5	59,2	127,6	131,3	121,9
Dotace od zřizovatele	47,7	123,9	9,7	0,0	46,0
Příjmy od zdravotních pojišťoven	7,7	14,1	3,3	-	6,6
Ostatní příjmy	12,9	15,7	118,8	39,5	30,8

Zdroj: MPSV, Roční výkaz o zařízeních sociálních služeb a poskytování sociálních služeb.

Obecně lze říci, že dotace od zřizovatele tvoří významnou část příjmů krajských a obecních zařízení (na rozdíl od soukromých zřizovatelů služeb), pravý opak platí pro ostatní příjmy (které zahrnují např. příjmy z vlastní činnosti). Kromě domovů se zvláštním režimem byly nejvyšší příjmy na 1 uživatele zaznamenány u zařízení spravovaných církvemi, přičemž k rozdílu od ostatních zřizovatelů nejvíce přispěly ostatní příjmy. Nejvyšší příjmy na 1 uživatele ze čtyř posuzovaných služeb plynuly do domovů pro osoby se zdravotním postižením a nejvyšší průměrné úhrady od uživatelů získávaly domovy se zvláštním režimem.



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

## Struktura nákladů sociálních služeb v oblasti dlouhodobé péče

V této části bude nejprve popsána struktura nákladů (případně výdajů) všech služeb sociální péče podle nejvýznamnějších účtových položek na základě údajů Statistických výkazů sociálních služeb za rok 2009<sup>4</sup>. Následně budou popsány výdaje vybraných zařízení služeb sociální péče v přepočtu na 1 lůžko podle vybraných skupin zřizovatelů z dat Ročního výkazu o zařízeních sociálních služeb a poskytování sociálních služeb za rok 2010.

Nejvyšší nákladovou položkou u všech služeb sociální péče byly osobní náklady, které v průměru činily necelé dvě třetiny nákladů a pohybovaly se u jednotlivých služeb mezi 59 do 81 %. Nižší podíl osobních nákladů je patrný u pobytových služeb, kde se rozpětí osobních nákladů pohybovalo mezi 59 – 70 % celkových nákladů.

Spotřebované nákupy představovaly přibližně pětinu nákladů služeb sociální péče a u jednotlivých služeb se pohybovaly mezi 4 – 25 %, přičemž vyšší byl tento podíl u pobytových služeb, zejména pak u domovů. Převážnou část spotřebovaných nákupů představovaly spotřeba materiálu (v průměru 14 % celkových nákladů u služeb sociální péče) a spotřeba energie (v průměru 7 %).

Nákupy služeb činily v průměru 10,7 % celkových nákladů služeb sociální péče a u jednotlivých služeb se pohybovaly v rozmezí 9 – 14 % s výjimkou průvodcovské a předčitatelské služby, kde představovaly pětinu celkových nákladů. Další náklady se u jednotlivých služeb sociální péče pohybovaly mezi 2 – 6 %, přičemž významnou složku činily odpisy majetku (u pobytových služeb činily dokonce převažující složku).

---

<sup>4</sup> Údaje za rok 2010 nebyly v době vypracování této analýzy k dispozici.

TABULKA 21 STRUKTURA NÁKLADŮ JEDNOTLIVÝCH SLUŽEB SOCIÁLNÍ PÉČE V ČR V R. 2009 (V %)

Sociální služba	Spotřeba né nákupy	z toho: Spotřeba materiálu	Spotřeba energie	Služby	Osobní náklady	Další náklady	z toho: odpisy majetku
osobní asistence	3,8	2,7	0,9	12,0	81,4	2,8	0,6
pečovatelská služba	13,2	7,6	4,3	12,3	70,9	3,6	1,7
tísňová péče	11,1	9,7	1,3	14,1	69,6	5,2	2,6
průvodcovské a předčitatelské služby	12,1	7,5	4,1	24,9	60,8	2,2	0,6
podpora samostatného bydlení	11,6	8,8	2,3	13,4	72,7	2,3	0,4
odlehčovací služby	17,2	11,0	5,6	11,2	66,4	5,2	3,2
centra denních služeb	17,3	10,8	5,7	14,3	64,1	4,3	2,0
denní stacionáře	14,3	8,0	5,8	13,0	67,6	5,0	3,2
týdenní stacionáře	15,6	9,8	5,4	9,8	69,8	4,8	2,8
domovy pro osoby se zdravotním postižením	21,3	13,8	7,3	9,2	63,7	5,9	4,5
domovy pro seniory	25,4	16,7	8,4	10,4	58,9	5,3	4,0
domovy se zvláštním režimem	22,4	15,1	7,0	10,9	61,7	5,1	3,7
chráněné bydlení	20,4	9,8	10,0	13,2	61,6	4,8	3,7
sociální služby poskytované ve zdrav. zařízeních ústavní péče	17,9	12,5	5,0	13,6	65,8	2,6	0,8
Služby sociální péče celkem	21,6	14,0	7,2	10,7	62,6	5,1	3,6

Zdroj: MPSV, Statistické výkazy sociálních služeb.

Následující část bude věnována popisu celkových a neinvestičních ročních výdajů na 1 lůžko u vybraných druhů služeb sociální péče členěných podle zřizovatele<sup>5</sup> (kraj, obec, církev a ostatní nestátní) a zaměříme se v ní na vybrané pobytové služby, podobně jako při popisu příjmové struktury: domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem a týdenní stacionáře. Zopakujme, že největší objem financí se spotřebovává ve službách zřizovaných krajem a dále ve službách zřizovaných obcemi. Ze soukromých zřizovatelů uvedených pobytových služeb jsou pak nejvýznamnější církve.

Celkové výdaje na 1 lůžko byly v průměru nejvyšší u domovů pro osoby se zdravotním postižením, kde činily 350 tis. Kč, v domovech se zvláštním režimem 315 tis. Kč, v domovech pro seniory 274 tis. Kč a v týdenních stacionářích 256 tis. Kč. Podíl neinvestičních výdajů se u jednotlivých služeb a zřizovatelů pohyboval mezi 92 - 100 %.

<sup>5</sup> Z následující analýzy byla vypuštěna zařízení, jejichž zřizovatelem je stát. Důvod je jejich nízký počet (pouze pět domovů pro osoby se zdravotním postižením) i odlišný způsob vykazování účetních údajů.



evropský  
sociální  
fond v ČR



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
www.esfcr.cz

Neinvestiční výdaje na 1 lůžko v domovech pro seniory činily v průměru 260 tis. Kč a u jednotlivých prezentovaných skupin zřizovatelů se pohybovaly v rozmezí 252 – 274 tis. Kč. V domovech pro osoby se zdravotním postižením činily neinvestiční výdaje na 1 lůžko 341 tis. Kč (u jednotlivých zřizovatelů od 312 do 358 tis. Kč), v domovech se zvláštním režimem 305 tis. Kč (rozmezí 266 – 312 tis. Kč) a v týdenních stacionářích 253 tis. Kč (v rozmezí 229 – 284 tis. Kč).

TABULKA 22 ROČNÍ VÝDAJE VE VYBRANÝCH SLUŽBÁCH SOCIÁLNÍ PÉČE V ČR NA 1 LŮŽKO (V TIS. Kč)

Sociální služba	výdaje celkem					z toho: neinvestiční výdaje				
	Krajské	Obecní	Církevní	Ostatní	Celkem	Krajské	Obecní	Církevní	Ostatní	Celkem
domovy pro seniory	285,8	261,3	283,3	264,5	274,5	263,6	254,8	273,8	251,6	260,2
domovy pro osoby se zdravotním postižením	362,0	315,4	383,9	350,4	357,1	344,5	312,5	357,6	345,3	341,3
domovy se zvláštním režimem	325,7	316,9	271,3	279,0	315,1	312,4	312,0	266,0	273,6	305,3
týdenní stacionáře	250,3	278,6	291,1	231,9	255,6	248,4	277,3	284,2	229,1	253,0

Zdroj: MPSV, Roční výkaz o zařízeních sociálních služeb a poskytování sociálních služeb.

Podrobnější tabulky jsou uvedeny v příloze.



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

## ***Kapitola 8 – Účetní rozvaha a odhad nákladů jednotlivých typů služeb ve zdravotnictví***

Podrobnější pohled na finanční fungování poskytovatelů dlouhodobé péče nám umožňují výkazy ÚZIS a MPSV. Na rozdíl od poskytovatelů sociálních služeb převládají ve výnosech platby od zdravotních pojišťoven (kromě hospiců 80 až 92%), struktura nákladů se významně neliší, opět převládají osobní náklady (okolo 60 %).

### **Výnosová a nákladová struktura zdravotnických zařízení poskytujících dlouhodobou péči**

K popisu výnosové/příjmové a nákladové/výdajové struktury zdravotnických zařízení lze využít ekonomické výkazy ÚZIS ČR. Pro lůžková zařízení je to výkaz E (MZ) 6-01, ze kterého byly použity údaje za rok 2010 za jednotlivá začleněná zařízení, což umožní přesnější pohled na danou problematiku. Pro ambulantní zařízení byl použit výkaz E (MZ) 5-01, za který byla k dispozici data pouze za rok 2009. Tento výkaz je určen pro celé právní subjekty, a proto bylo provedeno dodatečné očištění souboru, aby zahrnoval co nejvíce homogenní skupinu, tedy pouze zařízení, která se věnují výhradně domácí zdravotní péči a působila celý rok. Odlišná struktura výkazu pro subjekty vedoucí daňovou evidenci a účetnictví neumožňuje výsledky prezentovat společně. Dále je třeba zmínit, že tento výkaz je sbírán výběrovou metodou (10% výběr zpravodajských jednotek) a výsledky tak lze považovat pouze za orientační.

Za lůžková zařízení budou prezentovány ukazatele výnosů a nákladů na 1 ošetrovací den (OD) celkem a ve struktuře podle zdroje výnosů nebo podle nákladových položek. Údaje za agentury domácí zdravotní péče budou prezentovány jen ve struktuře výnosů/příjmů a nákladů/výdajů.

Údaje za lůžková zdravotnická zařízení jsou prezentovány v následující tabulce. Některé položky výnosů jsou uvedeny zvlášť za lůžkovou péči. Je však třeba mít na zřeteli, že část provozních dotací od zřizovatele a ostatních výnosů nemusí být členěna podle druhu péče.

TABULKA 23 VÝNOSOVÁ STRUKTURA VE VYBRANÝCH ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH V R. 2010 V %

Druh zařízení	Nemocnice následné péče	Léčebny pro dlouhodobě nemocné	Hospice	Psychiatrické léčebny pro dospělé	Dětské odborné léčebné ústavy	Ostatní odborné léčebné ústavy
<b>Výnosy (celkem)</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<i>Výnosy (lůžková péče)</i>	67,7	89,9	61,8	92,7	79,6	77,6
<b>Tržby od všech ZP</b>	<b>80,0</b>	<b>86,0</b>	<b>36,6</b>	<b>92,3</b>	<b>80,4</b>	<b>80,7</b>
<i>Tržby od ZP (lůžková péče)</i>	63,3	83,4	36,3	91,0	77,4	71,9
<b>Tržby mimo zdravotní pojištění (celkem)</b>	<b>4,8</b>	<b>7,3</b>	<b>19,5</b>	<b>1,9</b>	<b>2,5</b>	<b>8,0</b>
<i>Tržby mimo ZP (lůžková péče)</i>	3,8	4,6	19,5	1,5	2,1	4,5
<b>Tržby od státních orgánů (celkem)</b>	<b>0,6</b>	<b>0,8</b>	<b>3,5</b>	<b>0,1</b>	<b>0,9</b>	<b>0,0</b>
<b>Tržby od obyvatel (celkem)</b>	<b>4,2</b>	<b>6,5</b>	<b>16,0</b>	<b>1,8</b>	<b>1,5</b>	<b>8,0</b>
<b>Provozní dotace od zřizovatele</b>	<b>2,9</b>	<b>1,9</b>	<b>18,8</b>	<b>0,2</b>	<b>1,9</b>	<b>3,0</b>
<b>Ostatní výnosy</b>	<b>12,3</b>	<b>4,8</b>	<b>25,2</b>	<b>5,6</b>	<b>15,2</b>	<b>8,3</b>

Zdroj: výkaz E (MZ) 6-01

TABULKA 24 VÝNOSY NA 1 OŠETŘOVACÍ DEN VE VYBRANÝCH ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH V R. 2010 (V KČ)

Druh zařízení	Nemocnice následné péče	Léčebny pro dlouhodobě nemocné	Hospice	Psychiatrické léčebny pro dospělé	Dětské odborné léčebné ústavy	Ostatní odborné léčebné ústavy
<b>Výnosy (celkem)</b>	<b>1 883</b>	<b>1 361</b>	<b>2 871</b>	<b>1 523</b>	<b>1 418</b>	<b>1 846</b>
<i>Výnosy (lůžková péče)</i>	1 274	1 223	1 774	1 412	1 129	1 431
<b>Tržby od všech ZP (celkem)</b>	<b>1 506</b>	<b>1 171</b>	<b>1 049</b>	<b>1 406</b>	<b>1 140</b>	<b>1 489</b>
<i>Tržby od ZP (lůžková péče)</i>	1 192	1 135	1 042	1 386	1 098	1 327
<b>Tržby mimo zdravotní pojištění (celkem)</b>	<b>91</b>	<b>99</b>	<b>560</b>	<b>29</b>	<b>35</b>	<b>148</b>
<i>Tržby mimo ZP (lůžková péče)</i>	72	63	559	23	30	83
<b>Tržby od státních orgánů</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>13</b>	<b>0</b>
<b>Tržby od obyvatel</b>	<b>79</b>	<b>89</b>	<b>460</b>	<b>27</b>	<b>22</b>	<b>148</b>
<b>Provozní dotace od zřizovatele</b>	<b>54</b>	<b>26</b>	<b>539</b>	<b>3</b>	<b>27</b>	<b>55</b>
<b>Ostatní výnosy</b>	<b>232</b>	<b>65</b>	<b>723</b>	<b>85</b>	<b>216</b>	<b>154</b>

Zdroj: výkaz E (MZ) 6-01

Z výsledků vyplývá, že více než ¾ výnosů vybraných lůžkových zařízení lze jednoznačně přidělit k lůžkové péči; výjimkou jsou nemocnice následné péče (kde má významnější vliv ambulantní péče) a hospice. Hospice mají obecně naprosto odlišné zdroje výnosů a jako u jediné skupiny zařízení u nich nedominují příjmy z veřejného zdravotního pojištění, které jsou zdrojem financování u ostatních vybraných lůžkových zdravotnických zařízení z více než 80 %. Naprostá většina příjmů ze zdravotního pojištění se týká (až na nemocnice následné péče) lůžkové péče.





evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

Tržby za služby mimo zdravotní pojištění (tržby od státních institucí a platby od obyvatel) představují poměrně malou část celkových tržeb vybraných zdravotnických zařízení a pohybují se od 2 do 7 % celkových výnosů; u hospiců se podílejí tyto tržby na celkových tržbách celou pětinou, přičemž většinu tvoří platby od obyvatel. Provozní dotace od zřizovatele tvořily poměrně malou část celkových výnosů (do 3 % celkových výnosů), jen u hospiců představovaly téměř pětinu všech finančních zdrojů. Ostatní výnosy (tržby za prodané zboží a všechny jiné výnosy kromě poskytovaných služeb) činily u vybraných zdravotnických zařízení 5-25 % celkových výnosů.

Celkové výnosy na 1 OD se poměrně výrazně lišily mezi jednotlivými druhy zdravotnických zařízení a pohybovaly se v rozmezí od 1360 (u LDN) po 2870 Kč (u hospiců). Pro porovnání bude vhodnější použít výnosů na lůžkovou péči, které se pohybovaly mezi cca 1130 Kč u dětských OLÚ a 1770 Kč u hospiců, u LDN činily 1220 Kč na 1 OD. Pro srovnání, náklady v lůžkové péči na 1 OD činily ve fakultních nemocnicích 5840 Kč a v akutních nemocnicích 3120 Kč. Tržby od zdravotních pojišťoven za lůžkovou péči se pohybovaly mezi 1100 Kč u dětských OLÚ po 1390 Kč na 1 OD v psychiatrických léčebnách, u LDN 1170 Kč na 1 OD. Ostatní složky výnosů na 1 OD byly ve srovnání s platbami zdravotních pojišťoven poměrně nízké; výjimkou jsou hospice, kde platby mimo zdravotní pojištění představovaly 560 Kč na 1 OD, provozní dotace od zřizovatele 540 Kč a ostatní výnosy 720 Kč na 1 OD.

Pro dokumentování rozdílů ve struktuře výnosů podle sféry (podnikatelská a nepodnikatelská) byly vybrány LDN, u kterých je zajištěn dostatečný počet zařízení v obou sférách. Zatímco výnosy na 1 OD činí v podnikatelské sféře cca 1400 Kč, u nepodnikatelské sféry je to cca 1300 Kč. Tržby od zdravotních pojišťoven tvoří v zařízeních obou sfér nejvýznamnější zdroj příjmů, přičemž u nepodnikatelské sféry je tento podíl o něco vyšší (87,5 %) než u podnikatelské sféry (84,6 %), ale výnosy na 1 OD jsou téměř shodné. Tržby mimo zdravotní pojištění jsou z hlediska struktury i absolutní částky u nepodnikatelské sféry na polovině hodnoty u podnikatelské sféry (rozdíl cca 70 Kč na 1 OD). Naopak provozní dotace od zřizovatele jsou relativně i absolutně vyšší u nepodnikatelské sféry (rozdíl cca 50 Kč na 1 OD). Ostatní výnosy jsou vyšší u podnikatelské sféry a to cca o 30 Kč na 1 OD.

Zajímavé je rovněž porovnat celkové výnosy a výnosy na lůžkovou péči u LDN, které jsou samostatným právním subjektem, a LDN, která jsou pouze začleněným právním subjektem (většinou pod nemocnicí). Zatímco celkové výnosy na 1 OD u právních subjektů činily 1520 Kč, u začleněných zařízení to bylo 1240 Kč. Uvažováním pouze výnosů na lůžkovou péči se rozdíl mezi oběma typy zařízení snížil, přesto však činí tyto výnosy u právních subjektů 1280 Kč, zatímco u začleněných zařízení o 100 Kč méně.

Agentury domácí zdravotní péče vedoucí daňovou evidenci vykazovaly v r. 2009 příjmy od zdravotních pojišťoven jako hlavní zdroj příjmů s 88% podílem na celkových příjmech a ostatní příjmy (ty se netýkaly zdravotní péče) s podílem 12 %. U agentur domácí zdravotní péče vedoucích účetnictví byla struktura zdrojů výnosů tato: veřejné zdravotní pojištění 65 %,

platby obyvatel za zdravotní péči mimo zdravotní pojištění 6 % a další výnosy (mimo zdravotní služby) 29 %.

Náklady na lůžkovou péči tvořily od 65 % (u nemocnic následné péče) po 87 % (u LDN) celkových nákladů ve vybraných lůžkových zdravotnických zařízeních. Nejvyšší položku činily osobní náklady, které se pohybovaly mezi 56 - 67 % celkových nákladů. Náklady na léčiva činily 2 - 4 % celkových nákladů (pro srovnání, v akutních nemocnicích to bylo 9 %) a náklady na zdravotnické prostředky činily 0,3 - 3,5 % celkových nákladů (v akutních nemocnicích to bylo 11,9 %). Náklady na externí služby se pohybovaly kolem 12 % u LDN a nemocnic následné péče, činily v hospicích cca 17 % nákladů a u dalších OLÚ se pohybovaly v rozmezí mezi 7-8 %. Ostatní náklady (např. spotřeba energií, nezdravotnického materiálu, potraviny pro pacienty, odpisy) tvořily 18 - 32 % celkových nákladů.

TABULKA 25 NÁKLADOVÁ STRUKTURA VE VYBRANÝCH ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH V R. 2010 V %

Druh zařízení	Nemocnice následné péče	Léčebny pro dlouhodobě nemocné	Hospice	Psychiatrické léčebny pro dospělé	Dětské odborné léčebné ústavy	Ostatní odborné léčebné ústavy
Náklady (celkem)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Náklady (lůžková péče)</i>	<i>64,9</i>	<i>87,2</i>	<i>79,4</i>	<i>76,3</i>	<i>79,8</i>	<i>68,5</i>
Náklady na léčiva	3,2	4,0	2,1	4,1	1,9	3,9
Náklady na zdravotnické prostředky	3,5	2,9	2,3	1,1	0,3	2,4
Osobní náklady (celkem)	60,0	63,7	56,2	66,7	65,3	61,3
<i>Osobní náklady (lůžková péče)</i>	<i>40,8</i>	<i>55,6</i>	<i>48,9</i>	<i>54,6</i>	<i>52,8</i>	<i>44,4</i>
Náklady na služby	11,8	11,5	16,8	7,7	7,5	8,0
Ostatní náklady	21,5	18,0	22,7	20,3	25,1	24,4

Zdroj: výkaz E (MZ) 6-01

TABULKA 26 NÁKLADY NA 1 OŠETŘOVACÍ DEN VE VYBRANÝCH ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH V R. 2010 (V KČ)

Druh zařízení	Nemocnice následné péče	Léčebny pro dlouhodobě nemocné	Hospice	Psychiatrické léčebny pro dospělé	Dětské odborné léčebné ústavy	Ostatní odborné léčebné ústavy
Náklady (celkem)	1 874	1 241	2 931	1 514	1 390	1 841
<i>Náklady (lůžková péče)</i>	<i>1 216</i>	<i>1 082</i>	<i>2 329</i>	<i>1 156</i>	<i>1 110</i>	<i>1 262</i>
Náklady na léčiva	61	49	62	63	26	72
Náklady na zdravotnické prostředky	66	36	67	17	4	43
Osobní náklady (celkem)	1 124	790	1 646	1 011	907	1 129
<i>Osobní náklady (lůžková péče)</i>	<i>764</i>	<i>690</i>	<i>1 434</i>	<i>827</i>	<i>734</i>	<i>818</i>
Náklady na služby	221	142	492	116	104	148
Ostatní náklady	403	223	665	308	349	449

Zdroj: výkaz E (MZ) 6-01

Agentury domácí zdravotní péče vedoucí daňovou evidenci vykazovaly v r. 2009 tyto hlavní položky výdajů: mzdové výdaje a sociální pojistné 53 %, provozní režii 26 %, materiál 14 %. U agentur domácí zdravotní péče vedoucí účetnictví byla struktura hlavních položek nákladů tato: osobní náklady 61 %, náklady na služby 17 %, náklady na léčiva a zdravotnické prostředky 2 %.

Na základě analýzy ekonomických výkazů ÚZIS E (MZ) 6-02 z roku 2010 lze podrobně popsat nákladovou a výnosovou strukturu poskytovatelů dlouhodobé péče definované typem zařízení.

Tržby od zdravotních pojišťoven tvoří více než 80% celkových výnosů a v přepočtu na ošetřovací den se výnosy pohybují mezi 1350–1850 Kč (od všech zdrojů). Tržby od pacientů se pohybují okolo 5% výnosů, daleko nižší jsou pak v psychiatrických léčebnách a dětských léčebných ústavech.

90% výnosů LDN, psychiatrických léčeben a OLÚ je tvořeno lůžkovou péčí. V nemocnicích následné péče a v hospicích je lůžková péče zdrojem pouze 60% výnosů.

Hospice mají výnosovou strukturu zcela odlišnou, kdy zdravotní pojišťovny financují třetinu výnosů, velký význam pro ně naopak mají tržby od pacientů, dotace a ostatní výnosy. I jeden ošetřovací den je výnosově dvojnásobný ve srovnání s ostatními poskytovateli.

TABULKA 27 VÝNOSY VE VYBRANÝCH ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH V R. 2010 (V %)

Druh zařízení	Nemocnic e následné péče	Léčebny pro dlouhodobě nemocné	Hospice	Psychiatrické léčebny pro dospělé	Dětské odborné léčebné ústavy	Ostatní odborné léčebné ústavy
Tržby od všech ZP	80,0	86,0	36,6	92,3	80,4	80,7
Tržby od státních orgánů	0,6	0,8	3,5	0,1	0,9	0,0
Tržby od obyvatel	4,2	6,5	16,0	1,8	1,5	8,0
Provozní dotace od zřizovatele	2,9	1,9	18,8	0,2	1,9	3,0
Ostatní výnosy	12,3	4,8	25,2	5,6	15,2	8,3

Zdroj: výkaz E (MZ) 6-02

Tržby od obyvatel v těchto zařízeních se pohybuje mezi 20–460 Kč za den. Kontrolu poskytuje výše regulačního poplatku za hospitalizaci, který byl v roce 2010 ve výši 60 Kč. Této výše se nedosahuje v Psychiatrických léčebnách, což je zřejmě způsobeno tím, že je více než polovina osob od regulačních poplatků osvobozena, nebo že tyto poplatky nehradí. Výnos hospiců od obyvatel ve výši 460 Kč je opět velmi vysoký relativně vůči ostatním zařízením. I zde hrají velkou roli zřizovatelé, kteří svými provozními dotacemi dotují každý ošetřovací den 539 Kč. V ostatních zařízeních se provozní dotace na ošetřovací den pohybují mezi 25–55 Kč.

TABULKA 28 VÝNOSY NA 1 OŠETŘOVACÍ DEN VE VYBRANÝCH ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH V KČ

	Nemocnice následné péče	Léčebny pro dlouhodobě nemocné	Hospice	Psychiatrické léčebny pro dospělé	Dětské odborné léčebné ústavy	Ostatní odborné léčebné ústavy
Výnosy	1 883	1 361	2 871	1 523	1 418	1 846
Tržby od všech ZP	1 506	1 171	1 049	1 406	1 140	1 489
Tržby od státních orgánů	11	11	100	2	13	0
Tržby od obyvatel	79	89	460	27	22	148
Provozní dotace od zřizovatele	54	26	539	3	27	55
Ostatní výnosy	232	65	723	85	216	154

Zdroj: výkaz E (MZ) 6-02

To, že je dlouhodobá péče velmi intenzivní a nákladná na lidskou práci, potvrzuje i struktura nákladů vybraných zařízení, která poskytují dlouhodobou péči. Osobní náklady těchto zařízení tvoří dvě třetiny celkových nákladů a činí 800–1000 Kč na ošetřovací den.

TABULKA 29 NÁKLADY VYBRANÝCH ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ (V %)

	Nemocnice následné péče	Léčebny pro dlouhodobě nemocné	Hospice	Psychiatrické léčebny pro dospělé	Dětské odborné léčebné ústavy	Ostatní odborné léčebné ústavy
Náklady na léčiva	3,2	4,0	2,1	4,1	1,9	3,9
Náklady na zdravotnické prostředky	3,5	2,9	2,3	1,1	0,3	2,4
Osobní náklady	60,0	63,7	56,2	66,7	65,3	61,3
Náklady na služby	11,8	11,5	16,8	7,7	7,5	8,0
Ostatní náklady	21,5	18,0	22,7	20,3	25,1	24,4
Náklady celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Zdroj: výkaz E (MZ) 6-02

Náklady lůžkové části se pohybují okolo čtyř pětín celkových nákladů (okolo 1100 Kč denně), ostatní náklady na ošetřovací den jsou uvedeny v následující tabulce.

TABULKA 30 NÁKLADY VYBRANÝCH ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ NA 1 OŠETŘOVACÍ DEN

	Nemocnice a následné péče	Léčebny pro dlouhodobě nemocné	Hospice	Psychiatrické léčebny pro dospělé	Dětské odborné léčebné ústavy	Ostatní odborné léčebné ústavy
Náklady na léčiva	61	49	62	63	26	72
Náklady na zdravotnické prostředky	66	36	67	17	4	43
Osobní náklady	1 124	790	1 646	1 011	907	1 129
Náklady na služby	221	142	492	116	104	148
Ostatní náklady	403	223	665	308	349	449
Náklady (celkem)	1 874	1 241	2 931	1 514	1 390	1 841

Zdroj: výkaz E (MZ) 6-02

Ostatní náklady = součet stavů na účtech účtových skupin 53, 54, 55 (bez odpisů), 56, 57, 59 + stav na účtech 501, 503



evropský  
sociální  
fond v ČR



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

## ***Kapitola 9 – Soukromé výdaje a spoluúčast na dlouhodobou péči***

Statistika rodinných účtů sleduje hospodaření soukromých domácností – poskytuje informace o výši jejich vydání a struktuře spotřeby. Informace o odlišnostech spotřeby v domácnostech uspořádaných podle rozličných hledisek nebo o vlivu různých faktorů (např. pohyb cen, situace na trhu) na strukturu vydání a spotřební zvyklosti domácností nelze získat z jiných zdrojů.

Zpravodajské domácnosti SRÚ jsou vybírány záměrným kvótním výběrem. Kvóta např. určí, kolik musí být ve zpravodajském souboru domácností zaměstnanců s nižším vzděláním s 1 dítětem, čistým měsíčním příjmem na osobu v intervalu 7 001 – 10 000 Kč a bydlících v rodinném domku v obci s počtem obyvatel od 10 000 do 49 999. Domácnosti setrvávají ve zpravodajském souboru celý rok, pokud se nezmění některá z jejich klíčových výběrových charakteristik (např. ekonomická aktivita osoby v čele, výše příjmu u rodin s dětmi s minimálními příjmy apod.).

Jednotkou výběru a zpravodajskou jednotkou šetření je hospodařící domácnost, tzn. soubor osob společně bydlících, které se společně podílejí na úhradě základních výdajů (na výživu, provoz domácnosti, údržbu bytu apod.). Jádrem těchto domácností je zpravidla rodina, ale může to být i jednotlivec. Definice domácnosti se shoduje s definicí doporučenou Eurostatem a s praxí používanou v členských zemích EU.

Základní soubor 3000 domácností je konstruován tak, aby jeho složení podle zvolených výběrových znaků odpovídalo struktuře domácností v ČR. Oporou pro stanovení kvót jsou výsledky mikrocenzu (výběrové šetření prováděné náhodným výběrem, jehož účelem je získat reprezentativní údaje o úrovni a struktuře příjmů a základní sociálně demografické charakteristiky domácností) a SLDB (výběrový znak velikosti obce a druhu domu). Příjmové rozložení domácností se každoročně upravuje podle vývoje příjmů zjištěného v průřezových statistikách.

V rámci identifikace domácností, kterých se dlouhodobá péče týká, jsme se pokusili identifikovat takové domácnosti, jejichž členem je osoba závislá na cizí pomoci. Hlavním identifikačním znakem pak bylo to, kdy měla domácnost příjem ze sociálních dávek, a to přesněji z příspěvku na péči. Na základě analýzy deníků domácností bylo identifikováno 50 domácností, jejichž člen je příjemcem příspěvku na péči. To je bohužel velmi malý vzorek domácností, který není statisticky významný. Tato práce, ačkoli byla velmi časově náročná, tak nepřinesla své ovoce.

Jedním z doporučení této studie tedy je, rozšířit vzorek domácností tohoto šetření buď o hodnocení soběstačnosti členů domácností, nebo rozšíření sledování výdajů domácností i o ty, kde jsou členy osoby, které mají přiznán příspěvek na péči.



evropský  
sociální  
fond v ČR



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

TABULKA 31 PŘÍJEM NA ČLENA DOMÁCNOSTI (V CZK) PODLE VELIKOSTI DOMÁCNOSTI A POČTU RESPONDENTŮ S OMEZENÍM ADL/IADL

		1-členná domácnost	2-členná domácnost	Domácnost s více než 2 členy	celkem
Žádné omezení	průměr	35,400	31,000	18,070	30,350
	medián	9,800	9,875	7,600	9,500
1 osoba s omezením	průměr	29,000	21,750	9,940	23,000
	medián	8,760	8,410	5.660	8,500
2 osoby s omezením	průměr		NA	NA	17,600
	medián		NA	NA	7,500

Zdroj: Studie SHARE

Poznámka: jedná se o minimální počet osob s ADL/IADL v domácnosti. Podrobnější informace o domácnostech s dvěma osobami s omezením není možné dále členit, z důvodu datových omezení



evropský  
sociální  
fond v ČR



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

## Kapitola 10 – Závěr

Financování dlouhodobé péče, za kterou považujeme péči o osoby závislé na cizí pomoci z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, se pokrývá v České republice z více zdrojů. Přesnou výši zdrojů užitých pro poskytování dlouhodobé péče nelze jednoznačně vyčíslit z důvodů neexistence jasné definice dlouhodobé péče a nevhodné struktury mnoha datových zdrojů pro účely analýzy financování dlouhodobé péče.

Na základě analyzovaných dat můžeme pouze aproximovat celkový objem zdrojů použitých na financování dlouhodobé péče. K nejvýznamnějším zdrojům patří příspěvek na péči, jehož výše dosáhla v roce 2009 částky **19,8 miliard Kč**, dále transfery MPSV ve výši maximálně **7 miliard Kč** (transfery nesměřují výhradně k příjemcům dlouhodobé péče, přesto předpokládáme vysoký podíl uživatelů, které můžeme řadit do kategorie příjemců dlouhodobé péče), mezi které patří transfery domovům, denním stacionářům, organizacím provozujícím tísňovou péči a dalším, dále výdaje krajů a obcí, které jsou zřizovateli mnoha zdravotnických zařízení i v oblasti dlouhodobé péče ve výši **7,3 miliard Kč**, výdaje MZ ve výši **0,5 miliardy Kč**, které směřují k institucím poskytujícím dlouhodobou péči, výdaje zdravotních pojišťoven v celkové výši **13,8 až 15,2 miliard Kč** dle použité metodiky a v neposlední řadě výdaje domácností, které ale vzhledem k omezenému vzorku populace není možné přesněji odhadnout. Výdaje na dlouhodobou péči tak celkově dosahují necelých **50 miliard Kč**, to je **1,4% HDP**.

Analýza účetnictví vybraných institucí umožnila nahlédnout do struktury výnosů a nákladů, která se mezi jednotlivými institucemi liší. Obecně nejvyšší podíl výnosů institucí sociálních služeb představují úhrady od uživatelů (48 %) a příspěvky a dotace na provoz (43 %) a nejvyšší podíl nákladů představují náklady osobní (63 %). U vybraných zdravotnických zařízení převažují ve výnosech tržby od zdravotních pojišťoven (s výjimkou hospiců – 80 až 92 % výnosů) a nákladům opět dominují náklady osobní (okolo 60 %).

Celkové roční výdaje na 1 lůžko dosahují u domovů pro osoby se zdravotním postižením 350 tis. Kč (měsíčně 29 tisíc Kč), v domovech se zvláštním režimem 315 tis. Kč (měsíčně 26 tisíc Kč), v domovech pro seniory 274 tis. Kč (měsíčně 23 tisíc Kč) a v týdenních stacionářích 256 tis. Kč (měsíčně 21 tisíc Kč).

Náklady na ošetrovací den v institucích poskytujících dlouhodobou péči ve zdravotnictví dosahovaly od 1241 Kč (měsíčně 38 tisíc Kč) v léčebnách pro dlouhodobě nemocné po 2931 Kč (měsíčně 89 tisíc Kč) v hospicích. Při srovnávání se sociálními službami je nutné vzít v úvahu, že zdravotnická zařízení nejsou pobytovými institucemi a údaj za měsíc je proto pouze orientační.



## PŘÍLOHY

TABULKA 32 VÝDAJE ZP NA LTC DLE VYBRANÝCH SMLUVNÍCH ODBORNOSTI (TIS. KČ)

Kód	Název smluvní odbornosti	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
305	Pracoviště psychiatrie	413 563	482 019	528 172	592 720	637 743	666 078	770 527	897 955	911 232	976 738
306	Pracoviště dětské psychiatrie	34 008	37 624	40 279	44 801	45 222	46 784	59 961	64 007	57 634	69 433
307	Pracoviště gerontopsychiatrie	48	204	24	44	49	52	102	130	47	48
3F5	Pracoviště standardní ústavní lůžkové péče psychiatrické - F typu	154 326	141 381	159 462	156 083	166 200	175 039	237 448	229 486	290 365	294 319
3F6	Pracoviště standardní ústavní lůžkové péče dětské psychiatrie - F typu	17 680	18 769	16 675	17 398	22 471	23 048	36 805	37 862	30 189	36 325
3H5	Pracoviště standardní ústavní lůžkové péče psychiatrické - H typu	141 976	153 279	154 825	161 543	172 524	159 252	211 953	187 392	210 594	218 171
3H6	Pracoviště standardní ústavní lůžkové péče dětské psychiatrie - H typu	7 905	6 073	5 318	5 461	8 497	7 525	7 943	7 909	6 286	9 288
3H7	Pracoviště standardní ústavní lůžkové péče gerontopsychiatrické - H typu	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
3U5	Pracoviště dlouhodobé (chronické) ústavní lůžkové péče psychiatrické - U typu	1 701 653	1 744 320	2 050 880	2 356 397	2 388 558	2 470 702	2 716 851	3 147 031	3 227 804	3 581 527
3U6	Pracoviště dlouhodobé (chronické) ústavní lůžkové péče dětské psychiatrie - U typu	84 771	95 089	111 456	117 165	107 262	109 184	124 093	122 940	125 160	135 071
3U7	Pracoviště dlouhodobé (chronické) ústavní lůžkové péče gerontopsychiatrické - U typu	123 326	135 440	155 512	164 268	164 942	176 748	176 594	217 083	205 566	245 186
7U8	Pracoviště dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP)	0	0	0	0	0	0	0	0	5 010	52 110
911	Domácí péče SZP (nyní 925)	406 077	36 866	2 945	1 220	509	426	217	161	606	2 036
913	Prac. ošetrovatelské a rehabilit. péče v pobyt. zařiz. sociál. služeb	0	0	0	0	0	0	0	542 143	745 161	981 898
925	Pracoviště domácí péče - SZP	24 198	452 893	597 792	697 809	797 371	862 561	1 238 926	961 002	757 204	1 322 392
9F9	Pracoviště ústavní péče na ošetrovatelském lůžku - F typu	18 960	23 576	30 775	26 482	16 318	35 480	59 991	40 602	29 228	42 162
9H9	Pracoviště ústavní péče na ošetrovatelském lůžku - H typu	271 829	382 083	457 239	559 336	572 757	600 750	751 836	887 998	876 720	950 896
9U7	Pracoviště ústavní následné péče v LDN	1 904 902	2 339 214	2 758 987	2 998 648	3 070 270	3 239 366	3 448 117	3 869 108	3 429 855	3 850 019
9U9	Pracoviště ústavní následné ošetrovatelské péče v hospiciu	0	0	0	0	0	64 929	66 648	89 890	103 921	111 374
	celkem	5 305 223	6 048 829	7 070 341	7 899 376	8 170 694	8 637 924	9 908 014	11 302 699	11 012 580	12 878 992

Zdroj: ČSÚ, Statistika zdravotních účtů

TABULKA 33 PODÍL VÝDAJŮ ZP NA LTC DLE VYBRANÝCH SMLUVNÍCH ODBORNOSTÍ (%)

Kód	Název smluvní odbornosti	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
305	Pracoviště psychiatrie	7,8%	8,0%	7,5%	7,5%	7,8%	7,7%	7,8%	7,9%	8,3%	7,6%
306	Pracoviště dětské psychiatrie	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,5%	0,6%	0,6%	0,5%	0,5%
307	Pracoviště gerontopsychiatrie	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
3F5	Pracoviště standardní ústavní lůžkové péče psychiatrické - F typu	2,9%	2,3%	2,3%	2,0%	2,0%	2,0%	2,4%	2,0%	2,6%	2,3%
3F6	Pracoviště standardní ústavní lůžkové péče dětské psychiatrie - F typu	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,4%	0,3%	0,3%	0,3%
3H5	Pracoviště standardní ústavní lůžkové péče psychiatrické - H typu	2,7%	2,5%	2,2%	2,0%	2,1%	1,8%	2,1%	1,7%	1,9%	1,7%
3H6	Pracoviště standardní ústavní lůžkové péče dětské psychiatrie - H typu	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
3H7	Pracoviště standardní ústavní lůžkové péče gerontopsychiatrické - H typu	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
3U5	Pracoviště dlouhodobé (chronické) ústavní lůžkové péče psychiatrické - U typu	32,1%	28,8%	29,0%	29,8%	29,2%	28,6%	27,4%	27,8%	29,3%	27,8%
3U6	Pracoviště dlouhodobé (chronické) ústavní lůžkové péče dětské psychiatrie - U typu	1,6%	1,6%	1,6%	1,5%	1,3%	1,3%	1,3%	1,1%	1,1%	1,0%
3U7	Pracoviště dlouhodobé (chronické) ústavní lůžkové péče gerontopsychiatrické - U typu	2,3%	2,2%	2,2%	2,1%	2,0%	2,0%	1,8%	1,9%	1,9%	1,9%
7U8	Pracoviště dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
911	Domácí péče SZP (nyní 925)	7,7%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
913	Prac. ošetrovatelské a rehabilit. péče v pobyt. zařiz. sociál. služeb	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,8%	6,8%	7,6%
925	Pracoviště domácí péče - SZP	0,5%	7,5%	8,5%	8,8%	9,8%	10,0%	12,5%	8,5%	6,9%	10,3%
9F9	Pracoviště ústavní péče na ošetrovatelském lůžku - F typu	0,4%	0,4%	0,4%	0,3%	0,2%	0,4%	0,6%	0,4%	0,3%	0,3%
9H9	Pracoviště ústavní péče na ošetrovatelském lůžku - H typu	5,1%	6,3%	6,5%	7,1%	7,0%	7,0%	7,6%	7,9%	8,0%	7,4%
9U7	Pracoviště ústavní následné péče v LDN	35,9%	38,7%	39,0%	38,0%	37,6%	37,5%	34,8%	34,2%	31,1%	29,9%
9U9	Pracoviště ústavní následné ošetrovatelské péče v hospiciu	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	0,7%	0,8%	0,9%	0,9%

Zdroj: ČSÚ, Statistika zdravotních účtů



evropský  
sociální  
fond v ČR



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

TABULKA 34 MEZIROČNÍ ZMĚNA VÝDAJŮ ZP VE VYBRANÝCH SMLUVNÍCH ODBORNOSTECH (%)

Kód	Název smluvní odbornosti	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
305	Pracoviště psychiatrie	16,6%	9,6%	12,2%	7,6%	4,4%	15,7%	16,5%	1,5%	7,2%
306	Pracoviště dětské psychiatrie	10,6%	7,1%	11,2%	0,9%	3,5%	28,2%	6,7%	-10,0%	20,5%
307	Pracoviště gerontopsychiatrie	324,1%	-88,1%	80,7%	12,3%	5,9%	96,3%	27,2%	-63,5%	0,6%
3F5	Pracoviště standardní ústavní lůžkové péče psychiatrické - F typu	-8,4%	12,8%	-2,1%	6,5%	5,3%	35,7%	-3,4%	26,5%	1,4%
3F6	Pracoviště standardní ústavní lůžkové péče dětské psychiatrie - F typu	6,2%	-11,2%	4,3%	29,2%	2,6%	59,7%	2,9%	-20,3%	20,3%
3H5	Pracoviště standardní ústavní lůžkové péče psychiatrické - H typu	8,0%	1,0%	4,3%	6,8%	-7,7%	33,1%	-11,6%	12,4%	3,6%
3H6	Pracoviště standardní ústavní lůžkové péče dětské psychiatrie - H typu	-23,2%	-12,4%	2,7%	55,6%	-11,4%	5,6%	-0,4%	-20,5%	47,8%
3U5	Pracoviště dlouhodobé (chronické) ústavní lůžkové péče psychiatrické - U typu	2,5%	17,6%	14,9%	1,4%	3,4%	10,0%	15,8%	2,6%	11,0%
3U6	Pracoviště dlouhodobé (chronické) ústavní lůžkové péče dětské psychiatrie - U typu	12,2%	17,2%	5,1%	-8,5%	1,8%	13,7%	-0,9%	1,8%	7,9%
3U7	Pracoviště dlouhodobé (chronické) ústavní lůžkové péče gerontopsychiatrické - U typu	9,8%	14,8%	5,6%	0,4%	7,2%	-0,1%	22,9%	-5,3%	19,3%
7U8	Pracoviště dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP)									940,1%
911	Domácí péče SZP (nyní 925)	-90,9%	-92,0%	-58,6%	-58,3%	-16,4%	-49,0%	-26,0%	277,3%	235,8%
913	Prac. ošetrovatelské a rehabilit. péče v pobyt. zaříz. sociál. služeb								37,4%	31,8%
925	Pracoviště domácí péče - SZP	1771,6%	32,0%	16,7%	14,3%	8,2%	43,6%	-22,4%	-21,2%	74,6%
9F9	Pracoviště ústavní péče na ošetrovatelském lůžku - F typu	24,3%	30,5%	-13,9%	-38,4%	117,4%	69,1%	-32,3%	-28,0%	44,3%
9H9	Pracoviště ústavní péče na ošetrovatelském lůžku - H typu	40,6%	19,7%	22,3%	2,4%	4,9%	25,1%	18,1%	-1,3%	8,5%
9U7	Pracoviště ústavní následné péče v LDN	22,8%	17,9%	8,7%	2,4%	5,5%	6,4%	12,2%	-11,4%	12,3%
9U9	Pracoviště ústavní následné ošetrovatelské péče v hospicu						2,6%	34,9%	15,6%	7,2%
<b>celkem</b>	<b>%</b>	<b>14,0%</b>	<b>16,9%</b>	<b>11,7%</b>	<b>3,4%</b>	<b>5,7%</b>	<b>14,7%</b>	<b>14,1%</b>	<b>-2,6%</b>	<b>16,9%</b>

Zdroj: ČSÚ, Statistika zdravotních účtů

TABULKA 35 VÝDAJE ZP V DATECH SHA - KOMBINOVANÝ POHLED (MIL. KČ)

kód	Název druhu zařízení	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
105	Nemocnice následné péče	502,9	565,9	642,7	807,9	819,2	967,5	1047,0	1083,5	1029,9	1182,6
110	Léčebna pro dlouhodobě nemocné (LDN)	451,7	571,2	688,2	653,1	810,1	845,1	901,1	1042,3	849,1	1096,2
111	Léčebna tuberkul.a respir.nemocí (TRN)	114,6	129,7	135,2	148,7	235,5	158,2	177,1	207,5	336,5	193,8
112	Psychiatrická léčebna	2085,2	2258,3	2479,4	2790,0	2848,7	2940,7	3213,7	3702,7	3706,1	4055,7
113	Rehabilitační ústav	173,1	187,1	234,3	259,8	263,4	283,4	289,1	340,6	347,8	385,8
119	Ostatní odborné léčebné ústavy	530,4	639,5	786,6	781,1	867,4	858,3	860,7	784,9	820,7	842,9
122	Dětská psychiatrická léčebna	66,9	75,5	90,4	95,6	86,8	86,7	101,1	94,9	101,6	97,1
129	Ostatní dětské odborné léčebné ústavy	108,7	100,3	125,7	135,3	118,6	137,3	103,4	103,1	92,4	91,6
180	Hospic	14,5	24,8	32,4	48,8	46,0	110,9	68,4	154,6	167,6	205,6
190	Další lůžkové zařízení	60,0	68,3	73,2	86,3	79,4	103,1	154,5	183,7	249,1	261,8
101	Fakultní nemocnice (vybrané odbornosti)	365,8	401,6	466,3	491,9	512,8	554,4	607,4	669,2	693,1	651,2
102	Nemocnice (vybrané odbornosti)	1271,9	1516,3	1694,2	1570,4	1953,4	2153,1	2333,9	2686,8	2349,9	2879,6
jiné	ostatní (vybrané odbornosti)	887,7	1031,2	1258,7	1797,8	1433,9	1446,9	2148,7	2346,8	2409,9	3291,5
<b>celkem</b>		<b>6 633,6</b>	<b>7 569,8</b>	<b>8 707,1</b>	<b>9 666,7</b>	<b>10 075,0</b>	<b>10 645,7</b>	<b>12 006,1</b>	<b>13 400,6</b>	<b>13 153,7</b>	<b>15 35,3</b>

Zdroj: ČSÚ, Statistika zdravotních účtů

TABULKA 36 PODÍL VÝDAJŮ ZP DLE VYBRANÝCH ZAŘÍZENÍ (%)

kod	Název druhu zařízení	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
105	Nemocnice následné péče	7,6%	7,5%	7,4%	8,4%	8,1%	9,1%	8,7%	8,1%	7,8%	7,8%
110	Léčebna pro dlouhodobě nemocné (LDN)	6,8%	7,5%	7,9%	6,8%	8,0%	7,9%	7,5%	7,8%	6,5%	7,2%
111	Léčebna tuberkul.a respir.nemocí (TRN)	1,7%	1,7%	1,6%	1,5%	2,3%	1,5%	1,5%	1,5%	2,6%	1,3%
112	Psychiatrická léčebna	31,4%	29,8%	28,5%	28,9%	28,3%	27,6%	26,8%	27,6%	28,2%	26,6%
113	Rehabilitační ústav	2,6%	2,5%	2,7%	2,7%	2,6%	2,7%	2,4%	2,5%	2,6%	2,5%
119	Ostatní odborné léčebné ústavy	8,0%	8,4%	9,0%	8,1%	8,6%	8,1%	7,2%	5,9%	6,2%	5,5%
122	Dětská psychiatrická léčebna	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	0,9%	0,8%	0,8%	0,7%	0,8%	0,6%
129	Ostatní dětské odborné léčebné ústavy	1,6%	1,3%	1,4%	1,4%	1,2%	1,3%	0,9%	0,8%	0,7%	0,6%
180	Hospic	0,2%	0,3%	0,4%	0,5%	0,5%	1,0%	0,6%	1,2%	1,3%	1,3%
190	Další lůžkové zařízení	0,9%	0,9%	0,8%	0,9%	0,8%	1,0%	1,3%	1,4%	1,9%	1,7%
101	Fakultní nemocnice (vybrané odbornosti)	5,5%	5,3%	5,4%	5,1%	5,1%	5,2%	5,1%	5,0%	5,3%	4,3%
102	Nemocnice (vybrané odbornosti)	19,2%	20,0%	19,5%	16,2%	19,4%	20,2%	19,4%	20,0%	17,9%	18,9%
jiné	ostatní (vybrané odbornosti)	13,4%	13,6%	14,5%	18,6%	14,2%	13,6%	17,9%	17,5%	18,3%	21,6%

Zdroj: ČSÚ, Statistika zdravotních účtů

TABULKA 37 MEZIROČNÍ ZMĚNA VÝDAJŮ ZP VE VYBRANÝCH DRUZÍCH ZAŘÍZENÍ (%)

kod	DRZAR_naz	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
105	Nemocnice následné péče	12,5%	13,6%	25,7%	1,4%	18,1%	8,2%	3,5%	-4,9%	14,8%
110	Léčebna pro dlouhodobě nemocné (LDN)	26,5%	20,5%	-5,1%	24,0%	4,3%	6,6%	15,7%	-18,5%	29,1%
111	Léčebna tuberkul.a respir.nemocí (TRN)	13,2%	4,2%	10,0%	58,4%	-32,8%	11,9%	17,2%	62,2%	-42,4%
112	Psychiatrická léčebna	8,3%	9,8%	12,5%	2,1%	3,2%	9,3%	15,2%	0,1%	9,4%
113	Rehabilitační ústav	8,0%	25,3%	10,9%	1,4%	7,6%	2,0%	17,8%	2,1%	10,9%
119	Ostatní odborné léčebné ústavy	20,6%	23,0%	-0,7%	11,1%	-1,1%	0,3%	-8,8%	4,6%	2,7%
122	Dětská psychiatrická léčebna	12,9%	19,7%	5,7%	-9,2%	0,0%	16,6%	-6,1%	7,0%	-4,4%
129	Ostatní dětské odborné léčebné ústavy	-7,7%	25,3%	7,6%	-12,3%	15,8%	-24,7%	-0,3%	-10,4%	-0,9%
180	Hospic	70,3%	30,8%	50,9%	-5,9%	141,4%	-38,3%	126,1%	8,4%	22,7%
190	Další lůžkové zařízení	13,8%	7,1%	17,9%	-8,1%	30,0%	49,8%	18,8%	35,7%	5,1%
101	Fakultní nemocnice (vybrané odbornosti)	9,8%	16,1%	5,5%	4,3%	8,1%	9,6%	10,2%	3,6%	-6,0%
102	Nemocnice (vybrané odbornosti)	19,2%	11,7%	-7,3%	24,4%	10,2%	8,4%	15,1%	-12,5%	22,5%
jiné	ostatní (vybrané odbornosti)	16,2%	22,1%	42,8%	-20,2%	0,9%	48,5%	9,2%	2,7%	36,6%
<b>celkem</b>		<b>14,1%</b>	<b>15,0%</b>	<b>11,0%</b>	<b>4,2%</b>	<b>5,7%</b>	<b>12,8%</b>	<b>11,6%</b>	<b>-1,8%</b>	<b>15,8%</b>

Zdroj: ČSÚ, Statistika zdravotních účtů



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

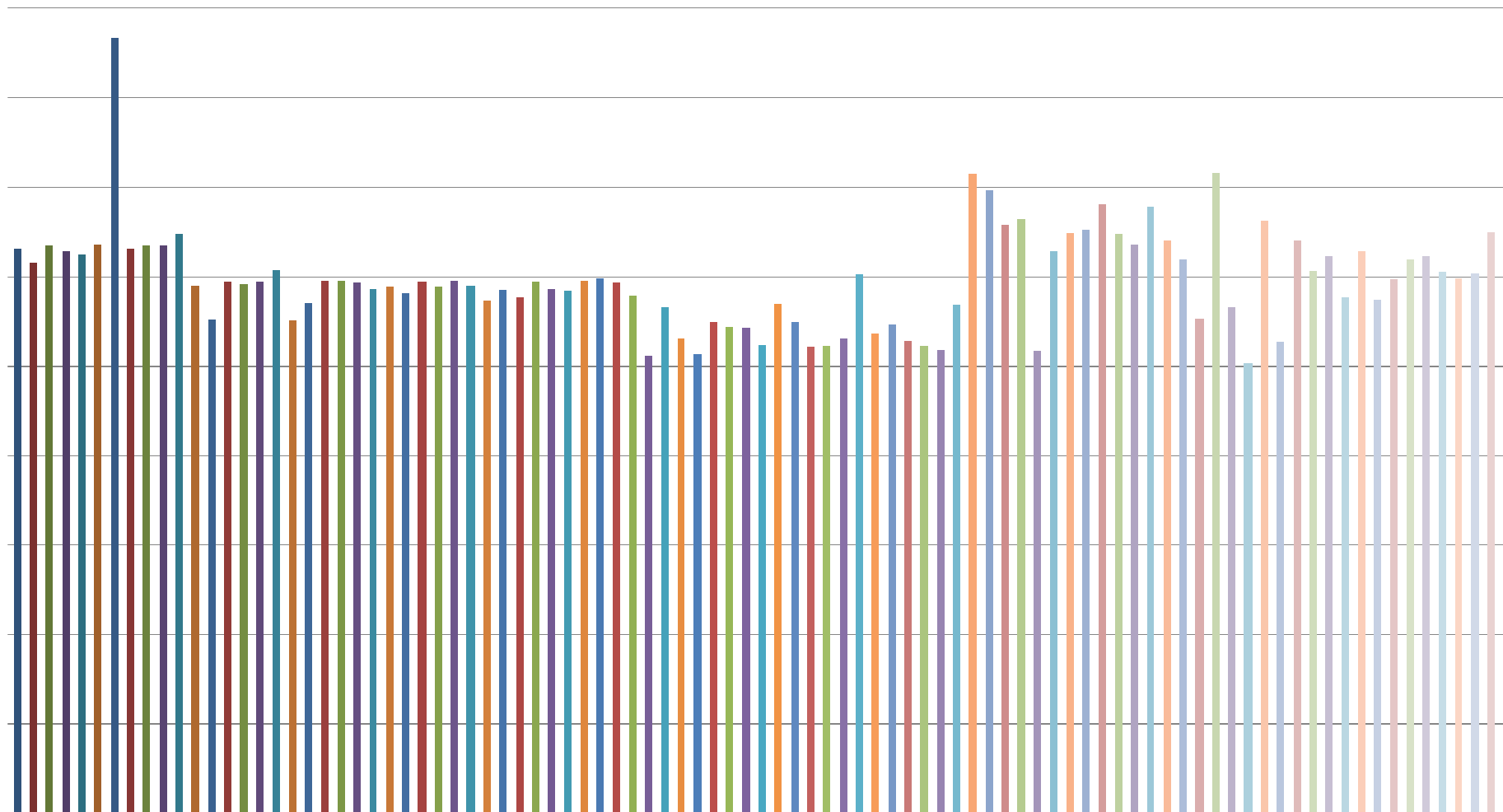
TABULKA 38 PRŮMĚRNÁ ÚHRADA NA OŠETŘOVACÍ DEN DLE PRACOVÍŠTĚ A ODBORNOSTI (ZDROJ: VZP)

Odbornost	Pracoviště	Název odbornosti	Průměrná úhrada na ošetřovací den
1U1	OLU_SAM	Pracoviště dlouhodobé (chronické) interní lůž.péče - U typu	1 308 Kč
2U1	LDN_SAM	Pracov. dlouhodobé ústav. lůž. rehabilitační péče - U typu	1 197 Kč
2U1	OLU_SAM	Pracov. dlouhodobé ústav. lůž. rehabilitační péče - U typu	1 298 Kč
2U1	OLU_ZACL	Pracov. dlouhodobé ústav. lůž. rehabilitační péče - U typu	1 375 Kč
2U5	OLU_SAM	Pracov. dlouhodobé ústav.lůž.TRN a pneumolog.péče - U typu	1 055 Kč
2U5	OLU_ZACL	Pracov. dlouhodobé ústav.lůž.TRN a pneumolog.péče - U typu	1 068 Kč
3U1	OLU_SAM	Prac.dlouhodobé (chronic.) úst.lůž.péče pediatrické - U typu	952 Kč
3U5	OLU_SAM	Prac. dlouhodobé (chronic.) úst.lůž.péče psychiatr. - U typu	1 349 Kč
3U6	OLU_SAM	Prac. dlouhod.(chronic.) úst.lůž.péče dět.psydiatr.- U typu	1 427 Kč
3U8	OLU_SAM	Prac. dlouhod.(chronic.) léčba alkohol.a j. toxikom. -U typu	1 288 Kč
3U8	OLU_ZACL	Prac. dlouhod.(chronic.) léčba alkohol.a j. toxikom. -U typu	1 304 Kč
9F9	LDN_ZACL	Pracov. ústavní péče na ošetřovatelském lůžku - F typu	1 022 Kč
9F9	OL_ZACL	Pracov. ústavní péče na ošetřovatelském lůžku - F typu	1 079 Kč
9F9	OLU_ZACL	Pracov. ústavní péče na ošetřovatelském lůžku - F typu	1 134 Kč
9H9	HOSPIC	Pracov. ústavní péče na ošetřovatelském lůžku - H typu	1 297 Kč
9H9	LDN_SAM	Pracov. ústavní péče na ošetřovatelském lůžku - H typu	1 152 Kč
9H9	LDN_ZACL	Pracov. ústavní péče na ošetřovatelském lůžku - H typu	1 156 Kč
9H9	OL_SAM	Pracov. ústavní péče na ošetřovatelském lůžku - H typu	1 080 Kč
9H9	OL_ZACL	Pracov. ústavní péče na ošetřovatelském lůžku - H typu	1 072 Kč
9H9	OLU_SAM	Pracov. ústavní péče na ošetřovatelském lůžku - H typu	1 070 Kč
9U7	LDN_SAM	Pracov. ústavní následné péče v LDN	1 178 Kč
9U7	LDN_ZACL	Pracov. ústavní následné péče v LDN	1 182 Kč
9U7	OL_ZACL	Pracov. ústavní následné péče v LDN	982

Zdroj: VZP ČR



GRAF 7 PRŮMĚRNÁ ÚHRADA NA OŠETŘOVACÍ DEN DLE PRACOVISŤE A KRAJE



Zdroj: data VZP



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)