

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra ekonomických teorií



Bakalářská práce

Financování rehabilitační péče v ČR

Aneta Pohorská

© 2018 ČZU v Praze

ČESKÁ ZEMĚDĚLSKÁ UNIVERZITA V PRAZE

Provozně ekonomická fakulta

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Aneta Pohorská

Podnikání a administrativa

Název práce

Financování rehabilitační péče v ČR

Název anglicky

Funding of Rehabilitation Care in Czech Republic

Cíle práce

Cílem práce je zhodnotit finanční zajištění rehabilitační péče v České republice. V rámci práce bude vyhodnocena závislost péče na veřejných zdrojích a zdrojích soukromých, a to i z pohledu vybraného rehabilitačního zařízení – Rehabilitačního ústavu Kladrubby.

Metodika

Pro zpracování literární rešerše bude využita metoda studia odborné literatury. Informace budou získávány nejen z českých materiálů, ale podstatné budou i zahraniční. Aktuální informace budou čerpány z odborných časopisů a internetových zdrojů. Významným zdrojem dat je databáze Českého statistického úřadu, Ústavu zdravotnických informací a statistiky a interní materiály vybraného zdravotnického subjektu. Využita bude metoda deskripce, komparace, analýzy a syntézy, indukce, dedukce.

Doporučený rozsah práce

30 – 40 stran

Klíčová slova

hospodářský výsledek, Kladruby, ministerstvo zdravotnictví, rehabilitační péče, samoplátce, rozpočet, zdravotnictví, zdravotní pojišťovna

Doporučené zdroje informací

- GLADKIJ, I.: Management ve zdravotnictví. Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8.
- JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. Úvod do veřejného zdravotnictví. 1. vyd. Praha: Portál, 2012. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9.
- MAAYTOVÁ, A. Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivity. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012, 164 s. ISBN 978-807-3579-128.
- NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2628-1.
- ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J.: *Ekonomika zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-551-8.
- ZLÁMAL, J.: *Etika, legislativa a organizace zdravotnictví ČR*. Brno: Computer Media, 2016. ISBN 978-80-7402-247-0.

Předběžný termín obhajoby

2017/18 LS – PEF

Vedoucí práce

Ing. Dana Stará, Ph.D.

Garantující pracoviště

Katedra ekonomických teorií

Elektronicky schváleno dne 11. 1. 2018

doc. PhDr. Ing. Lucie Severová, Ph.D.

Vedoucí katedry

Elektronicky schváleno dne 12. 1. 2018

Ing. Martin Pelikán, Ph.D.

Děkan

V Praze dne 05. 02. 2018

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci "Financování rehabilitační péče v ČR" jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího bakalářské práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu použitých zdrojů na konci práce. Jako autorka uvedené bakalářské práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušil autorská práva třetích osob.

V Praze dne 12. 03. 2018

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí bakalářské práce Ing. Daně Staré Ph.D. za odborné vedení, užitečné rady a za její cenný čas, který mi poskytla při konzultacích k mé bakalářské práci. Dále bych ráda poděkovala odbornému zástupci Rehabilitačního ústavu Kladruby prim. MUDr. Karlu Mosesovi za jeho cenný čas a odborné rady při vypracování této práce.

Financování rehabilitační péče v ČR

Abstrakt

V ČR je poskytování zdravotní péče velmi závislé na veřejných zdrojích, a to se týká i léčebně rehabilitační péče včetně lázeňství. Regulátor, stát, dlouhodobě podporuje poskytování léčebně rehabilitační péče v ČR, poptávka po této péči je čím dál více uspokojována přímými platbami domácností. Regulační opatření zavedená státem k ovlivnění čerpání z veřejných zdrojů, z veřejného zdravotního pojištění mohou působit velmi rychle a razantně a mohou přímo ovlivňovat nabídku těchto zdravotních služeb v dalších letech. I v době hospodářské krize v ČR po 11/2008 bylo hospodaření porovnávaných rehabilitačních ústavů v kladných číslech.

Klíčová slova: rehabilitace, financování zdravotní péče v ČR, rehabilitační ústav, lázeňství, rehabilitační a fyzikální medicína, zdravotní pojištění, disabilita

Funding of Rehabilitation Care in Czech Republic

Abstract

Provision of health care in the Czech Republic depend shightly on public financial resources, including medical rehabilitation care and eventhe medical spa therapy. The regulator of finances, which is the State, supports medical rehabilitation care in the Czech Republic long-term. The demand of this medical rehabilitation care is more and more fulfilled by payments of individual households. The state sets regulation limits to influence the draw of money from public resources, from the public health care. These regulations can work quickly and firm and have immediate influence on the supply of these health care services in coming years. Even during economic crisis in the Czech Republic after 11.2008 was the management of rehabilitation institutes in positive numbers.

Keywords: rehabilitation, financing of health care in the Czech Republic, rehabilitation center, medical spa, rehabilitation and physical medicine, health insurance, disability

Obsah

1 Úvod.....	13
2 Cíl práce a metodika	14
2.1 Cíl práce	14
2.2 Metodika	14
3 Teoretická východiska financování rehabilitační péče v ČR.....	17
3.1 Rehabilitace.....	17
3.2 Sociální politika	19
3.2.1 Zdravotní politika	20
3.2.2 Zdravotnické systémy	20
3.3 Zdroje financování rehabilitační péče	21
3.3.1 Sociální pojištění.....	23
3.3.1.1 –Veřejné zdravotní pojištění.....	23
3.3.1.2 Sociální zabezpečení	26
3.4 Community Based Rehabilitation matrix (CBR matrix).....	27
3.4.1 Oblast Zdraví z CBR matrix	27
3.4.2 Oblast Společnost z CBR matrix	30
3.4.3 Další oblasti z CBR matrix	30
4 Vlastní práce financování rehabilitační péče v ČR.....	32
4.1 Rozbor ukazatelů rehabilitační péče v ČR.....	34
4.2 Rozbor ukazatelů Rehabilitačního ústavu Kladruby a Rehabilitačního ústavu Brandýs nad Orlicí	42
5 Výsledky a diskuze	55
6 Závěr.....	58
7 Seznam použitých zdrojů	59
8 Přílohy	68

Seznam grafů

Graf 1 Vývoj obyvatelstva v ČR dle věkových kategorií v období 2006-2016 (v tis. osob)	32
Graf 2 Náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v období 2006-2016 (v mil. Kč)	33
Graf 3 Vývoj celkových výdajů (CV) na zdravotní péči, jejich podíl na HDP a podíl rehabilitační péče (RP) na celkových výdajích na zdravotní péči v letech 2006- 2015 (v mld. Kč, %)	34

Graf 4 Podíl nákladů ZP na zdravotnické prostředky vydané na poukazy z celkových nákladů ZP na zdravotní péči v období 2006-2016 (v %)	35
Graf 5 Meziroční změna počtu lůžek v nemocnicích celkem a na oddělení rehabilitační a fyzikální medicíny v období 2006-2015 (v %)	36
Graf 6 Meziroční změna nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči celkem, ambulantní rehabilitační péči a lázeňskou péči v období 2006-2016 (v %)	37
Graf 7 Výdaje zdravotních pojišťoven a domácností na lůžkovou a ambulantní rehabilitační péči (RP) v období 2010-2015 (v mil. Kč)	38
Graf 8 Počet lůžek v léčebných lázních a jejich procento využití v období 2006-2016 (ks, %)	39
Graf 9 Počet ošetrovacích dnů v léčebných lázních na náklad zdravotních pojišťoven v letech 2006-2016 (v tis. dnů)	40
Graf 10 Počet klientů v RÚ Brandýs nad Orlicí a v RÚ Kladruby v letech 2006-2016	43
Graf 11 Procento využití lůžek v RÚ Brandýs nad Orlicí, v RÚ Kladruby a celorepublikový průměr procenta využití lůžek v rehabilitačních ústavech v období 2006-2016 (v %)	46
Graf 12 Průměrná ošetrovací doba v RÚ Brandýs nad Orlicí, RÚ Kladruby a celková v RÚ ČR v období 2006-2016 (ve dnech)	47
Graf 13 Náklady, výnosy a podíl mzdových nákladů na celkových nákladech Rehabilitačního ústavu Brandýs nad Orlicí v období 2006-2016 (v tis. Kč, %) ...	49
Graf 14 Náklady, výnosy a podíl mzdových nákladů na celkových nákladech Rehabilitačního ústavu Kladruby v období 2006-2016 (v tis. Kč, %)	50
Graf 15 Náklady v RÚ Brandýs nad Orlicí a v RÚ Kladruby připadající na jeden ošetrovací den v období 2006-2016 (v Kč)	51
Graf 16 Hospodářský výsledek připadající na jeden ošetrovací den v RÚ Brandýs nad Orlicí a v RÚ Kladruby v období 2006-2016 (v Kč)	52
Graf 17 Celková hodnota stálého majetku v RÚ Brandýs nad Orlicí a v RÚ Kladruby v letech 2006-2016 (v tis. Kč)	54

Seznam obrázků

Obrázek 1 Tiskopis k záznamu TISS bodů – strana 1	I
Obrázek 2 Tiskopis k záznamu TISS bodů - strana 2	II

Seznam schémat

Schéma 1 Členění sociálního pojištění v ČR.....	23
Schéma 2 CBR matrix	27

Seznam tabulek

Tabulka 1 Rozdělení rehabilitační léčby	19
Tabulka 2 Sazby pojistného na sociální zabezpečení (k 01. 12. 2017)	26
Tabulka 3 Počet rehabilitačních ústavů a lůžek v rehabilitačních ústavech v období 2006-2016.....	41
Tabulka 4 Počet lůžek v Rehabilitačním ústavu Kladruby a v Rehabilitačním ústavu Brandýs nad Orlicí v období 2006-2016.....	44
Tabulka 5 Průměrné výdaje zdravotních pojišťoven na jednoho pojištěnce dle věkové kategorie za rok 2015 (v letech, v Kč).....	III
Tabulka 6 Výdaje na zdravotní péči v ČR podle zdroje financování v letech 2010-2015 (v mil. Kč, v %).....	III
Tabulka 7 Počet lůžek, ošetrovacích dnů, procento využití lůžek a průměr procenta využití lůžek v nemocnicích v letech 2006-2016 (ks, dny, %)	IV

Seznam použitých zkratk

ADL – activities of daily living (běžné denní činnosti)

CBR – Community Based Rehabilitation

ČPZP – Česká průmyslová zdravotní pojišťovna

ČR – Česká republika

ČSÚ – Český statistický úřad

DIMDI - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Německý ústav pro zdravotnickou dokumentaci a informace)

HDP – hrubý domácí produkt

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

OD – ošetřovací den

OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj)

OSVČ – osoba samostatně výdělečně činná

OZP – Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví

RBP – Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna

RP – rehabilitační péče

RÚ – rehabilitační ústav

USA – Spojené státy americké

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky

VoZP – Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

ZPŠ – Zaměstnanecká pojišťovna Škoda

1 Úvod

WHO od roku 1948 definuje zdraví jako „stav fyzické, psychické, sociální pohody a nikoli pouhou nepřítomnost nemoci či slabosti“ (WHO, 2017a).

Zdraví patří mezi hlavní kritéria při hodnocení kvality života. K udržení zdraví některým lidem postačuje jejich vlastní cit, síly, zdroje, znalosti a dovednosti, jiným je potřeba napomoci. Osobní charakteristiky a chování jednotlivce, fyzické a sociálně-ekonomické prostředí jsou dílčími faktory, jejichž naplnění je nezbytné pro dosažení zdraví v populaci.

S dosažením a udržením zdraví souvisí i rehabilitace. Re-habilitace vychází z latinského pojmu "habilis" - šikovný, z pojmu "habilitatio" - což je proces, jak se stát šikovným, a u nás používaném při habilitaci docentů. Rehabilitace je procesem, který směřuje k tomu, aby se člověk stal opět šikovným a zdatným, u dětí bývá někdy používán pojem "habilitace", ve kterém dítě směřuje k co nejlepšímu fungování, například pokud se narodilo s vrozenou vadou. Proces rehabilitace stojí na pomezí, nebo přemostňuje procesy ve zdravotním a sociálním systému.

V ekonomické společnosti, ve společnosti založené (nejen) na penězích, každý proces něco stojí, a tam kde stát chce naplňovat svoji politiku, například sociální a zdravotní, tam procesy reguluje - zákony, vyhláškami a normami. Financování zdravotnictví a sociálního systému je regulováno státem. Sociální systém je zatížen množstvím mandatorních výdajů. Systém veřejného zdravotního pojištění je v ČR v podstatě daní na zdravotnictví a je největším zdrojem pro financování zdravotnictví.

Těsná vazba mezi státem a sociálním a zdravotním systémem znamená velkou závislost na ekonomickém fungování státu.

2 Cíl práce a metodika

2.1 Cíl práce

Cílem práce je zhodnotit finanční zajištění rehabilitační péče v České republice. V rámci práce bude vyhodnocena závislost péče na veřejných zdrojích a zdrojích soukromých, a to i z pohledu vybraných rehabilitačních zařízení, Rehabilitačního ústavu Kladruby a Rehabilitačního ústavu Brandýs nad Orlicí.

2.2 Metodika

Pro zpracování teoretických východisek je využita metoda studia odborné literatury. Informace jsou získány nejen z českých materiálů, ale podstatné jsou i zahraniční. Aktuální informace jsou čerpány z odborných časopisů a internetových zdrojů. Významným zdrojem dat je databáze Českého statistického úřadu (ČSÚ), Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) a interní materiály – výroční zprávy a účetní závěrky vybraných zařízení. Využita je metoda deskripce, komparace, analýzy a syntézy, indukce, dedukce. K odlišení podstatných a nepodstatných informací je využito odborných konzultací s odborným zástupcem Rehabilitačního ústavu Kladruby MUDr. Karlem Mosesem.

Záměrem této práce je posoudit léčebně rehabilitační péči v ČR souhrnně a provést rozbor hospodářských ukazatelů dvou zdravotnických zařízení poskytujících následnou lůžkovou rehabilitační péči – rehabilitačních ústavů. Je zvolena časová řada 2006-2016.

Ze Zdravotnických ročenek ČR jsou zjištěny náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči, ambulantní rehabilitační péči, lázeňskou péči a na zdravotnické prostředky, vydané na poukazy. Dále je zjištěn počet ošetrovacích dnů a lůžek v léčebných lázních.

Z Výsledků zdravotnických účtů ČR jsou zjištěny celkové výdaje na zdravotní péči a na rehabilitační péči, výdaje zdravotních pojišťoven a domácností na lůžkovou a ambulantní rehabilitační péči.

Ze Statistických ročenek ČR je zjištěn hrubý domácí produkt, počet lůžek v nemocnicích a na odděleních rehabilitační a fyzikální medicíny a vývoj obyvatelstva dle věkových kategorií.

Následně je pomocí těchto dat zkoumán vývoj těchto ukazatelů v období 2006-2016. Je vypočítán podíl celkových výdajů na zdravotní péči, podíl výdajů rehabilitační péče na celkových výdajích na zdravotní péči a podíl výdajů na zdravotnické prostředky vydané na poukazy na celkových výdajích na zdravotní péči. Dále jsou počítána tempa růstu, meziroční změny a procento využití lůžek. Na základě vypočtených ukazatelů je komparováno a vyhodnocováno.

Dle vyžádaných informací poskytnutých pracovníkem z Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR jsou ve Zdravotnické ročence do počtu rehabilitačních ústavů zahrnuty Vojenský rehabilitační ústav Slapy, Rehabilitační ústav Kladruby, Rehabilitační ústav Hostinné, Rehabilitační ústav Hrabyně, Rehabilitační ústav Brandýs nad Orlicí a Rehabilitační ústav pro cévní choroby mozkové, s.r.o. (Chotěboř). Dále jsou v práci použita data o počtu rehabilitačních ústavů a lůžek v nich podle ÚZIS.

Při posuzování veřejně dostupných zdrojů o hospodaření rehabilitačních ústavů, které do své statistiky zahrnuje ÚZIS, je zjištěna nekonzistence údajů mezi jednotlivými zařízeními. Konzistence v údajích je nezbytná pro možnost dalšího porovnání. Jistá míra konzistence je nalezena mezi Rehabilitačním ústavem Kladruby a Rehabilitačním ústavem Brandýs nad Orlicí, které jsou v práci porovnány.

Dále je na vyžádání zjištěn počet lůžek v Rehabilitačním ústavu Brandýs nad Orlicí. Data o Rehabilitačním ústavu Kladruby jsou čerpána z jejich oficiálních webových stránek a z výročních zpráv. Data o Rehabilitačním ústavu Brandýs nad Orlicí jsou zjištěna z jejich oficiálních webových stránek, výročních zpráv a účetních závěrek. U zvolených zařízení jsou zjištěny údaje o počtu lůžek, počtu klientů, počtu ošetrovacích dnů a průměrné ošetrovací době. Tato data jsou porovnána s celorepublikovým průměrem rehabilitačních ústavů. Dále jsou v obou zařízeních zjištěny náklady, výnosy, hospodářský výsledek a hodnota stálého majetku.

Pomocí těchto dat jsou vypočítána procenta využití lůžek, tempa růstu, meziroční změny, podíl lůžek v jednotlivém RÚ vůči počtu lůžek celkem v rehabilitačních ústavech ČR.

Dle informací od pracovníka RÚ Kladruby se procento využití lůžek počítá do výročních zpráv pomocí vzorce:

$$\text{Procento využití lůžek} = \text{počet ošetrovacích dnů} / \text{maximální počet ošetrovacích dnů} \quad (1)$$

$$\text{Maximální počet ošetrovacích dnů} = \text{počet dní v roce (365)} * \text{průměrný počet lůžek} \quad (2)$$

Tempo růstu se vypočte jako (Synek, Kopkáně, Kubálková, 2009, s. 25-26):

$$\text{Tempo růstu} = \frac{y_t - y_{t-1}}{y_{t-1}} * 100 \quad (3)$$

3 Teoretická východiska financování rehabilitační péče v ČR

Financování zdravotní péče by mělo být opodstatněné, udržitelné a efektivní. To se týká i poskytování léčebné rehabilitace a rehabilitace všeobecně.

3.1 Rehabilitace

Dle definice WHO (2017b, s. 1) je rehabilitace soubor opatření směřujících k co nejlepšímu funkčnímu stavu a zmírnění disability osob, jejichž zdravotní stav se střetává s podmínkami, ve kterých žijí. Zdravotní stav se týká nemoci (akutní či chronické), poškození nebo poranění.

Podle WHO (2017b, s. 1) může zdravotní stav také zahrnovat těhotenství, stárnutí, stres, vrozené abnormality nebo genetické predispozice. Takto se rehabilitací u lidí zvyšuje, jak jen je to možné, schopnost žít, pracovat a učit se. Je dokladován předpoklad, že rehabilitace může zmírnit funkční obtíže spojené se stárnutím a zlepšuje kvalitu života.

Rehabilitace se dá rozdělit do několika fází. V ČR je používáno rozdělení na léčebnou rehabilitaci: na lůžkách akutní péče, následnou lůžkovou v rehabilitačních ústavech, následnou lůžkovou lázeňskou, ambulantní a poskytovanou v domácím prostředí.

V Německu je uplatňován fázový model rehabilitace – zprvu byl zaveden pro neurologické pacienty. V Německu jsou dle Schönleho (1996, s. 22) popisovány fáze A–F:

- A: akutní péče;
- B: nutná intenzivní léčebná péče;
- C: nutná ošetrovatelská péče ve většině běžných denních činnostech (ADL - activities of daily living);
- D: intenzivní léčebná rehabilitace po zvládnutí časně mobilizace pacienta;
- E: rehabilitace po ukončení intenzivní léčebné rehabilitace, pracovní rehabilitace;
- F: dlouhodobá péče.

Pro zhodnocení stavu pacienta, zda splňuje kritéria pro setrvání v konkrétní fázi, se používá dle DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information - Německý ústav pro zdravotnickou dokumentaci a informace, poslední verze 2014) „FrühRehaBarthelIndex“, kterým se bodově hodnotí poskytovaná intenzivní léčebná péče a zvládnutí běžných denních činností pacientem.

Tento model je inspirativní pro Českou republiku, z důvodu dobré propracovanosti fázového modelu. Tento model zajišťuje poskytnutí včasné a efektivní rehabilitační péče. Tento systém umožňuje pacienta lépe zařadit do příslušné fáze rehabilitace podle bodového hodnocení „FrühRehaBarthelIndex“.

V ČR je poskytovaná intenzivní (léčebná) péče hodnocena TISS body, formulář pro vyplnění TISS bodů je uveden v příloze 1. Zvládnutí běžných denních činností pacientem je hodnoceno kategorií pacienta (v ošetrovatelství je používán Barthel index). Zdravotní výkony (VZP, 2018a) a kategorie pacienta jsou kodifikovány v číselnících VZP.

VZP (2017) v číselníku kategorií pacienta uvádí tyto kategorie pacientů:

- *„**kategorie 1.** pacient soběstačný, nezávislý na základní ošetrovatelské péči, nebo obdobně soběstačné dítě nad 10 let věku nebo novorozenec na novorozeneckém oddělení;*
- ***kategorie 2.** pacient částečně soběstačný, nebo dítě nad 6 let do 10 let věku včetně, sebeobsluha s dopomocí, schopen pohybu mimo lůžko s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku;*
- ***kategorie 3.** pacient vyžadující zvýšený dohled, nebo dítě nad 2 roky do 6 let včetně, lucidní pacient neschopný pohybu mimo lůžko ani s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku, vyžadující téměř úplnou obsluhu, nebo psychicky alterovaný pacient, u něhož je nutný zvýšený osobní dohled, případně nutné přechodné omezení pohybu či farmakologická sedace;*
- ***kategorie 4.** pacient imobilní nesoběstačný, nebo dítě od 0 do 2 let věku včetně, kromě novorozence na novorozeneckém oddělení, lucidní pacient zcela imobilní, příp. inkontinentní, vyžadující ošetrovatelskou pomoc při všech i nejběžnějších úkonech;*
- ***kategorie 5.** pacient v bezvědomí.“*

Dle Koláře (2010, s. 2) se členění rehabilitace do oblastí provádí z didaktických, ale i praktických důvodů. Rehabilitace zejména u osob se závažnými problémy by měla být poskytována pokud možno komplexně. Jedná se o tyto oblasti (Kolář, 2010, s. 2):

- léčebná rehabilitace;
- sociální rehabilitace;
- pedagogická rehabilitace;

- pracovní rehabilitace.

V rehabilitaci se využívají různé léčebné metody, které jsou uvedeny v tabulce 1. Ve vybraných rehabilitačních ústavech (RÚ Kladruby, RÚ Brandýs nad Orlicí) některé z těchto metod komplexně využívají (fyzikální terapii, tělesnou výchovu, ergoterapii, psychoterapii a balneoterapii).

Tabulka 1 Rozdělení rehabilitační léčby

REHABILITAČNÍ LÉČBA	POPIS
fyzikální terapie	působení světla, tepla, záření (elektroterapie, fototerapie)
tělesná výchova	individuální či skupinové cvičení
ergoterapie	léčba prací (vyrábění různých výrobků)
reflexní terapie	akupunktura, akupresura, shiatsu masáže
psychoterapie	ovlivnění psychiky
balneoterapie	využití rašeliny, vřídelních a sírných bahen
alternativní rehabilitace	pozitivní působení např. koně, psa na zdraví člověka

Zdroj: vlastní zpracování; Kelnarová (2009, s. 191-192)

Rehabilitační léčba je poskytována ambulantně, v rehabilitačních ústavech, v geriatrických a doléčovacích odděleních, v léčebnách dlouhodobě nemocných a také pomocí agentur domácí péče (Slezáková a kolektiv, 2012, s. 151). Tradičním poskytovatelem léčebně rehabilitační péče v ČR je lázeňství, kterému dominuje balneoterapie.

3.2 Sociální politika

Financování rehabilitační péče z makroekonomického hlediska se odvíjí od zdravotní, respektive sociální politiky státu.

Dle Krebse (2010 s. 17, 19, 27) se sociální politika v současném světě stala tématem velice častým a velmi sporným a současně i odlišně vykládaným a náročným na veřejné zdroje. „Sociální politika je politikou, která se primárně orientuje na člověka, na rozvoj a kultivaci jeho životních podmínek, dispozic, na rozvoj jeho osobnosti a kvality života.“ V každé zemi a různé době se může odlišovat, ale má určité jednotné znaky. Vyznačují ji principy sociální spravedlnosti, sociální solidarity, ekvivalence, subsidiarity a participace.

Kotous, Munková a Štefko (2013, s. 11-12) popisují sociální spravedlnost jako pravidla, kterými jsou ve společnosti rozdělovány příležitosti, předpoklady a prostředky veřejného blahobytu mezi jednotlivé subjekty. Sociální solidaritou se rozumí vzájemná spolupráce jedinců a sociálních skupin při tvorbě a rozdělování životních podmínek. Subsidiarita je založena na vlastní odpovědnosti. Nejprve by si měl člověk pomoci sám a poté svým blízkým a státu. Participace umožňuje občanům podílet se na všem, co ovlivňuje jejich život. Podle Krebse (2010, s. 34 - 35) existuje dále princip ekvivalence, který se úplně liší od principu solidarity. Tam, kde převažují univerzální schémata, převažuje princip solidarity, kde jsou sociální systémy stavěny v závislosti na výši příjmu z ekonomické činnosti, převažuje princip ekvivalence. Ekvivalence znamená rovnocennost, princip ekvivalence očekává rovnocenné rozdělování důchodů, statků, služeb, podmínek atd.

3.2.1 Zdravotní politika

„Zdravotní politika je nedílnou součástí tzv. širšího pojetí sociální politiky sociálních států“ Krebs (2010, s. 335).

Podle Gladkije a Strnada (2002, s. 7-9) *„zdravotní politika představuje souhrn politických aktivit, které mají vliv na zdraví různých společenských skupin či států. Přesahuje zdravotnické služby a zahrnuje zamýšlené i nezamýšlené jednání veřejnosti, soukromých i dobrovolných organizací a jedinců, kteří mají vliv na zdraví.“* K realizaci používá zákony, normy, standardy, finanční prostředky a jejich rozdělování, instituce, informace a vyjednávání s účastníky procesu zdravotní péče. Zdravotní politika jako vědní obor vznikla teprve po druhé světové válce z důvodu složité zdravotní situace v téměř celé Evropě. Její vývoj souvisel s vývojem nových medicínských technologií a zvyšováním výdajů na zdravotnictví.

Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR je program *„Zdraví pro všechny v 21. století“* (MZČR, 2008).

3.2.2 Zdravotnické systémy

Zdravotnické systémy jsou obrazem zdravotní politiky států. Ve světě jsou rozlišovány tyto zdravotnické systémy dle financování (Zlámal, 2016, s. 66):

- založené na povinném, veřejném zdravotním pojištění (Bismarckovský model);

- z daní obyvatelstva, pomocí státního rozpočtu (Semaškův a Beveridgův model);
- převážně ze soukromého zdravotního pojištění (Liberální systém).

Liberální systém

Dle Zlámala a Bellové (2013, s. 224) jsou liberální zdravotnické systémy založené na přímých platbách za poskytnutou službu. Využívají i solidaritu v rámci dobrovolných pojištění týkajících se i konkrétních pojistitelných stavů (událostí), například nemoci. Příkladem jsou USA do současné zdravotnické reformy.

Bismarckovský model

Janečková a Hnilicová (2009, s. 90-98) tvrdí, že „*celonárodní systém sociálního zabezpečení byl založen v Německu koncem 19. století kancléřem Otto von Bismarckem*“. Zdravotní politika byla založená na povinném zdravotním pojištění, ze kterého byly následně financovány zdravotní služby. Bismarckovský model v současnosti uplatňují Německo, Rakousko, Francie, Belgie, Nizozemsko, Švýcarsko, Česká republika atd.

Semaškův model

Podle Zlámala (2016, s. 66) se jedná o „*centralizovaný systém zdravotní péče*“. Náklady na zdravotnictví jsou hrazeny ze státního rozpočtu. Semaškův model uplatňuje Kuba.

Beveridgův model

Dle Janečkové a Hnilicové (2009, s. 98-99) Beveridgův model získal jméno podle britského ekonomy Williama Beveridge. Jeho ideje byly využity v poválečném období a uplatněny v zákoně o Národní zdravotní službě, zavedené v roce 1948. Model je financován z daní obyvatelstva. Zaručuje zdravotní péči všem občanům. Beveridgův model uplatňují Velká Británie, Kanada, Irsko, Itálie, Portugalsko, Španělsko, Řecko a další.

3.3 Zdroje financování rehabilitační péče

České zdravotnictví je financováno třemi druhy zdrojů: veřejnými zdroji, soukromými zdroji a přímými platbami domácností. Rehabilitační péče je financována ze všech těchto zdrojů.

Český statistický úřad (2017, s. 8) uvádí, že veřejné zdroje obsahují státní rozpočet, rozpočet územních samospráv a povinné veřejné zdravotní pojištění. „*Do soukromých zdrojů jsou zahrnuty dobrovolné platby na zdravotní péči neziskových institucí, soukromé zdravotní pojištění a závodní preventivní péče. Přímé platby domácností zahrnují přímé výdaje příjemců zdravotní péče (pacientů) nebo jejich případnou spoluúčast.*“

Dle Českého statistického úřadu (2017b, s. 10) mají veřejné zdroje svou specifickou úlohu a jsou nejdůležitějším zdrojem financování zdravotnictví v ČR. Zatímco zdroje z povinného zdravotního pojištění hradí běžnou zdravotní péči pacientům, rozpočty územních samospráv a státní rozpočet se zasazují o financování specifických činností nehrazených z veřejného zdravotního pojištění. Patří sem správa rezortu zdravotnictví, zdravotnický výzkum a vývoj (např. ve fakultních nemocnicích, výzkumných ústavech, apod.), vzdělávání zdravotnických pracovníků, preventivní a osvětové programy a kampaně, činnost hygienických stanic, částečně sem patří i výdaje na investiční projekty a přímé dotace zdravotnickým zařízením zřizovaným ministerstvem zdravotnictví, kraji, městy a obcemi.

Pro Českou republiku je typické, že podíl veřejných výdajů na celkovém financování zdravotnictví je vysoký. Jak uvádí OECD (2017, s. 6), v roce 2015 byl po Německu, Dánsku a Švédsku dokonce čtvrtý nejvyšší v rámci EU.

Dle údajů Českého statistického úřadu (2017b, s. 11) tvořily soukromé zdroje bez přímých plateb domácností v roce 2015 necelá 3 % všech výdajů na zdravotnictví. Jedná se tedy spíše o okrajový zdroj, nicméně stále důležitý. Patří sem různorodé finanční zdroje, např. zdroje soukromých zdravotních pojišťoven a neziskových institucí.

Janečková a Hnilicová (2009, 125-128) uvádí, že přímé platby domácností tvoří především přímé platby a spoluúčast na úhradách zdravotní péče. Jedná se konkrétně o ambulantně užívané léky (doplatky u předepsaných léčiv či platby plných cen u volně prodejných léků) a terapeutické pomůcky, dále platby za nadstandardní služby a materiál, platby za lázeňské pobyty nebo platby za různá potvrzení, především u praktických lékařů a regulační poplatky za pohotovostní služby.

3.3.1 Sociální pojištění

Podle Vančurové a Klazara (2008, s. 9) je sociální pojištění v České republice nejvýznamnějším příjmovým a výdajovým zdrojem veřejných rozpočtů. Pomocí sociálního pojištění stát provádí svoji politiku ve zdravotnictví a zabezpečuje občany ve stáří či nemoci. Jedná se o takzvané neúvěrové příjmy veřejných rozpočtů. Z těchto vybraných finančních prostředků stát financuje zdravotní péči nebo dávky v určitých životních situacích. U financování zdravotní péče to nerealizuje přímo, ale přes prostředníka, zdravotní pojišťovny. Stručně lze říci, že sociální pojištění je daň, která je odváděna do veřejného rozpočtu.

Schéma 1 Členění sociálního pojištění v ČR



Zdroj: vlastní zpracování; Vančurová, Klazar (2008, s. 21)

Jak je ze schématu 1 patrné, sociální pojištění se dělí na veřejné zdravotní pojištění a sociální zabezpečení. Sociální zabezpečení se poté dále dělí na důchodové pojištění, státní politiku zaměstnanosti a nemocenské pojištění.

3.3.1.1 –Veřejné zdravotní pojištění

Zdravotní pojištění upravuje zejména zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Zdravotní pojištění slouží k úhradě zdravotní péče v rozsahu daném zákonnými pravidly. Zdravotní pojištění musí mít každý občan, který má trvalý pobyt na území České republiky. Dále osoba, která nemá trvalý pobyt v České republice, ale je zaměstnancem zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt v České republice. Vzniká dnem narození osoby s trvalým pobytem na území České republiky, dnem kdy se osoba bez trvalého pobytu stala zaměstnancem v České republice nebo dnem, kdy získala trvalý pobyt na území České republiky. Zaniká dnem úmrtí pojištěnce nebo prohlášením za mrtvého, dnem kdy osoba bez trvalého pobytu

přestala být zaměstnancem na území České republiky, nebo dnem ukončení trvalého pobytu v České republice.

Dle Zlámala (2016, s. 67) každý pojištěnec odvádí platbu 13,5 % z vyměřovacího základu. Týká se to zaměstnanců, kteří odvádí 4,5 % ze své hrubé mzdy a zaměstnavatel za ně hradí 9 % z hrubé mzdy zaměstnanců, dále osob samostatně výdělečně činných a osob bez zdanitelných příjmů. Za seniory, studenty, nezaopatřené děti atd. je plátcem pojistného stát.

Zdravotní pojišťovny

Jak uvádí MZČR (2018), jedná se o samostatné právní subjekty, jejichž úkolem je provádět veřejné zdravotní pojištění. Jejich úkolem je výběr pojistného od plátců pojistného a dále úhrada zdravotních služeb poskytovatelům zdravotních služeb. Dalšími úkoly jsou např. vedení evidence pojištěnců (centrální registr všech pojištěnců vede VZP ČR), vedení evidence poskytovatelů zdravotních služeb, kontrolní činnost atd. Hlavním cílem je zajistit svým pojištěncům poskytnutí hrazené služby. Činnost a hospodaření zdravotních pojišťoven kontroluje Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo financí a Nejvyšší kontrolní úřad. Změnu zdravotní pojišťovny je možné provést jednou za rok, a to vždy jen k 1. dni kalendářního pololetí. Od roku 1993 v České republice působilo celkem 29 zdravotních pojišťoven. K únoru 2018 už jich je pouze 7 (MZČR, 2018):

- Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky – VZP;
- Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky – VoZP;
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna – ČPZP;
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví – OZP;
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda – ZPŠ;
- Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna – RBP.

Úhradové mechanismy zdravotní péče od zdravotních pojišťoven

Zdravotní péče hrazená ze zdravotního pojištění je definovaná § 13 (Hrazené služby) dle zákona 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. Existují některé specifické mechanismy úhrady.

DRG systém je dle Zlámala (2016, s. 110-111) platba za diagnostickou skupinu, v ČR se zejména využívá v nemocnicích včetně rehabilitace na akutních lůžkách nemocnic. Tento systém vychází ze srovnatelnosti nákladů na pacienta s obdobnými nároky na léčbu. Zdravotnická zařízení používají program GROUPER, který je každý rok aktualizován. Aktualizaci a licenci zajišťuje Národní referenční centrum. Tento program funguje jako algoritmus, který přiřadí pacientovi DRG. Pacient se zařazuje do klasifikačních skupin, které se dělí podle (Zlámala, 2016, s. 110-111):

- primární diagnózy, věku a pohlaví (cena s věkem roste a ženy dostávají víc);
- sekundární diagnózy a komorbidity (přítomnost jednoho či více onemocnění);
- komplikací;
- zvláštních výkonů.

Platba za výkon, jak uvádí Němec (2008, s. 98-99), je nejpoužívanější úhradový mechanismus ambulantní péče. Úhrada je stanovena na základě provedených výkonů, které se liší obtížností, časovou náročností, druhem a množstvím spotřebovaného zdravotnického materiálu atd. Řídí se sazebníkem výkonů, který vydává Ministerstvo zdravotnictví ČR. Hodnota bodu za jednotlivý výkon je stanovena v úhradové vyhlášce pro určitý rok, pro rok 2017 je to vyhláška č. 348/2016 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2017.

Platba za ošetřovací den se používá v lůžkových zařízeních, odborných léčebných ústavech a v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Dle vyhlášky č. 331/2007 Sb., obsahující seznam zdravotních výkonů se každý den pobytu pacienta vykazuje jako jeden ošetřovací den. Den nástupu a den propuštění se hodnotí jako jeden ošetřovací den. Každý den má přidělen určitý počet bodů, které zahrnují veškeré náklady na poskytnutou péči. Tento systém úhrady za poskytnutou zdravotní péči používají i zvolená zdravotnická zařízení Rehabilitační ústav Kladruby a Rehabilitační ústav Brandýs nad Orlicí.

Dalšími úhradovými mechanismy je kapitační a paušální platba, které se netýkají rehabilitační péče.

Kapitační platba je dle Zlámala (2016, s. 109) platba za jednotlivého registrovaného pojištěnce. Jde o fixní měsíční úhradu praktickému lékaři za děti, dorost nebo dospělé, které má v evidenci, bez ohledu zda jsou zdraví či nemocní. Lékař každý měsíc vykazuje

počet pacientů a jejich věk, podle čehož se odvíjí výše úhrady od zdravotních pojišťoven. Praktičtí lékaři nejsou placeni jen kapitační platbou, ale i výkonově.

Paušální platba probíhá podle daného referenčního období. Referenční období je pro každý rok určeno v úhradové vyhlášce (Zlámal, 2016, s. 110). Dle vyhlášky č. 348/2016 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2017 je referenčním obdobím rok 2015.

3.3.1.2 Sociální zabezpečení

Sociální zabezpečení upravuje zejména zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti. Zákon upravuje pojistné na sociální zabezpečení, které zahrnuje důchodové pojištění, nemocenské pojištění a státní politiku zaměstnanosti. Sazby pojistného na sociální zabezpečení jsou uvedeny v tabulce 2. Pojistné jsou povinni platit zaměstnavatelé (právnícké nebo fyzické osoby, které zaměstnávají alespoň jednoho zaměstnance), zaměstnanci, osoby samostatně výdělečně činné (lidé jsou povinni platit pojistné na důchodové zabezpečení a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti, nemocenské pojištění OSVČ si platit nemusí), dobrovolní účastníci důchodového pojištění. Pojistné na sociální zabezpečení vybírají okresní správy sociálního zabezpečení.

Tabulka 2 Sazby pojistného na sociální zabezpečení (k 01. 12. 2017)

	Zaměstnanec	Zaměstnavatel	OSVČ	OSVČ (účastný nemocenského pojištění)
Důchodové pojištění	6,5 %	21,5 %	28 %	28 %
Nemocenské pojištění	0 %	2,3 %	0 %	2,3 %
Státní politika zaměstnanosti	0 %	1,2 %	1,2 %	1,2 %
Celkem	6,5 %	25 %	29,2 %	31,5 %

Zdroj: vlastní zpracování; zákon č. 589/1992 Sb.

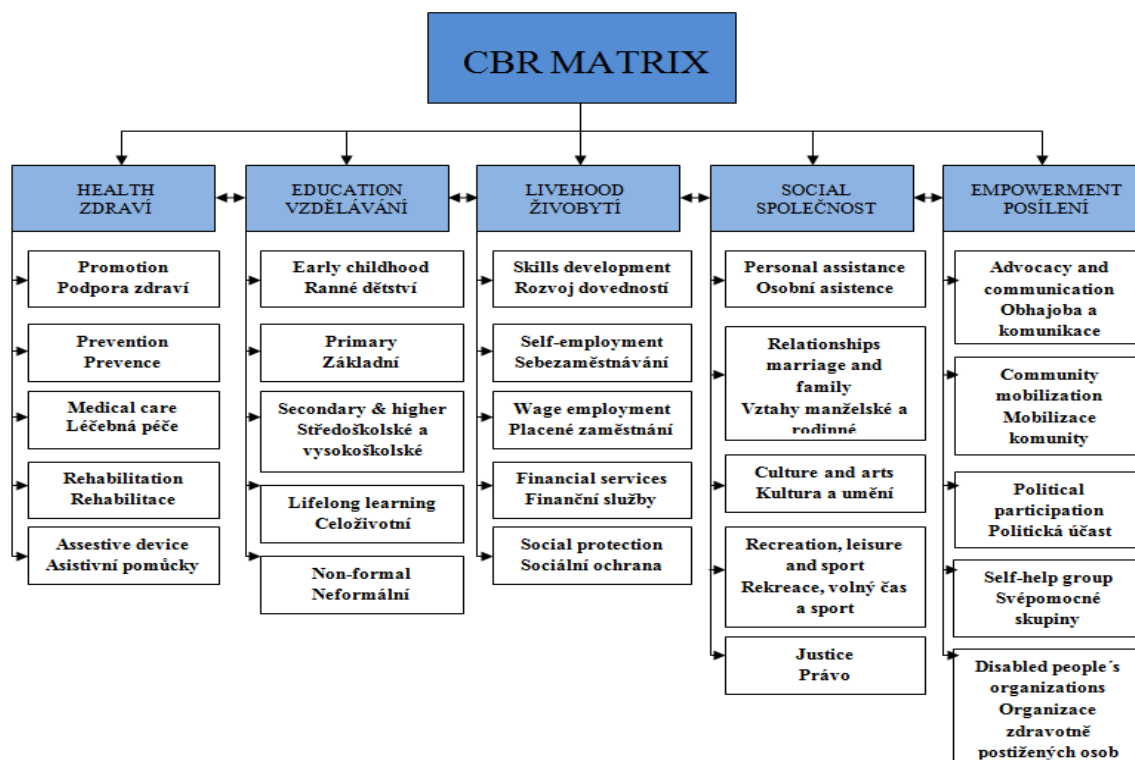
Dle Vančurové a Klazara (2008, s. 20-21) má nemocenské pojištění osobám pro nemoc nebo úraz nahradit chybějící příjmy (nemocenská). Důchodové pojištění je finanční zabezpečení pro stáří či dlouhodobější neschopnost pracovat (starobní a invalidní důchod). Státní politika zaměstnanosti se věnuje peněžité podpoře v nezaměstnanosti.

3.4 Community Based Rehabilitation matrix (CBR matrix)

K termínu „Community Based Rehabilitation“: ustálený odborný český překlad tohoto termínu zatím neexistuje, používají se následně i souběžně pojmy "ucelená rehabilitace" a "koordinovaná rehabilitace", které v sobě pravděpodobně mají zahrnovat prvky CBR, ale není to jisté. Jedná se o různé teze k návrhům zákonů o "ucelené rehabilitaci" a "koordinované rehabilitaci" (MPSV, 2011). Kromě toho jsou tyto pojmy používány nejednoznačně v odborné literatuře, což působí zmatek.

WHO (2017b) definuje „CBR matrix“. CBR matrix jsou oblasti, ve kterých je realizována Community Based Rehabilitation (CBR). CBR matrix, uvedená ve schématu 2 koreluje s modelem funkční schopnosti a disability, k jehož popisu je vhodné používat Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (WHO, 2001).

Schéma 2 CBR matrix



Zdroj: vlastní zpracování; WHO (2017c)

3.4.1 Oblast Zdraví z CBR matrix

Zdraví je dle Burciho a Vignese (2004, s. 107) stav úplného tělesného, duševního a sociálního blahobytu a nikoliv jen nepřítomnost choroby nebo nemoci. Užívání nejvyšší

dosažitelné úrovně zdraví je jedním ze základních práv každého člověka bez rozdílu mezi rasou, náboženstvím, politickým smýšlením, ekonomickým či společenským stavem. Zdraví všech lidí je zásadní pro dosažení míru a bezpečnosti a závisí na nejúplnější spolupráci jednotlivců a států.

Nemoc je patologický stav těla nebo mysli, který omezuje člověka v každodenním životě (Čeledová, Čevela, 2010, s. 20). Nováková (2011, s. 19) nemoc také definuje jako poruchu rovnováhy mezi vnitřním a vnějším prostředím organismu. Nemoc neovlivňuje pouze nemocného člověka, ale i jeho rodinu. Pro člověka má nemoc následky nejen psychické, ale i například finanční z důvodu pracovní neschopnosti. V důsledku nemoci se člověk může stát i invalidním.

Mezinárodní klasifikace nemocí (WHO, 2008) slouží k přidělení statistické značky jednotlivým nosologickým jednotkám nemocí a přidružených stavů.

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví slouží ke klinickému hodnocení osob. Podle WHO (2001, s. 8-11) „*je disability snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí*“. Rodinelli (2009, s. 3-5) říká, že s pojmem disability souvisí pojem impairmentu (zdravotního postižení) – problému v tělesných funkcích nebo poruše struktury orgánů a tělesných částí, jako je signifikantní změna nebo ztráta. A s těmito pojmy souvisí pojmy pracovní schopnost, pracovní neschopnost, dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, dlouhodobá pracovní neschopnost, pokles pracovní schopnosti, invalidita, schopnost návratu k práci, újma na zdraví (materiální a imateriální) (Žďárek, Těšínová, Škárová, Waltr, Púry a kol., 2015).

Léčebná péče

Tato péče je součástí zdravotních služeb dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Léčebně rehabilitační péče může být ve formě ambulantní, lůžkové akutní, lůžkové následné a lázeňské. Finanční zajištění poskytování této zdravotní péče je realizováno podle zákona č. 48/1992 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, anebo samoplátecky. Léčebně rehabilitační péče je poskytována zdravotníky.

Dle vzdělávacích plánů jednotlivých lékařských oborů je poskytování léčebné rehabilitace součástí mnoha z nich (např. neurologie, ortopedie, praktické všeobecné

lékařství a dále má i svojí lékařskou specializaci - rehabilitační a fyzikální medicína). Z nelékařských zdravotnických profesí se této oblasti věnuje ošetrovatelství, fyzioterapie, ergoterapie, klinická psychologie, klinická logopedie, ortotika a protetika a další.

Asistivní pomůcky

Asistivní pomůcky jsou určeny pro osoby se zdravotním postižením. Jsou definovány normou ISO 9999. Jedná se pomůcky od berlí, plen až po úpravy osobních automobilů a obydlí. V ČR s tímto pojmem souvisí pojem zdravotnického prostředku a zvláštní pomůcky. Dle zákona č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích *„se zdravotnickým prostředkem rozumí nástroj, přístroj, zařízení, programové vybavení včetně programového vybavení určeného jeho výrobcem ke specifickému použití pro diagnostické nebo léčebné účely a nezbytného ke správnému použití zdravotnického prostředku, materiál nebo jiný předmět, určené výrobcem pro použití u člověka“*.

Zvláštní pomůcka je definovaná dávkou pro osobu se zdravotním postižením dle zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. Podmínkou pro poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku jsou tato kritéria (zákon č. 329/2011 Sb.):

- *„osoba je starší:*
 - *3 let, je-li tento příspěvek poskytován na pořízení motorového vozidla, schodolezu, stropního zvedacího systému, schodišťové plošiny, schodišťové sedačky nebo na úpravu bytu,*
 - *15 let, je-li tento příspěvek poskytován na pořízení vodícího psa, nebo*
 - *1 roku v ostatních případech,*
- *zvláštní pomůcka umožní osobě sebeobsluhu nebo ji potřebuje k realizaci pracovního uplatnění, k přípravě na budoucí povolání, k získávání informací, vzdělávání anebo ke styku s okolím; přitom se přihlíží i k dalším pomůckám, zdravotnickým prostředkům, úpravám a předmětům, které osoba využívá,*
- *osoba může zvláštní pomůcku využívat nebo může zvláštní pomůcku využívat ve svém sociálním prostředí.“*

Zdravotnický prostředek nehrazený ze zdravotního pojištění dle obvyklé praxe nebývá považován za zvláštní pomůcku dle zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením.

3.4.2 Oblast Společnost z CBR matrix

WHO (2017c) do oblasti Společnost v CBR matrix zařazuje osobní asistenci; vztahy manželské a rodinné; kulturu a umění; rekreaci, volný čas a sport a v neposlední řadě právo.

Osobní asistence

Osobní asistenci je možné rozdělit na formální (placenou) a neformální. U placené osobní asistence se jedná o poskytování sociální služby, kde se dá provést finanční analýza. Dle MPSV (2017) je příspěvek na péči dávkou, ze které může být hrazena osobní asistence. *„Nárok na příspěvek má osoba starší 1 roku, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Stupeň závislosti se hodnotí podle počtu základních životních potřeb, které osoba není schopna z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu zvládat, a potřeby každodenní mimořádné péče jiné fyzické osoby u osob do 18 let věku a potřeby každodenní pomoci, dohledu nebo péče jiné fyzické osoby u osob starších 18 let věku.“*

Právo

Součástí ústavního pořádku České republiky je LISTINA ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD (zákon č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod). Některé její zásady se vztahují ke zdravotnictví a jejímu financování. Ustanovuje, že lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech a dále, že práva a svobody jsou nezadatelné, nezczitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné. Listina ustanovuje, že má každý právo na život, zachování lidské důstojnosti a právo na ochranu osobních údajů, cti a pověsti. Dává každému právo na poskytnutí lékařských a zdravotnických služeb. Při mezinárodním srovnání je nutné brát v potaz respektování práv osob se zdravotním postižením.

Vztahy rodinné i mimorodinné, kultura a umění, rekreace a volný čas jsou z ekonomického pohledu této práce neuchopitelné.

3.4.3 Další oblasti z CBR matrix

Dle WHO (2017c) mezi další oblasti v CBR matrix patří vzdělávání, živobytí a posílení neboli empowerment.

Vzdělávání

Z pohledu rehabilitace je důležité, aby osoby s disabilitou/ zdravotním postižením nebyly diskriminované v přístupu ke vzdělání. V ČR jsou v oblasti vzdělávání jasně definované postupy inkluze osob se změněnými vzdělávacími schopnostmi a se zdravotním postižením (vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných). Z hlediska této práce nebyly zjištěny současné náklady spojené s inkluzí, efektivita vynaložených nákladů, dopad na kvalitu života těchto osob a riziko budoucích nákladů spojených se soudními spory při neodborně provedené inkluzi.

Živobytí

V civilizované společnosti jsou nezbytné peníze k důstojnému přežití. Na penězích je postavený trh práce, zboží i kapitálu. Osoba s disabilitou/zdravotním postižením mívá nižší pracovní výkon, z toho vyplývá i nižší příjem za vykonanou práci a zhoršené podmínky při živobytí. Jednotlivá lidská společenství se toto snaží kompenzovat například „disability benefits“. Ke zmírnění dopadu zdravotního postižení se používají „disability benefits“ a v ČR se uplatňuje například legislativa motivující zaměstnávání osob se změněnou pracovní schopností (Rychtář a Miler, 2008).

Finanční dopady rozvoje vlastních dovedností nad rámec přípravy na samostatný život, základního vzdělání a profesní přípravy a zaměstnávání sebe sama jsou individuálně značně variabilní.

Posílení/Empowerment

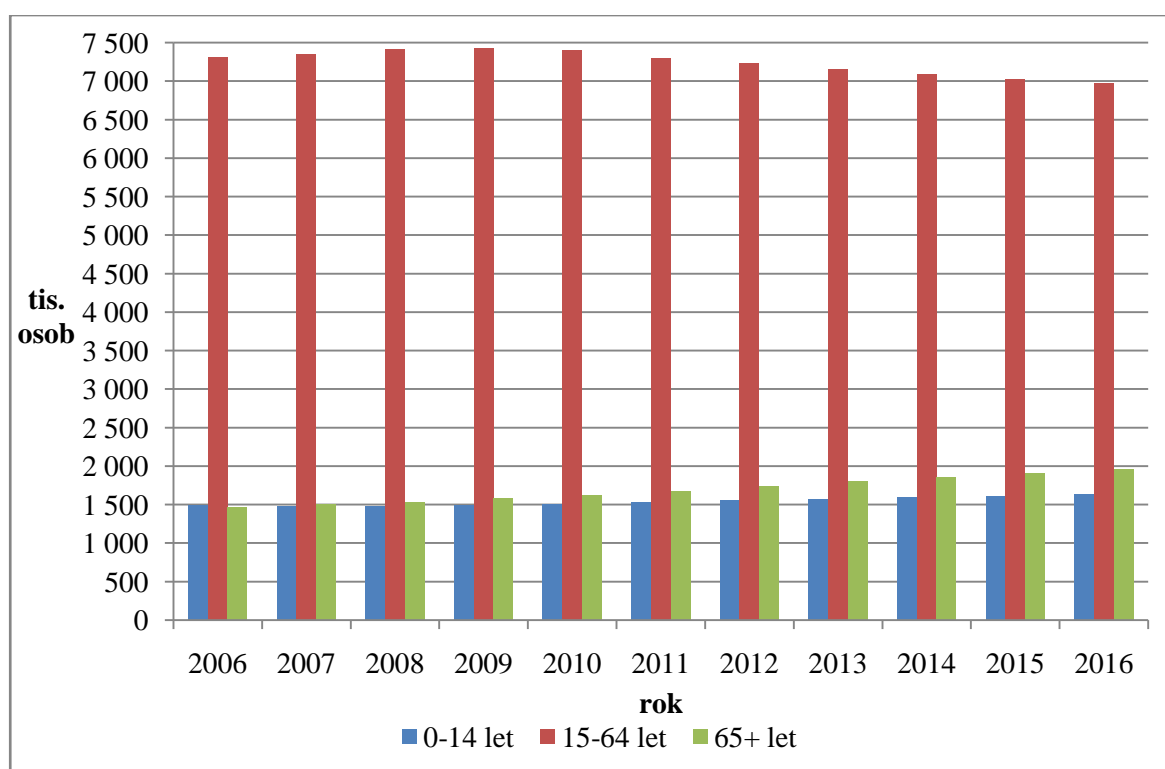
Termín posílení/empowerment není v českém prostředí často používán. Lze ho chápat jako uvedení osob s disabilitou do stavu, kdy si osoby uvědomují schopnosti, dovednosti, znalosti a sociální kontakty, které mají a využívají je. Je otázkou, zda součástí tohoto konceptu je pozitivní diskriminace – to znamená zvýhodňování.

4 Vlastní práce financování rehabilitační péče v ČR

S náklady na zdravotní péči včetně péče rehabilitační souvisí věková struktura obyvatelstva. Starší obyvatelé z důvodu nemocí či úrazů využívají více zdravotní péči včetně péče rehabilitační.

V grafu 1 je zobrazen vývoj obyvatelstva v České republice podle věkových kategorií v období 2006-2016.

Graf 1 Vývoj obyvatelstva v ČR dle věkových kategorií v období 2006-2016 (v tis. osob)



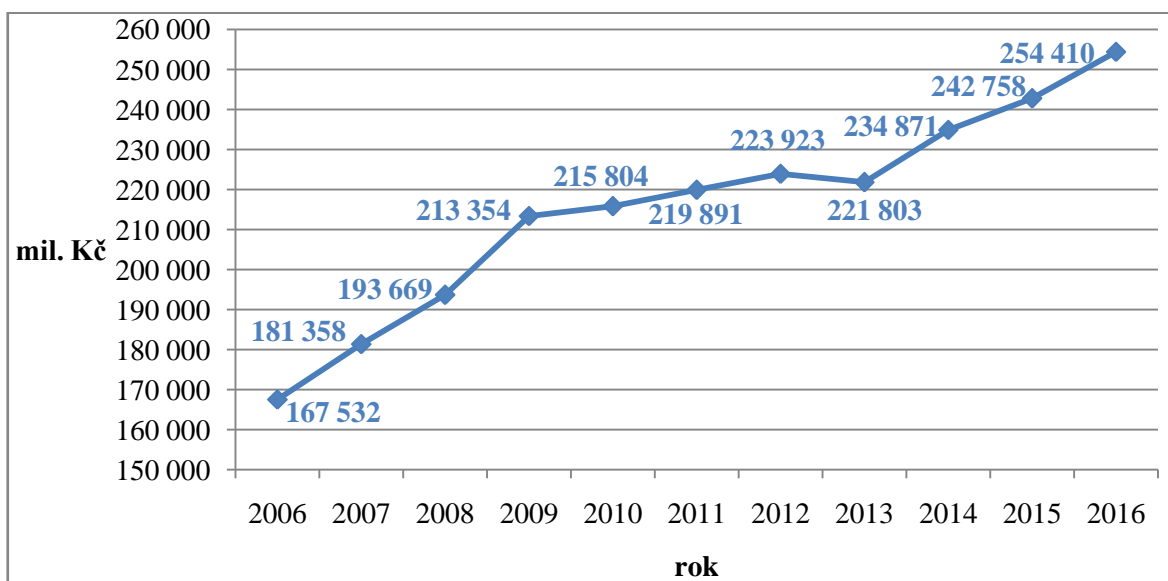
Zdroj: vlastní zpracování; ČSÚ (2016, s. 50), ČSÚ (2017a, s. 50)

Jak je dokladováno v grafu 1 o vývoji obyvatelstva ČR, výrazně narůstá populace 65+. V roce 2006 bylo 1 469 tis. osob ve věku 65+, v roce 2016 jich už bylo 1 960 tis., což je nárůst o 33,42 % oproti roku 2006. Počet obyvatel ve věku 15-64 od roku 2009 postupně klesá. V roce 2006 bylo 7 308 tis. osob ve věku 15-64 let, v roce 2016 jich bylo 6 970 tis., což je pokles o 4,63 % oproti roku 2006. Od roku 2007 osob ve věku 0-14 let mírně přibývá. V roce 2006 bylo ve věku 0-14 let 1 490 tis. osob, v roce 2016 bylo 1 635 tis. osob ve věku 0-14 let, a to je nárůst o 9,73 %. Ve sledovaném období k největšímu tempu růstu došlo u populace 65+. Dle ČSÚ (2017b) jsou průměrné jednotkové náklady na zdravotní péči ve skupině 65+ vyšší oproti celkovému průměru. Průměrné náklady

zdravotních pojišťoven na pojištěnce 65let+ k roku 2015 byly 107 045 Kč, na pojištěnce 15-64 let byly 35 289 Kč a na pojištěnce od narození po 14 let věku byly 25 010 Kč. Z toho vyplývá, že osoby 65+ čerpají více zdravotní péči, z důvodu nemoci či postižení. (viz. Příloha 2 – tabulka 5)

V grafu 2 je uveden vývoj celkových nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v letech 2006-2016.

Graf 2 Náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v období 2006-2016 (v mil. Kč)



Zdroj: vlastní zpracování; ÚZIS ČR (2008a, s. 200), ÚZIS ČR (2009a, s. 200), ÚZIS ČR (2010a, s. 204), ÚZIS ČR (2011a, s. 208), ÚZIS ČR (2012a, s. 210), ÚZIS ČR (2013a, s. 210), ÚZIS ČR (2014a, s. 210), ÚZIS ČR (2016a), ÚZIS ČR (2016b), ÚZIS ČR (2017a, s. 166)

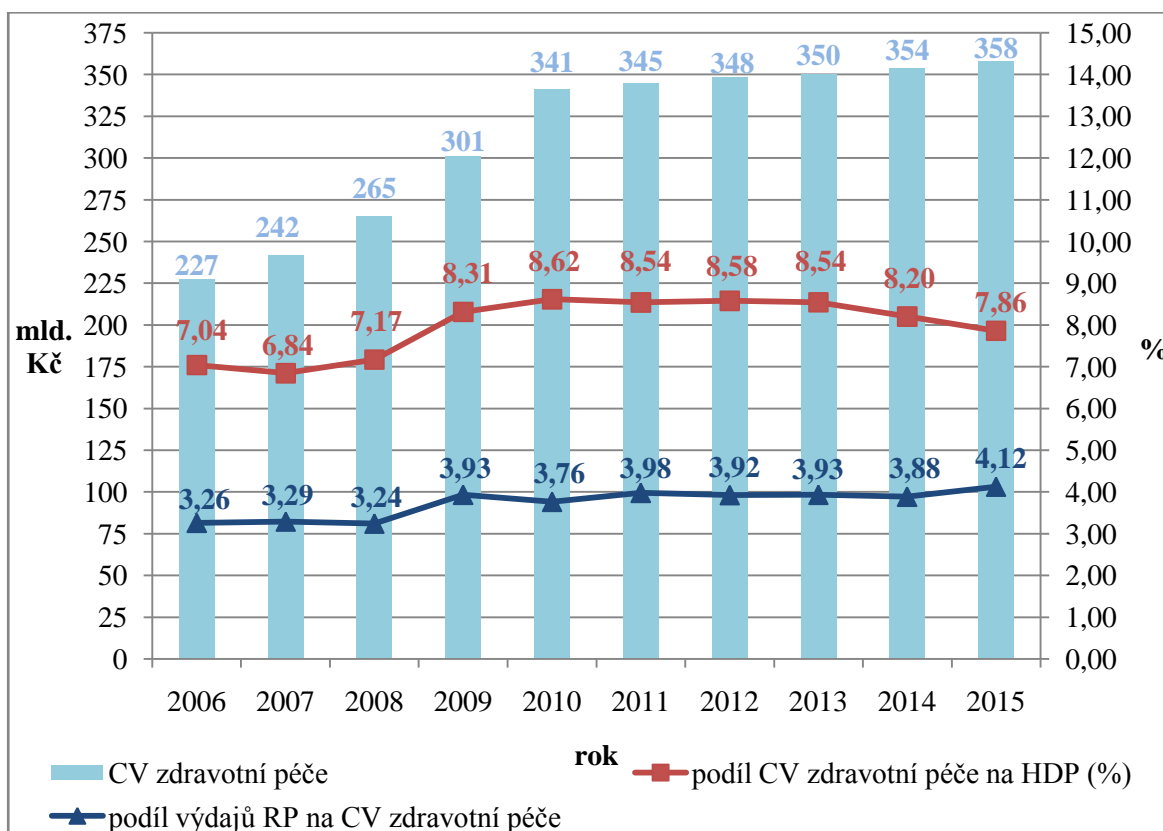
V roce 2006 náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči byly 167 532 mil. Kč. V období 2006-2016 je stálý růst nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči celkem vyjma roku 2013, kde byl drobný pokles o necelé 1 % oproti roku 2012. Prudký vzestup je zejména v období od roku 2006 do roku 2009, kdy je v roce 2009 o 27,35 % více nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči celkem oproti roku 2006. V období 2009-2013 došlo k relativní stabilizaci nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči - ke stabilizaci mohl přispět zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, zavádějící regulační poplatky. S účinností od 1. ledna 2014 byla zrušena na základě nálezu Ústavního soudu povinnost hradit regulační poplatek za poskytování lůžkové péče ve výši 100 Kč podle ustanovení § 16 a odst. 1 písm. f) zákona č. 48/1997Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění účinném do 31. prosince

2013. Většina regulačních poplatků pak byla zrušena k 01. 01. 2015. Méně prudký vzestup je v období 2013-2016, kdy je v roce 2016 o 14,7 % více nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči oproti roku 2013. V roce 2016 náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči byly 254 410 mil. Kč, a to je růst o 51,9 % oproti roku 2006. Stálý růst nákladů zdravotních pojišťoven je způsoben stárnutím populace, protože tato populace potřebuje více zdravotní péče.

4.1 Rozbor ukazatelů rehabilitační péče v ČR

Poskytování léčebné rehabilitace s sebou nese náklady, které se odrážejí v ekonomice celé společnosti. Graf 3 sleduje vývoj celkových výdajů na zdravotní péči, jejich podíl na HDP a podíl rehabilitační péče na celkových výdajích na zdravotní péči v letech 2006-2015.

Graf 3 Vývoj celkových výdajů (CV) na zdravotní péči, jejich podíl na HDP a podíl rehabilitační péče (RP) na celkových výdajích na zdravotní péči v letech 2006-2015 (v mld. Kč, %)

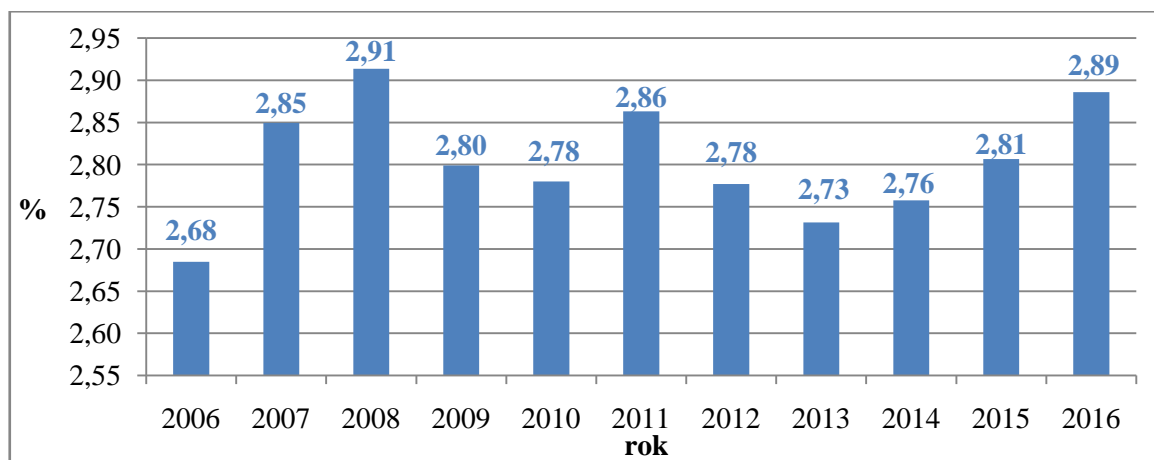


Zdroj: vlastní zpracování; ČSÚ (2010), ČSÚ (2011, s. 3), ČSÚ (2016, s. 168-169), ČSÚ (2017b, s. 12)

V roce 2006 celkové výdaje na zdravotní péči činily 227 mld. Kč. V celém sledovaném období 2006-2015 dochází k růstu celkových výdajů na zdravotní péči. Největší růst je zaznamenán v období 2006-2010. V roce 2010 byly celkové náklady na zdravotní péči o 50,22 % vyšší oproti roku 2006. V roce 2016 celkové náklady na zdravotní péči činily 358 mld. Kč, a to je nárůst o 57,71 % oproti roku 2006. V období 2006-2015 se pohybuje podíl rehabilitační péče na celkových výdajích na zdravotní péči mezi 3,24-4,12 %, s patrným pomalým růstem. V roce 2006 výdaje na rehabilitační péči dosahovaly 7 385 mil. Kč a v roce 2016 již byly 14 764 mil. Kč. Podíl celkových výdajů na zdravotní péči na HDP se ve sledovaném období pohybuje mezi 6,84-8,62 %, v období 2007-2010 dochází k nárůstu o 1,78 procentních bodů. V letech 2010-2012 je podíl celkových výdajů na zdravotní péči na HDP stabilní, a to v rozmezí 8,62-8,58 %. V období od roku 2012 dochází k postupnému poklesu, od roku 2012-2015 nastává pokles o 0,72 procentních bodů. V období 2012-2015 rostly výdaje státního rozpočtu (o 16,6 %) a domácností na zdravotní péči (o 11,6 %), mírně poklesly výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči (o 1,4 %) (viz. Příloha 2 - tabulka 6).

Zdravotnické prostředky kompenzují nebo nahrazují porušenou funkci organismu člověka, nebo slouží k léčení. V grafu 4 je zobrazen podíl nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotnické prostředky vydané na poukazy z celkových nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v období 2006-2016.

Graf 4 Podíl nákladů ZP na zdravotnické prostředky vydané na poukazy z celkových nákladů ZP na zdravotní péči v období 2006-2016 (v %)

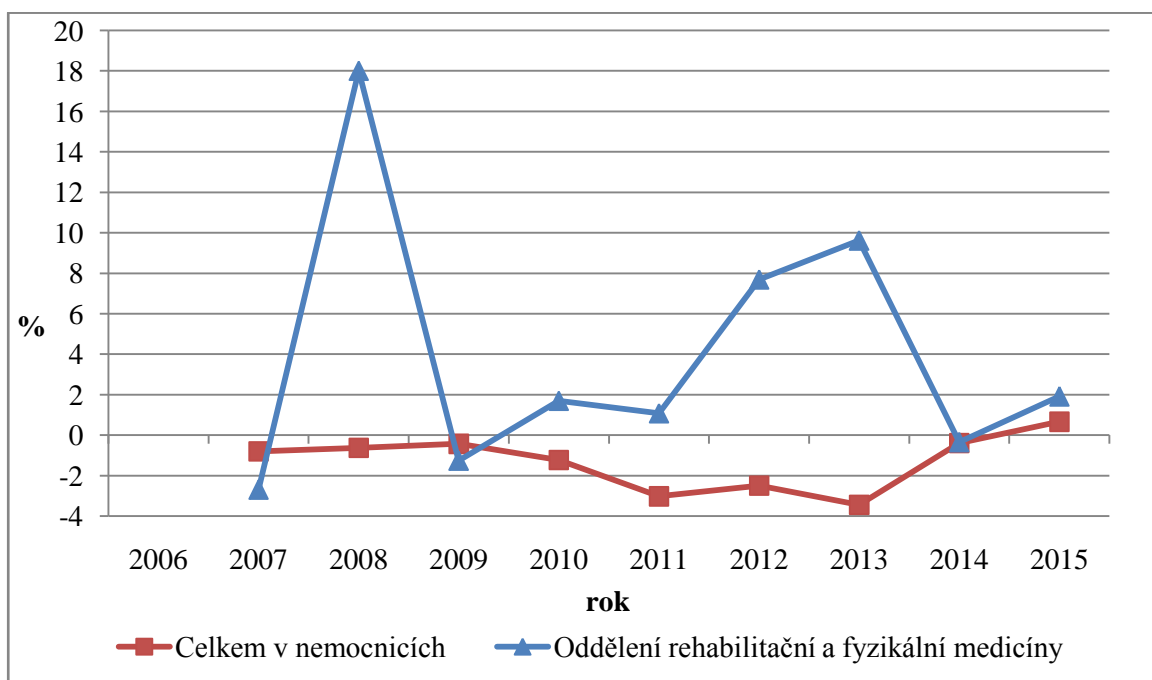


Zdroj: vlastní zpracování; ÚZIS ČR (2008a, s. 200), ÚZIS ČR (2009a, s. 200), ÚZIS ČR (2010a, s. 204), ÚZIS ČR (2011a, s. 208), ÚZIS ČR (2012a, s. 210), ÚZIS ČR (2013a, s. 210), ÚZIS ČR (2014a, s. 210), ÚZIS ČR (2016a), ÚZIS ČR (2016b), ÚZIS ČR (2017a, s. 166)

V roce 2006 činily náklady zdravotních pojišťoven na zdravotnické prostředky vydané na poukazy 4 498 mil. Kč. Podíl nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotnické prostředky vydané na poukazy na celkových nákladech na zdravotní péči byl téměř stabilní v rozmezí 2,68 % až 2,91 %. V roce 2016 vzrostly náklady ZP na zdravotnické prostředky vydané na poukazy na 7 342 mil. Kč, a to je nárůst o 63,23 % oproti roku 2006.

V grafu 5 je dokladována meziroční změna počtu lůžek v nemocnicích celkem a na oddělení rehabilitační a fyzikální medicíny v období 2006 – 2015.

Graf 5 Meziroční změna počtu lůžek v nemocnicích celkem a na oddělení rehabilitační a fyzikální medicíny v období 2006-2015 (v %)



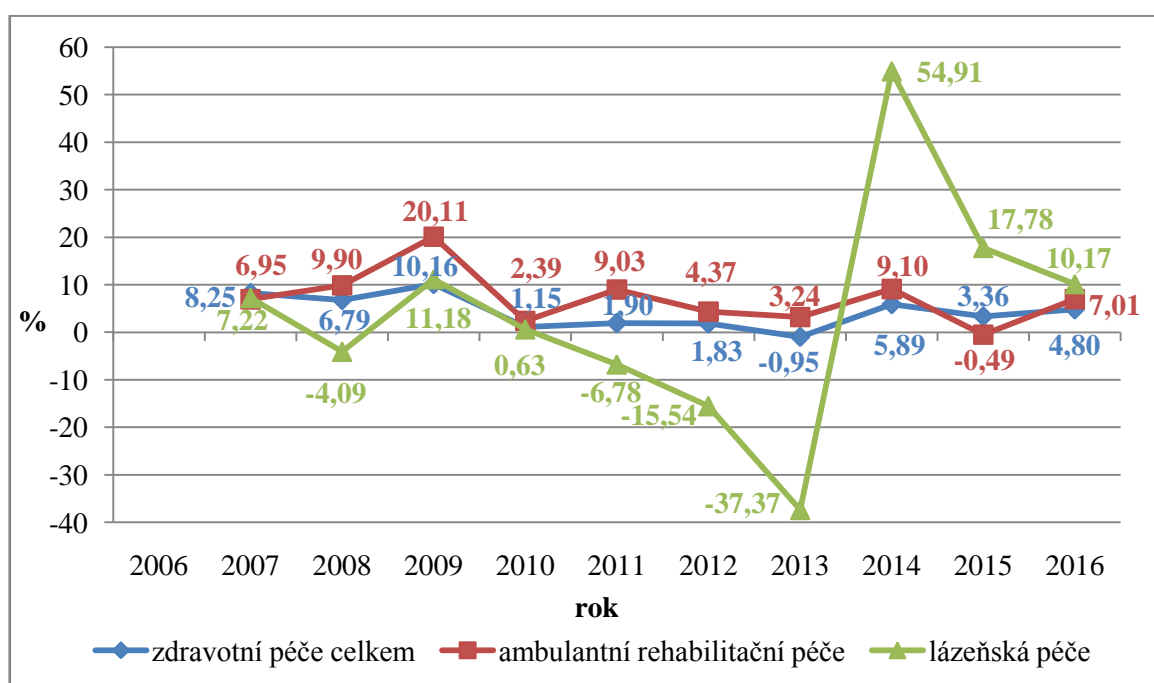
Zdroj: vlastní zpracování; ČSÚ (2010), ČSÚ (2013, s. 666), ČSÚ (2016, s. 672)

V roce 2006 bylo v nemocnicích 64 174 lůžek, z toho 1 449 na odděleních rehabilitační a fyzikální medicíny. Od roku 2006 do roku 2014 docházelo k poklesu lůžek v nemocnicích, ale k postupnému růstu lůžek na odděleních rehabilitační a fyzikální medicíny. K největšímu meziročnímu poklesu lůžek v nemocnicích došlo v roce 2013, kdy tento pokles tvořil 3,44 % oproti roku 2012. V roce 2014 nastává patrný pokles lůžek v nemocnicích, a to o 11,82 % oproti roku 2006, což je 7 588 lůžek. V roce 2015 v nemocnicích narostl počet lůžek o 0,66 % oproti roku 2014. K největšímu meziročnímu nárůstu lůžek na odděleních rehabilitační a fyzikální medicíny došlo v roce 2008, a to o 18,01 % oproti roku 2007, což je 254 lůžek. V roce 2015 narostl počet lůžek

na odděleních rehabilitační a fyzikální medicíny o 39,75 % oproti roku 2006, což představuje 576 lůžek. V roce 2015 byl počet lůžek v nemocnicích 56 960, a to je pokles o 11,24 % oproti roku 2006. Z těchto dat je patrný zvyšující se počet lůžek v nemocnicích na odděleních rehabilitační a fyzikální medicíny z důvodu nedostačující kapacity.

V grafu 6 je porovnána meziroční změna nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči celkem, na ambulantní rehabilitační péči a na lázeňskou péči v období 2006-2016.

Graf 6 Meziroční změna nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči celkem, ambulantní rehabilitační péči a lázeňskou péči v období 2006-2016 (v %)



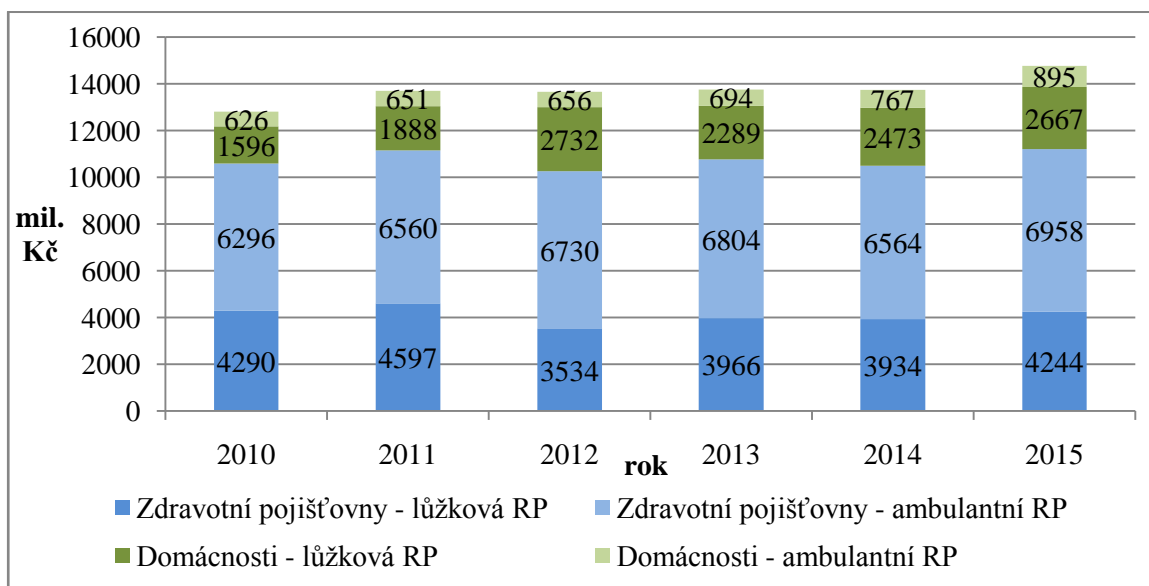
Zdroj: vlastní zpracování; ÚZIS ČR (2008a, s. 200), ÚZIS ČR (2009a, s. 200), ÚZIS ČR (2010a, s. 204), ÚZIS ČR (2011a, s. 208), ÚZIS ČR (2012a, s. 210), ÚZIS ČR (2013a, s. 210), ÚZIS ČR (2014a, s. 210), ÚZIS ČR (2016a), ÚZIS ČR (2016b), ÚZIS ČR (2017a, s. 166)

V období 2006-2016 je patrné stabilní mírné tempo růstu nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči. Náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči jsou v roce 2016 o 51,9 % vyšší oproti roku 2006, což je téměř o 87 mld. Kč. V roce 2013 výrazně poklesly náklady ZP na lázeňskou péči, a to o 37,37 % oproti roku 2012. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 267/2012 Sb., stanovila nový Indikační seznam pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči o dospělé, děti a dorost. Restriktivní opatření této vyhlášky vedly k prohloubení poklesu nákladů zdravotních pojišťoven na lázeňskou péči.

Tento propad byl kompenzován v roce 2014 výrazným růstem o 54,91 % oproti roku 2013. Platnost této vyhlášky byla ukončena z rozhodnutí Ústavního soudu ČR dne 31. 12. 2014 a byl uveřejněn nový Indikační seznam. Náklady zdravotních pojišťoven na lůžkovou péči jsou v roce 2016 o 14,05 % vyšší než v roce 2006. Náklady na ambulantní rehabilitační péči ve sledovaném období 2006-2016 rostly, až na rok 2015, kdy byl pokles o 0,49 % oproti roku 2014. V roce 2016 jsou náklady na ambulantní rehabilitační péči o 97,3 % vyšší oproti roku 2006. V nákladech zdravotních pojišťoven na lůžkovou péči jsou velké výkyvy, a to zejména díky opětovným změnám v Indikačním seznamu. Náklady zdravotních pojišťoven na ambulantní rehabilitační péči mají rostoucí tendenci, která může být opět způsobena stárnutím populace.

Výdaje zdravotních pojišťoven a domácností na lůžkovou a ambulantní rehabilitační péči v období 2010-2015 dokladuje graf 7.

Graf 7 Výdaje zdravotních pojišťoven a domácností na lůžkovou a ambulantní rehabilitační péči (RP) v období 2010-2015 (v mil. Kč)



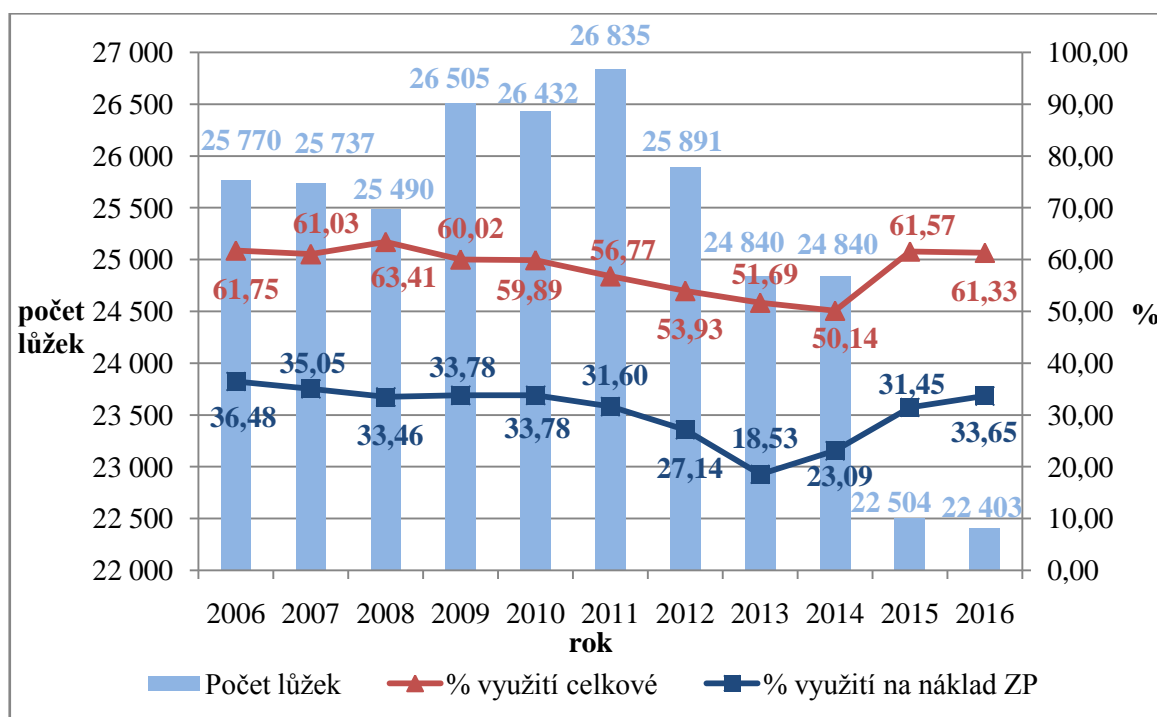
Zdroj: vlastní zpracování; ČSÚ (2017b, s. 29, 68)

V grafu 7 jsou údaje pouze za část období, protože ČSÚ do roku 2010 ve Výsledcích zdravotnických účtů tyto údaje neevidoval. V roce 2010 byl podíl výdajů zdravotních pojišťoven na rehabilitační péči 82,65 % (10 586 mil. Kč), z toho 6 296 mil. Kč na ambulantní rehabilitační péči a 4 290 mil. Kč na lůžkovou rehabilitační péči. Domácnosti tvořily 17,35 % (2 222 mil. Kč) výdajů na rehabilitační péči, z toho 626 mil. Kč na ambulantní rehabilitační péči a 1 596 mil. Kč na lůžkovou rehabilitační

péči. V roce 2015 byl podíl výdajů zdravotních pojišťoven na rehabilitační péči 75,87 % (11 202 mil. Kč), z toho 6 958 mil. Kč na ambulantní rehabilitační péči a 4 244 mil. Kč na lůžkovou rehabilitační péči. Domácnosti tvořily 24,13 % (3 562 mil. Kč) výdajů na rehabilitační péči, z toho 895 mil. Kč na ambulantní rehabilitační péči a 2 667 mil. Kč na lůžkovou rehabilitační péči. Z těchto údajů je patrný nárůst výdajů domácností na rehabilitační péči. V roce 2015 je nárůst výdajů domácností na rehabilitační péči o 60,31 % oproti roku 2010.

V grafu 8 je dokladován počet lůžek v léčebných lázních a jejich procento využití v období 2006-2016.

Graf 8 Počet lůžek v léčebných lázních a jejich procento využití v období 2006-2016 (ks, %)



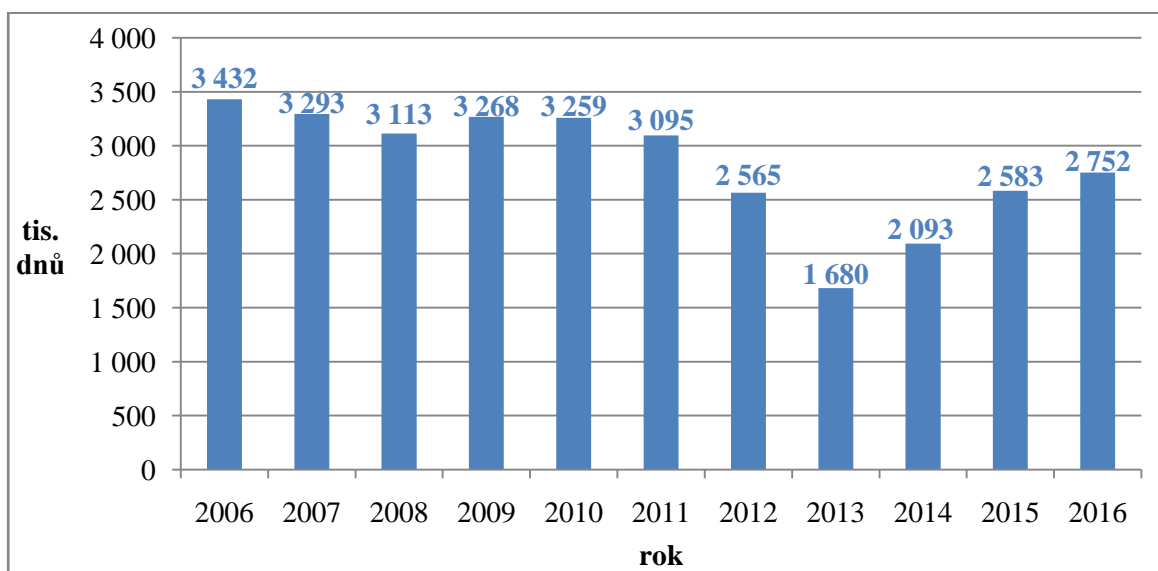
Zdroj: vlastní zpracování; ÚZIS ČR (2007b, s. 13, 15), ÚZIS ČR (2008b, s. 13, 15), ÚZIS ČR (2009b, s. 13, 15), ÚZIS ČR (2010b, s. 13, 15), ÚZIS ČR (2011b, s. 13, 15), ÚZIS ČR (2012b, s. 13, 15), ÚZIS ČR (2013b, s. 13, 15), ÚZIS ČR (2014b, s. 13, 15), ÚZIS ČR (2015, s. 11, 13), ÚZIS ČR (2016c, s. 11, 13), ÚZIS ČR (2017b, s. 11, 13)

V roce 2006 bylo v léčebných lázních 25 770 lůžek. Nejvíce lůžek v léčebných lázních nabízí Karlovarský kraj, který v roce 2006 disponoval 11 930 lůžky (ÚZIS ČR, 2007b, s. 12). V roce 2011, kdy bylo ve sledovaném období 2006-2016 nejvíce lůžek v léčebných lázních (26 835), Karlovarský kraj disponoval 13 229 lůžky, po tomto roce je zaznamenán pokles (ÚZIS ČR, 2012b, s. 12). Největší propad byl v roce 2015,

a to o 9,4 % oproti roku 2014. K tomuto poklesu došlo z důvodu odlivu zahraničních klientů zejména z východu. V léčebných lázních je v období 2006-2016 dostatečná kapacita, využití lůžek se pohybuje v rozmezí 50,14-63,41 %. Ve sledovaném období 2006-2016 na náklad zdravotních pojišťoven bylo vykázáno v průměru 52,34 %, zbytek tvořili samoplátci. V roce 2016 byl pokles lůžek o 13,1 % (3 367 lůžek) oproti roku 2006.

V následujícím grafu 12 je zobrazen počet ošetřovacích dnů v léčebných lázních na náklad zdravotních pojišťoven ve sledovaném období 2006-2016.

Graf 9 Počet ošetřovacích dnů v léčebných lázních na náklad zdravotních pojišťoven v letech 2006-2016 (v tis. dnů)



Zdroj: vlastní zpracování; ÚZIS ČR (2007b, s. 15), ÚZIS ČR (2008b, s. 15), ÚZIS ČR (2009b, s. 15), ÚZIS ČR (2010b, s. 15), ÚZIS ČR (2011b, s. 15), ÚZIS ČR (2012b, s. 15), ÚZIS ČR (2013b, s. 15), ÚZIS ČR (2014b, s. 15), ÚZIS ČR (2015, s. 13), ÚZIS ČR (2016c, s. 13), ÚZIS ČR (2017b, s. 13)

V roce 2006 bylo vykázáno 3 432 tis. ošetřovacích dnů na náklad zdravotních pojišťoven. V období 2007-2010 byl relativně stabilní počet vykázaných ošetřovacích dnů, v průměru 3 233 tis. ošetřovacích dnů. Propad v počtu ošetřovacích dnů v léčebných lázních na náklad zdravotních pojišťoven byl v období od roku 2010 do roku 2013. V roce 2013 byl počet ošetřovacích dnů v léčebných lázních na náklad ZP 1 680 tis., a to představuje pokles o 34,5 % oproti roku 2012. Tento pokles byl ovlivněn výrazným regulačním opatřením, které uvedlo v platnost novou vyhlášku Ministerstva zdravotnictví ČR č. 267/2012 Sb., která stanovila nový Indikační seznam pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči o dospělé, děti a dorost. Platnost této vyhlášky byla ukončena

z rozhodnutí Ústavního soudu ČR dne 31. 12. 2014 a byl uveřejněn nový Indikační seznam. Od roku 2014 dochází opět k nárůstu počtu ošetřovacích dnů. V roce 2016 je v léčebných lázních na náklad zdravotních pojišťoven vykázáno 2 752 tis. ošetřovacích dnů, a to je pokles o 19,8 % oproti roku 2006.

Dle číselníku výkonů (VZP, 2018a) rehabilitační ústavy při poskytování péče za úhradu z veřejného zdravotního pojištění vykazují ošetřovací den (OD):

- „OD Typu 22 - vyazuje se na lůžkách rehabilitačních odborných ústavů;
- OD Typu 25 - vyazuje se na lůžkách spinálních jednotek rehabilitačních odborných léčebných ústavů.“

Dle České společnosti pro míšní léze (Spinalcord, 2018) se řadí mezi rehabilitační ústavy se spinální rehabilitační jednotkou v ČR: RÚ Kladruby, RÚ Hrabyně a Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé (Luže-Košumberk).

OD Typu 22 dle údajů Všeobecné zdravotní pojišťovny k roku 2018 vyazuje 30 zařízení (VZP, 2018b).

Dle Ústavu zdravotnické a informační statistiky je počet rehabilitačních ústavů a počet lůžek v rehabilitačních ústavech v časové řadě 2006-2016 uveden v tabulce 3. Jedná se o tato zařízení: Vojenský rehabilitační ústav Slapy, Rehabilitační ústav Kladruby, Rehabilitační ústav Hostinné, Rehabilitační ústav Hrabyně, Rehabilitační ústav Brandýs nad Orlicí a Rehabilitační ústav pro cévní choroby mozkové, s.r.o. (Chotěboř).

Tabulka 3 Počet rehabilitačních ústavů a lůžek v rehabilitačních ústavech v období 2006-2016

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
zařízení	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	6
lůžka	991	991	1025	1 153	1 153	1 153	1 153	1 153	1 153	1 168	1 168

Zdroj: vlastní zpracování; ÚZIS ČR (2007a, s. 112), ÚZIS ČR (2008a, s. 111-112), ÚZIS ČR (2009a, s. 112-113), ÚZIS ČR (2010a, s. 116-117), ÚZIS ČR (2011a, s. 120-121), ÚZIS ČR (2012a, s. 122-123), ÚZIS ČR (2013a, s. 122-123), ÚZIS ČR (2014a, 122-123), ÚZIS ČR (2016a), ÚZIS ČR (2016b), ÚZIS ČR (2017a, s. 104-105)

Počet lůžek v rehabilitačních ústavech od roku 2006 až do roku 2016 mírně roste. K největšímu meziročnímu nárůstu lůžek v rehabilitačních zařízeních došlo v roce 2009, a to o 128 lůžek, což znamená nárůst o 12,5 %. Tento nárůst poukazuje na vyšší zájem pacientů o lůžkovou rehabilitační péči v rehabilitačních ústavech. V období 2009-2014

je uváděn stabilní počet lůžek 1 153. V roce 2016 je nárůst lůžek oproti roku 2006 o 17,9 %, což činí 177 lůžek při stejném počtu rehabilitačních ústavů. V časové řadě 2006-2016 je uváděno 6 rehabilitačních ústavů, kromě let 2014 a 2015, kdy počet rehabilitačních ústavů z 6 klesl na počet 5. Tento údaj je velmi zavádějící, a to z důvodu stejného počtu lůžek v letech 2009-2014, kdy byl počet lůžek 1 153, ale přitom v roce 2014 bylo uvedeno pouze 5 rehabilitačních ústavů. Tento samý jev je spatřen v roce 2015 a 2016, kdy opět počet lůžek je stejný, a to 1 168, ale v roce 2016 dle údajů byl zvýšen počet lůžkových rehabilitačních zařízení z 5 opět na 6.

4.2 Rozbor ukazatelů Rehabilitačního ústavu Kladruby a Rehabilitačního ústavu Brandýs nad Orlicí

Rehabilitační ústav Kladruby

Dle údajů Rehabilitačního ústavu Kladruby (2017a) se toto zařízení nachází 7 kilometrů severozápadně od města Vlašim. Historie tohoto ústavu se začala datovat již v roce 1932, kdy bylo rozhodnuto o stavbě sanatoria pro léčbu tuberkulózy kostí, ale ústav nikdy pro tuto léčbu nebyl využit. Zakladatelem byl MUDr. Schiller. Historii poznamenala také druhá světová válka, během které toto zařízení sloužilo jako nemocnice pro raněné německé vojáky. V roce 1946 převzalo ústav do své péče Ministerstvo zdravotnictví. V roce 1947 byl zahájen provoz s kapacitou 160 lůžek, probíhalo zde doléčování invalidů a postupně se začal ústav zaměřovat na léčení poruch pohybového ústrojí po operacích a úrazech. Postupem času již nestačila kapacita lůžek, v roce 1955 se kapacita rozšířila na 210 lůžek. Ústav se v průběhu let vyvíjel, rozšiřoval a modernizoval do současné podoby. V roce 2016 ústav disponoval 263 lůžky, z toho se jedná o 40 lůžek spinální rehabilitační jednotky, která je určena pro pacienty po závažném poškození míchy. Spinální rehabilitační program v RÚ Kladruby běží od 1. 7. 2002. Tento ústav je státní příspěvkovou organizací přímo řízenou Ministerstvem zdravotnictví ČR. Ředitelem ústavu je od roku 2001 Ing. Josef Hendrych MBA. Toto zařízení má velké renomé, jak v ČR, tak i v zahraničí. Ústav je akreditován Spojenou akreditační komisí ČR.

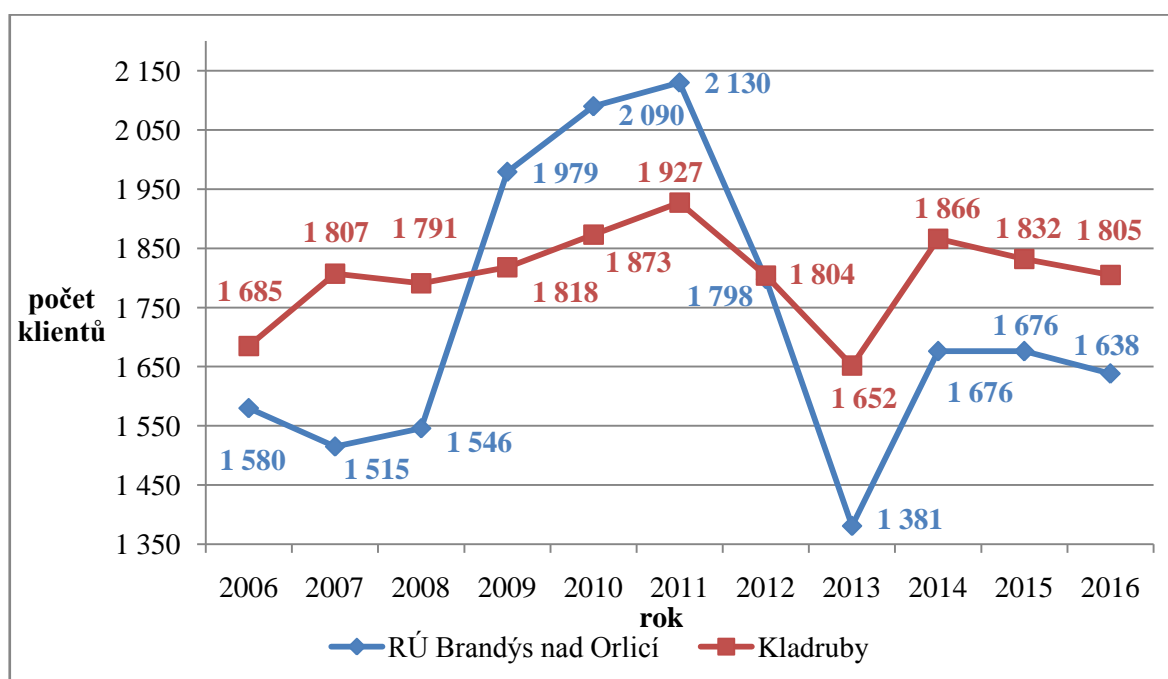
Rehabilitační ústav Brandýs nad Orlicí

Podle Rehabilitačního ústavu Brandýs nad Orlicí (2017a), byl provoz zahájen již v roce 1898. Zakladatelé ústavu byli Dr. Josef Wieser a Jan Horský. Původně se jednalo o lázně, které měly 40 pokojů pro 60 pacientů. Provoz v těchto lázních byl pouze od dubna

do listopadu. Lázně měnily majitele i své označení. V roce 1958 se zařízení stalo „Odbornou dětskou léčebnou ortopedických vad“ pro děti od 6 do 15 let. Od roku 1992 dostala léčebna název Rehabilitační ústav Brandýs nad Orlicí a začala sloužit dospělým pacientům. K roku 2016 má ústav 220 lůžek. Rehabilitují se zde pacienti s onemocněním pohybového ústrojí – po operacích a úrazech pohybového ústrojí, s onemocněním neurologického systému a bolestmi páteře a kloubů. Ústav je akreditován Spojenou akreditační komisí ČR. K roku 2017 je ředitelkou prim. MUDr. Michaela Tomanová, MBA, Ph. D. Jedná se o příspěvkovou organizaci Pardubického kraje.

V grafu 10 je zaznamenán vývoj počtu klientů v období 2006–2016 v RÚ Brandýs nad Orlicí a v RÚ Kladruby.

Graf 10 Počet klientů v RÚ Brandýs nad Orlicí a v RÚ Kladruby v letech 2006-2016



Zdroj: vlastní zpracování; RÚ Kladruby (2009, s. 7), RÚ Kladruby (2011, s. 13), RÚ Kladruby (2017b, s. 11), RÚ Brandýs nad Orlicí (2015a, s. 11), RÚ Brandýs nad Orlicí (2017b, s. 17)

V Rehabilitačním ústavu Kladruby i v Rehabilitačním ústavu Brandýs nad Orlicí je v letech 2006-2016 počet klientů kolísavý. V roce 2006 je v RÚ Kladruby 1 685 klientů, což je o 6,6 % více než v RÚ Brandýs nad Orlicí, který má v tomto roce 1 580 klientů. Rehabilitační ústav Kladruby má v letech 2006-2016 vždy více klientů než RÚ Brandýs nad Orlicí kromě let 2009-2011, kdy v tomto období RÚ Brandýs nad Orlicí měl v průměru o 10,3 % více klientů za rok než RÚ Kladruby, v průměru tedy o 194 klientů

více. V obou porovnávaných zařízeních je patrný pokles počtu klientů v průběhu roku 2012 a 2013. V roce 2013 v RÚ Brandýs nad Orlicí byl zaznamenán pokles o 23,2 % (417 klientů) oproti roku 2012, v roce 2013 se léčilo v zařízení 1 381 klientů. V roce 2013 v RÚ Kladruby nebyl pokles tak vysoký jako v RÚ Brandýs nad Orlicí, pokles v tomto zařízení byl 8,4 % (152 klientů) oproti roku 2012. Novela zákona č. 48/1997 Sb., v § 33 s účinností od 1. 4. 2012 zavedla v případě léčebně rehabilitační péče dvě podmínky, a to návrh podaný na příslušném formuláři a schválení revizním lékařem. Přizpůsobení RÚ na nové podmínky by mohlo být příčinou tohoto poklesu, jak je dokladováno v grafu 10. V roce 2016 je v RÚ Kladruby 1 805 klientů, a to je o 7,1 % více než v roce 2006. V Rehabilitačním ústavu Brandýs nad Orlicí je 1 638 klientů v roce 2016, a to je o 3,7 % více klientů než v roce 2006, ale jde o nižší nárůst než v RÚ Kladruby. V RÚ Kladruby se jeví větší stabilita ve sledovaném období než v RÚ Brandýs nad Orlicí.

Tabulka 4 znázorňuje počet lůžek v RÚ Brandýs nad Orlicí a v RÚ Kladruby. RÚ Brandýs nad Orlicí neuvádí kompletní data o průměrném počtu lůžek za celé sledované období 2006-2016. Dostupné údaje jsou za roky 2014–2016. Na vyžádání podkladů od Rehabilitačního ústavu Brandýs nad Orlicí byl zjištěn počet lůžek v období 2010-2013. Zbylá data za období 2006-2009 nebyla poskytnuta.

Tabulka 4 Počet lůžek v Rehabilitačním ústavu Kladruby a v Rehabilitačním ústavu Brandýs nad Orlicí v období 2006-2016

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
RÚ Brandýs nad Orlicí					170	170	170	220	220	220	220
RÚ Kladruby	239	239	250	250	250	260	260	258	261	264	263

Zdroj: vlastní zpracování; RÚ Kladruby (2009, s. 7), RÚ Kladruby (2011, s. 13), RÚ Kladruby (2017b, s. 11), RÚ Brandýs nad Orlicí (2015a, s. 2), RÚ Brandýs nad Orlicí (2016a, 3), RÚ Brandýs nad Orlicí (2017b, s. 3)

V roce 2006 je v Rehabilitačním ústavu Kladruby 239 lůžek, u RÚ Brandýs nad Orlicí počet lůžek v tomto roce není znám. V roce 2010 jsou již známy počty lůžek v obou zařízeních, v RÚ Brandýs nad Orlicí je využíváno v tomto roce 170 lůžek a v Rehabilitačním ústavu Kladruby 250 lůžek, a to je o 47 % více než v RÚ Brandýs nad Orlicí. Dle ÚZIS (2017) je v roce 2016 poskytováno v rehabilitačních ústavech v ČR 1 168 lůžek, která jsou zobrazena v tabulce 3. V RÚ Kladruby je k dispozici 263 lůžek v roce 2016 a podíl lůžek na celkovém počtu lůžek v rehabilitačních ústavech v ČR činí

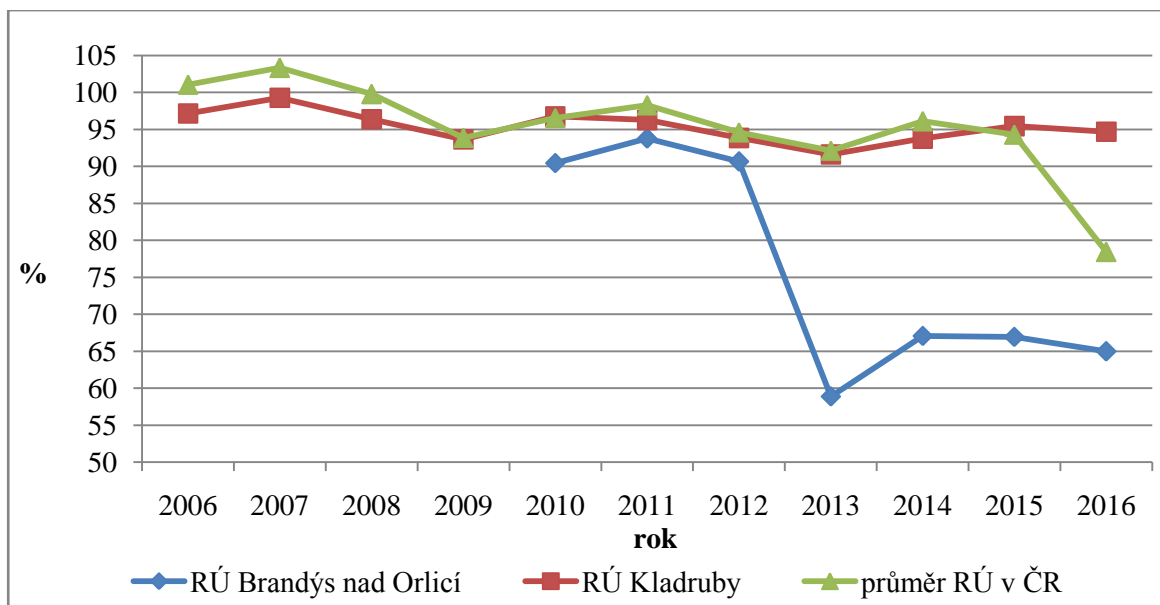
22,5 %. V roce 2016 je v RÚ Brandýs nad Orlicí 220 lůžek a to znamená, že 18,8 % z celkového počtu lůžek v rehabilitačních ústavech v ČR využívá Rehabilitační ústav Brandýs nad Orlicí. V Rehabilitačním ústavu Kladruby narostl počet lůžek v roce 2016 oproti roku 2006 o 10 % a v Rehabilitačním ústavu Brandýs nad Orlicí o 29,4 %, a to zejména z důvodu otevření nového Parkpavilonu v roce 2013, kde vznikla nová lůžka. Z toho vyplývá, že v těchto zařízeních dochází neustále k navyšování lůžkové kapacity.

Ekonomika zdravotnického zařízení je závislá na jeho obložnosti lůžek neboli procentu využití lůžek. Pomocí dat v příloze 2 – tabulce 6 je vypočítáno průměrné procento využití lůžek v nemocnicích. Průměrná obložnost lůžek v nemocnicích je 68 % v letech 2006-2016 (viz. Příloha 2 – tabulka 7). Lůžková zařízení poskytující akutní péči vždy potřebují nějakou rezervu pro přijímání akutních pacientů – akutní stav nelze naplánovat. A proto rezerva kolem 32 % může být odpovídající, ale někdy nemusí ani stačit.

Pro zařízení následné lůžkové péče, do kterých spadají rehabilitační ústavy, je typické plánované přijímání klientů/pacientů. Proto procento využití v těchto zařízeních může být vyšší oproti lůžkovým zařízením poskytujícím akutní péči.

V grafu 11 je zobrazeno v období 2006-2016 procento využití lůžek v Rehabilitačním ústavu Brandýs nad Orlicí a v Rehabilitačním ústavu Kladruby v porovnání s celorepublikovým průměrem pro rehabilitační ústavy v České republice.

Graf 11 Procento využití lůžek v RÚ Brandýs nad Orlicí, v RÚ Kladruby a celorepublikový průměr procenta využití lůžek v rehabilitačních ústavech v období 2006-2016 (v %)



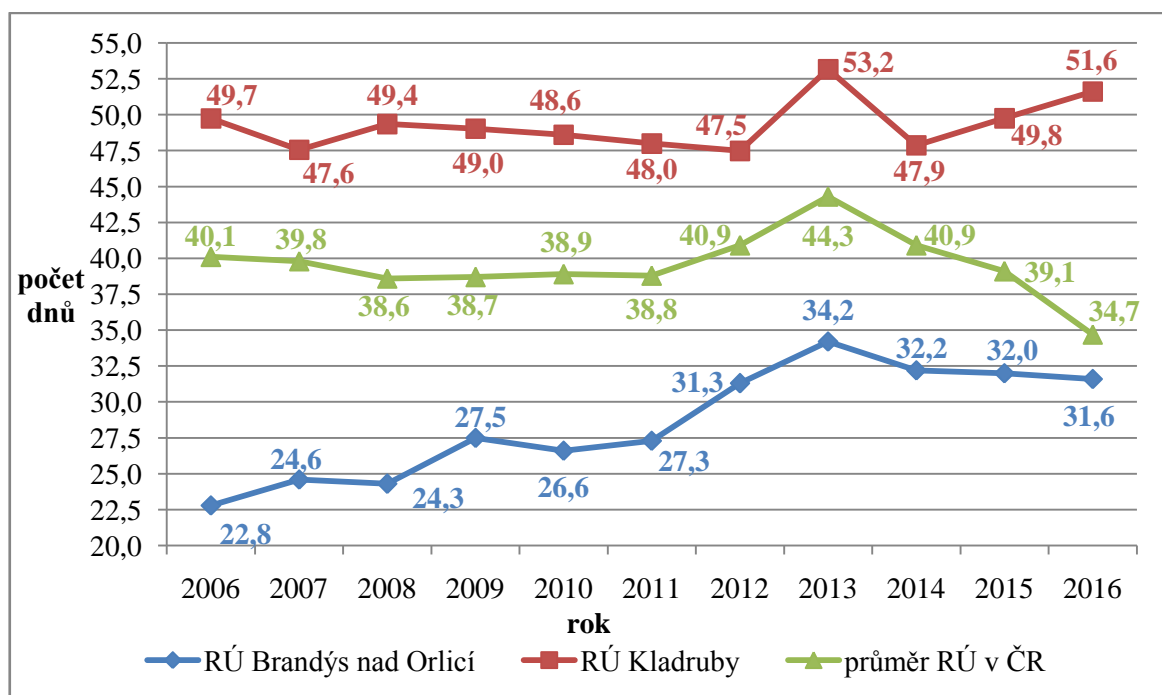
Zdroj: vlastní zpracování; RÚ Kladruby (2009, s. 7), RÚ Kladruby (2011, s. 13), RÚ Kladruby (2017b, s. 11), RÚ Brandýs nad Orlicí (2015a, s. 2, 17), RÚ Brandýs nad Orlicí (2016a, s. 3), RÚ Brandýs nad Orlicí (2017b, s. 3, 11), ÚZIS ČR (2007a, s. 131), ÚZIS ČR (2008a, s. 129), ÚZIS ČR (2009a, s. 129), ÚZIS ČR (2010a, s. 133), ÚZIS ČR (2011a, s. 137), ÚZIS ČR (2012a, s. 139), ÚZIS ČR (2013a, s. 139), ÚZIS ČR (2014a, s. 139), ÚZIS ČR (2016a), ÚZIS ČR (2016b), ÚZIS ČR (2017a, s. 115)

V roce 2006 je rozdíl mezi obložeností lůžek v RÚ Kladruby a celorepublikovým průměrem rehabilitačních ústavů v ČR o téměř 4 procentní body, v RÚ Kladruby je 97,18% obloženost lůžek a celorepublikový průměr činí 101,08 %. V Rehabilitačním ústavu Brandýs nad Orlicí procento využití lůžek není známo. Celorepublikový průměr obloženosti lůžek v rehabilitačních ústavech je v roce 2006 a 2007 větší než 100 %, a to z důvodů, že využívají v důsledku nedostatečné kapacity přistýlky, které nejsou zahrnuty do počtu lůžek. V roce 2010 měl RÚ Brandýs nad Orlicí 90,46% obloženost lůžek a tím se liší od RÚ Kladruby o 6,3 procentních bodů a od celorepublikového průměru v rehabilitačních ústavech o 6,11 procentních bodů. Ve sledovaném období se v roce 2010 RÚ Kladruby dostává poprvé nad celorepublikový průměr s 96,76% obložeností lůžek. V období 2012-2013 kleslo v obou RÚ procento využití lůžek, a to i přes prodloužení průměrné ošetrovací doby v obou RÚ, jak je zobrazeno v následujícím grafu 12. Pokles obloženosti lůžek v Rehabilitačním ústavu Kladruby v roce 2013 oproti roku 2012 byl o 2,39 %. Pokles procenta využití lůžek v RÚ Brandýs nad Orlicí v roce 2013 oproti roku 2012 byl 35 %. Tento pokles byl výraznější než v RÚ Kladruby, a to z důvodu nárůstu

počtu lůžek v RÚ Brandýs nad Orlicí při otevření nového lůžkového pavilonu. Počet lůžek v RÚ Brandýs nad Orlicí a v RÚ Kladruby je dokladován v tabulce 4. V roce 2016 je v rehabilitačních ústavech v ČR podle grafu 11 volná kapacita, protože je 78,45% celorepubliková obložnost lůžek. Ve sledovaném období je RÚ Kladruby více vytižené v obložnosti lůžek než RÚ Brandýs nad Orlicí. Rehabilitační ústav Brandýs nad Orlicí po zvýšení počtu lůžek nemá tak vysoké procento využití lůžek. V roce 2016 se tyto dva ústavy liší o 31,58 procentních bodů. RÚ Kladruby má v roce 2016 procento využití 94,72 % a RÚ Brandýs nad Orlicí 64,99 %. V tomto roce se celorepublikový průměr s 78,45% obložností lůžek ocitá mezi obložností využití v RÚ Kladruby a RÚ Brandýs nad Orlicí. Rehabilitační ústav Kladruby má procento využití lůžek stabilnější než RÚ Brandýs nad Orlicí.

V grafu 12 je zobrazena průměrná ošetrovací doba v RÚ Brandýs nad Orlicí, RÚ Kladruby a celková v RÚ ČR v období 2006-2016.

Graf 12 Průměrná ošetrovací doba v RÚ Brandýs nad Orlicí, RÚ Kladruby a celková v RÚ ČR v období 2006-2016 (ve dnech)

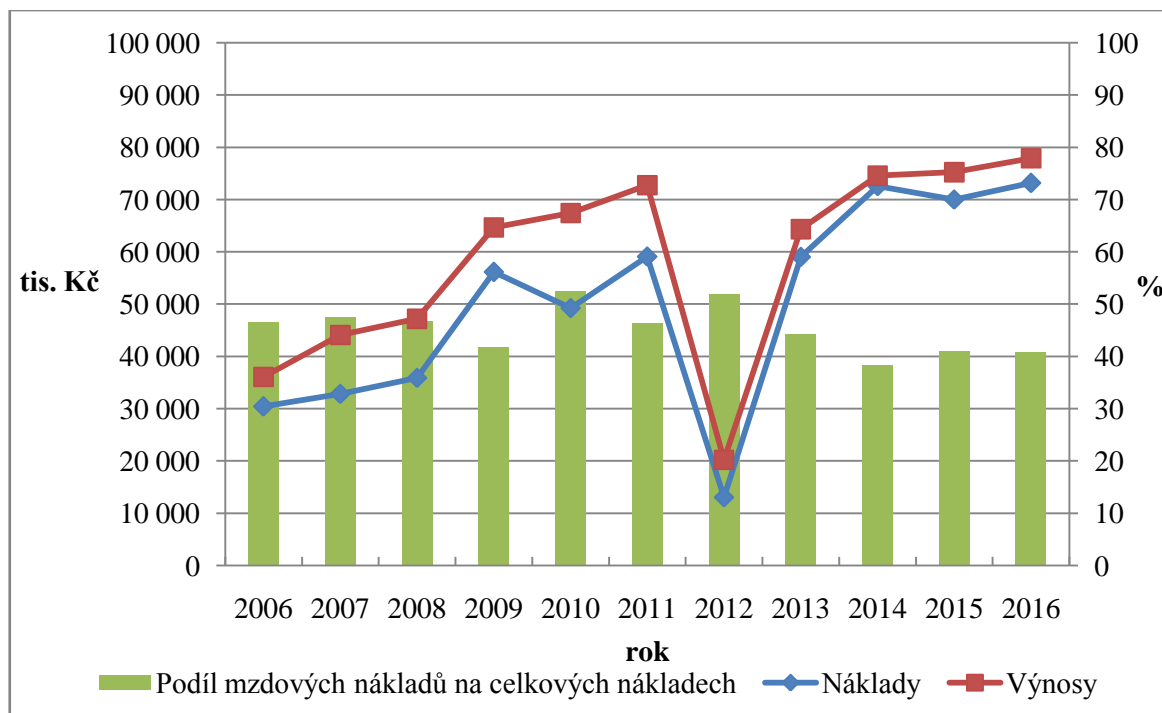


Zdroj: vlastní zpracování; RÚ Kladruby (2009, s. 7), RÚ Kladruby (2011, s. 13), RÚ Kladruby (2017b, s. 11), RÚ Brandýs nad Orlicí (2015a, s. 11), RÚ Brandýs nad Orlicí (2017b, s. 17), ÚZIS ČR (2007a, s. 131), ÚZIS ČR (2008a, s. 129), ÚZIS ČR (2009a, s. 129), ÚZIS ČR (2010a, s. 133), ÚZIS ČR (2011a, s. 137), ÚZIS ČR (2012a, s. 139), ÚZIS ČR (2013a, s. 139), ÚZIS ČR (2014a, s. 139), ÚZIS ČR (2016a), ÚZIS ČR (2016b), ÚZIS ČR (2017a, s. 115)

V roce 2006 je v RÚ Kladruby průměrná ošetrovací doba 49,7 dnů, a to je o 118 % vyšší oproti RÚ Brandýs nad Orlicí, kde je průměrná ošetrovací doba 22,8 dnů. Během sledovaného období v RÚ Brandýs nad Orlicí se zvyšovala průměrná ošetrovací doba a v roce 2016 mají Kladruby ošetrovací dobu 51,6 dnů, což je o 63,3 % vyšší než v RÚ Brandýs nad Orlicí, kde je průměrná ošetrovací doba 31,6 dnů. V roce 2013 došlo v obou RÚ k nárůstu ošetrovací doby a to z důvodu poklesu klientů díky zavedení regulace – Návrhová činnost pro poskytování následné léčebně rehabilitační péče. V tomto roce byla v RÚ Kladruby průměrná ošetrovací doba 53,2 dne, což představuje nárůst o 12 % oproti roku 2012. V RÚ Brandýs nad Orlicí byla průměrná ošetrovací doba 34,2 dne, a to je nárůst o 9,27 %. V roce 2016 je průměrná ošetrovací doba oproti roku 2006 v RÚ Kladruby o 3,8% vyšší, v RÚ Brandýs nad Orlicí o 38,6 % vyšší a celorepubliková ošetrovací doba o 13,5% nižší. Jak je z grafu 12 patrné, průměrná ošetrovací doba v RÚ Kladruby je výrazně vyšší než v RÚ Brandýs nad Orlicí. Důvodem je provozování spinální rehabilitační jednotky pro čerstvé pacienty po závažném poškození míchy, kde limitní délka pobytu je maximálně 150 dnů, a tím je delší než pro většinu ostatních klientů. (osobní sdělení konzultanta).

Na grafu 13 a grafu 14 jsou zobrazeny náklady, výnosy a podíl mzdových nákladů na celkových nákladech Rehabilitačního ústavu Brandýs nad Orlicí a Rehabilitačního ústavu Kladruby. Z důvodu velkého rozdílu obou RÚ jsou data zaznamenána ve dvou grafech.

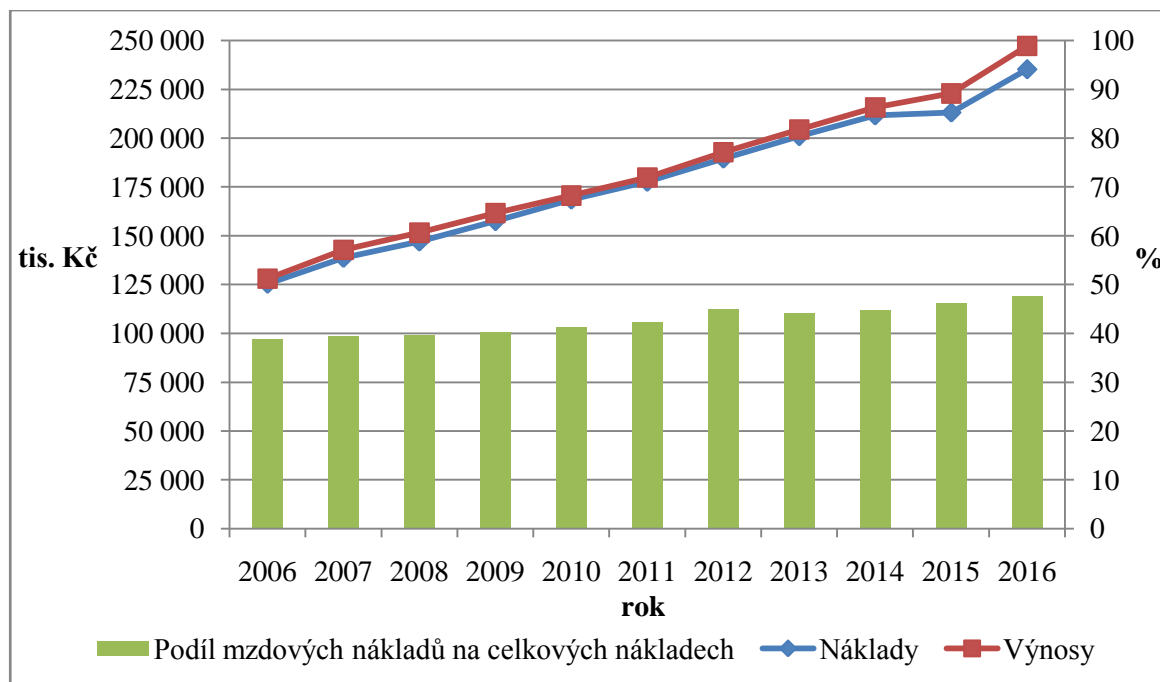
Graf 13 Náklady, výnosy a podíl mzdových nákladů na celkových nákladech Rehabilitačního ústavu Brandýs nad Orlicí v období 2006-2016 (v tis. Kč, %)



Zdroj: vlastní zpracování; RÚ Brandýs nad Orlicí (2007), RÚ Brandýs nad Orlicí (2008), RÚ Brandýs nad Orlicí (2009), RÚ Brandýs nad Orlicí (2011a), RÚ Brandýs nad Orlicí (2011b), RÚ Brandýs nad Orlicí (2012), RÚ Brandýs nad Orlicí (2013), RÚ Brandýs nad Orlicí (2015a, s. 4-5), RÚ Brandýs nad Orlicí (2017b, s. 13)

Ve sledovaném období 2006-2016 vykazuje Rehabilitační ústav Brandýs nad Orlicí kladné hospodářské výsledky. V roce 2006 byly výnosy 36 078 tis. Kč, náklady byly 30 442 tis. Kč, z toho vyplývá, že hospodářský výsledek byl 5 636 tis. Kč. Od roku 2006 do roku 2011 dochází k růstu výnosů i nákladů vyjma roku 2010, kde došlo k mírnému poklesu nákladů oproti roku 2009. Ve sledovaném období dosáhl Rehabilitační ústav Brandýs nad Orlicí nejvyššího hospodářského výsledku v roce 2010. Šlo o částku 18 176 tis. Kč. V roce 2011 byly výnosy 72 791 tis. Kč, náklady byly 59 107 tis. Kč a hospodářský výsledek tvořil 13 684 tis. Kč. K největšímu propadu výnosů a nákladů došlo v roce 2012, kdy probíhalo dokončování přístavby nového pavilonu. Výnosy v roce 2012 dosáhly 20 253 tis. Kč, což je pokles o 72,18 % oproti roku 2011. Náklady v roce 2012 byly 13 092 tis. Kč, což představuje pokles o 77,85 %. Po roce 2012 dochází opět k nárůstu výnosů a nákladů. V roce 2016 činily výnosy 77 937 tis. Kč, náklady byly 73 178 tis. Kč a hospodářský výsledek byl 4 759 tis. Kč. V roce 2016 došlo k nárůstu výnosu o 116,02 % oproti roku 2006 a k nárůstu nákladů o 140,38 % oproti roku 2006. Podíl mzdových nákladů se pohybuje v malém rozmezí, a to 40,88-52,42 %.

Graf 14 Náklady, výnosy a podíl mzdových nákladů na celkových nákladech Rehabilitačního ústavu Kladruby v období 2006-2016 (v tis. Kč, %)



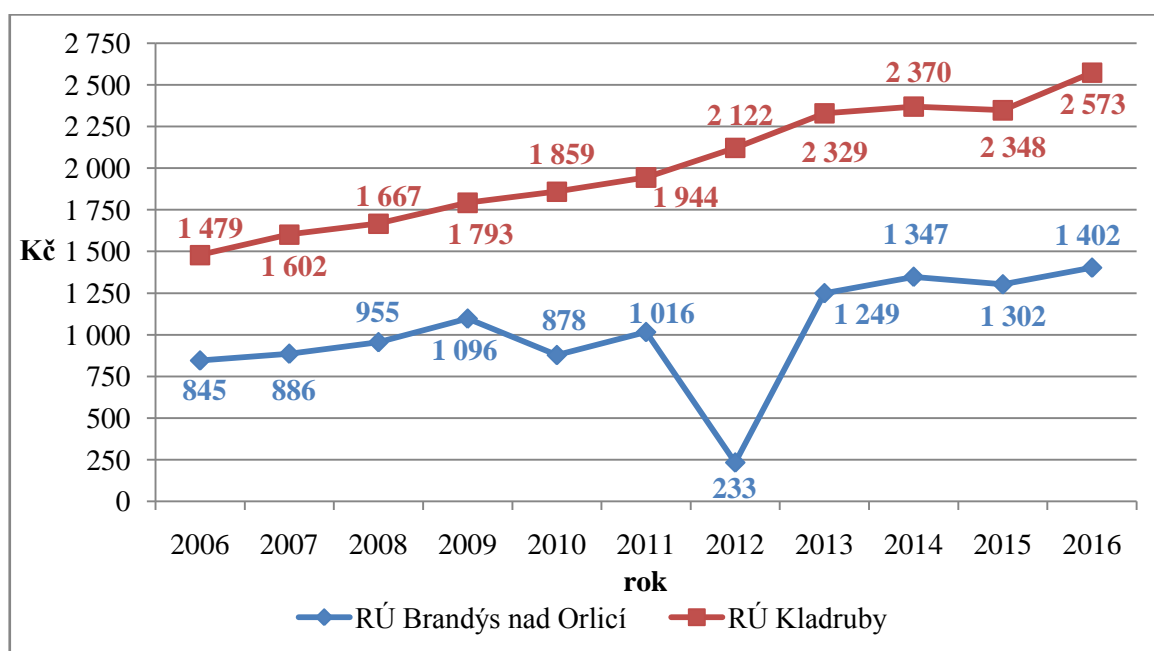
Zdroj: vlastní zpracování; RÚ Kladruby (2007, s. 11), RÚ Kladruby (2008, s. 9-10), RÚ Kladruby (2009, s. 16), RÚ Kladruby (2010, s. 19-20), RÚ Kladruby (2011, s. 23-24), RÚ Kladruby (2012), RÚ Kladruby (2013), RÚ Kladruby (2014), RÚ Kladruby (2015), RÚ Kladruby (2016, s. 29-30), RÚ Kladruby (2017b, s. 35-36)

Ve sledovaném období 2006-2016 vykazuje RÚ Kladruby kladné hospodářské výsledky a dochází zde k postupnému nárůstu výnosů a nákladů. V roce 2006 tvořily výnosy 128 018 tis. Kč, náklady byly 125 369 tis. Kč a hospodářský výsledek činil 2 649 tis. Kč. V roce 2016 již výnosy dosáhly 247 287 tis. Kč, což představuje nárůst o 93,17 % oproti roku 2006 a náklady činily 235 345 tis. Kč, narostly tedy o 87,72 % oproti roku 2006. Ve sledovaném období došlo k nejvyššímu hospodářskému výsledku v roce 2016. Hospodářský výsledek byl 11 942 tis. Kč. Podíl mzdových nákladů se v RÚ Kladruby pohybuje v rozmezí 38,72-47,50 %. Z grafu vyplývá, že došlo k postupnému navyšování mzdových nákladů. V roce 2016 byl podíl mzdových nákladů o 8,78 procentních bodů vyšší.

Na grafech 13 a 14 jsou patrné pozitivní ekonomické výsledky obou RÚ ve sledovaném období. Podíl mzdových nákladů na celkových nákladech se pohybuje mezi 38–52 %. Větší stabilitu v této nákladové položce vykazuje RÚ Kladruby, kde je i patrný trend mírného růstu tohoto podílu.

Provozování spinální rehabilitační jednotky v RÚ Kladruby se promítá i do nákladů připadajících na jeden ošetrovací den. Na výnosové stránce je to kompenzováno vyššími příjmy při vykazování ošetrovacího dne OD00025. Dle osobního sdělení konzultanta k podobnému jevu dochází i v jinak hrazeném pilotním programu po získaném závažném poškození mozku – na stránce nákladů a výnosů. V grafu 15 jsou zobrazeny náklady v RÚ Brandýs nad Orlicí a v RÚ Kladruby na jeden ošetrovací den v období 2006-2016.

Graf 15 Náklady v RÚ Brandýs nad Orlicí a v RÚ Kladruby připadající na jeden ošetrovací den v období 2006-2016 (v Kč)



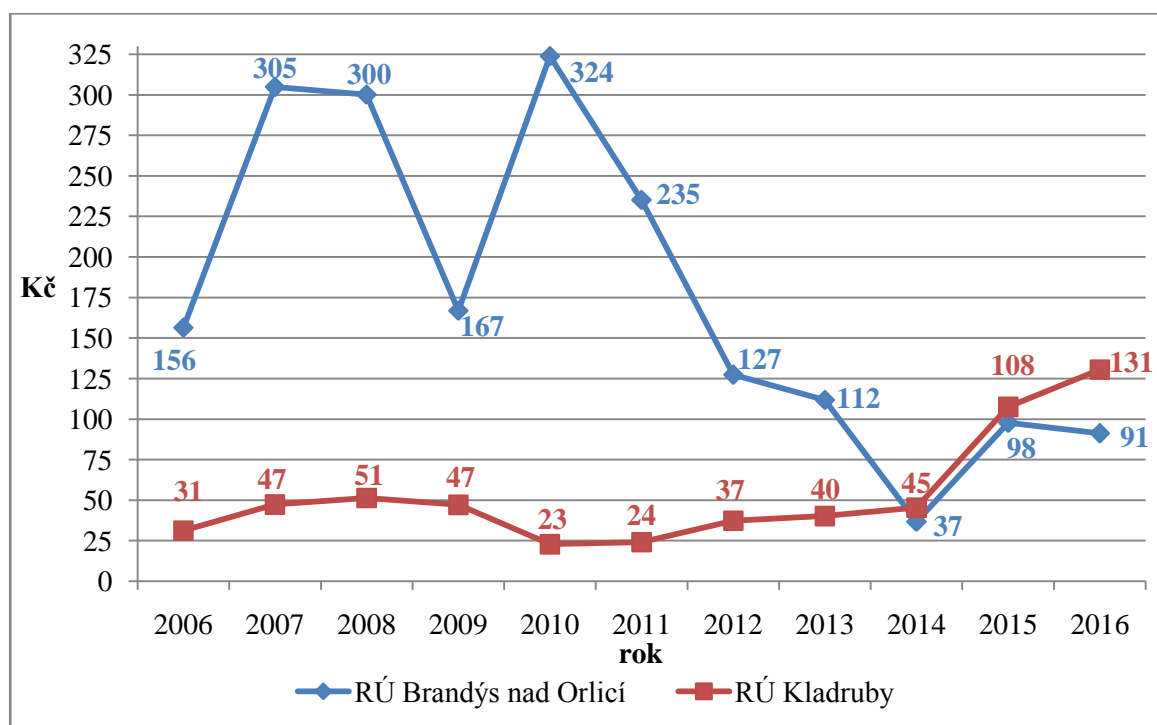
Zdroj: vlastní zpracování; RÚ Kladruby (2007, s. 11), RÚ Kladruby (2008, s. 9-10), RÚ Kladruby (2009, s. 7, 16), RÚ Kladruby (2010, s. 19-20), RÚ Kladruby (2011, s. 13, 23-24), RÚ Kladruby (2012), RÚ Kladruby (2013), RÚ Kladruby (2014), RÚ Kladruby (2015), RÚ Kladruby (2016, s. 29-30), RÚ Kladruby (2017b, s. 11, 35-36), RÚ Brandýs nad Orlicí (2007), RÚ Brandýs nad Orlicí (2008), RÚ Brandýs nad Orlicí (2009), RÚ Brandýs nad Orlicí (2011a), RÚ Brandýs nad Orlicí (2011b), RÚ Brandýs nad Orlicí (2012), RÚ Brandýs nad Orlicí (2013), RÚ Brandýs nad Orlicí (2015a, s. 4-5, 11), RÚ Brandýs nad Orlicí (2017b, s. 13, 17)

V roce 2006 byly náklady připadající na jeden ošetrovací den v RÚ Brandýs nad Orlicí 845Kč a v RÚ Kladruby 1 479 Kč, a to je tedy o 75 % více než v Rehabilitačním ústavu Brandýs nad Orlicí. V RÚ Kladruby ve sledovaném období 2006-2016 je patrný stálý nárůst nákladů na jeden ošetrovací den, v roce 2016 oproti roku 2006 je nárůst téměř o 74 %. V RÚ Brandýs nad Orlicí narůstají v období 2006-2009 náklady na jeden ošetrovací den, v roce 2009 jsou o 29,7 % vyšší než v roce 2006. V roce 2012 došlo k výraznému propadu nákladů (ale i výnosů) na jeden ošetrovací den o 77,07 %

oproti roku 2011 i přes dokladovaný vysoký počet ošetrovacích dnů. Jedná se buď o poskytování jiného typu péče (s menším počtem pracovníků), anebo o chybně vykázaný počet ošetrovacích dnů. V roce 2016 jsou náklady na jeden ošetrovací den v RÚ Brandýs nad Orlicí o 65,92 % vyšší než v roce 2006. Proto je nárůst nákladů na jeden ošetrovací den vyšší v Rehabilitačním ústavu Kladruby, rozdíl mezi těmito ústavu představuje 8 procentních bodů. Vyšší náklady na jeden ošetrovací den v RÚ Kladruby jsou způsobeny provozováním spinální jednotky, protože klienti léčení na této jednotce jsou finančně nákladnější.

V grafu 16 je zobrazen hospodářský výsledek připadající na jeden ošetrovací den v RÚ Brandýs nad Orlicí a v RÚ Kladruby v letech 2006-2016.

Graf 16 Hospodářský výsledek připadající na jeden ošetrovací den v RÚ Brandýs nad Orlicí a v RÚ Kladruby v období 2006-2016 (v Kč)

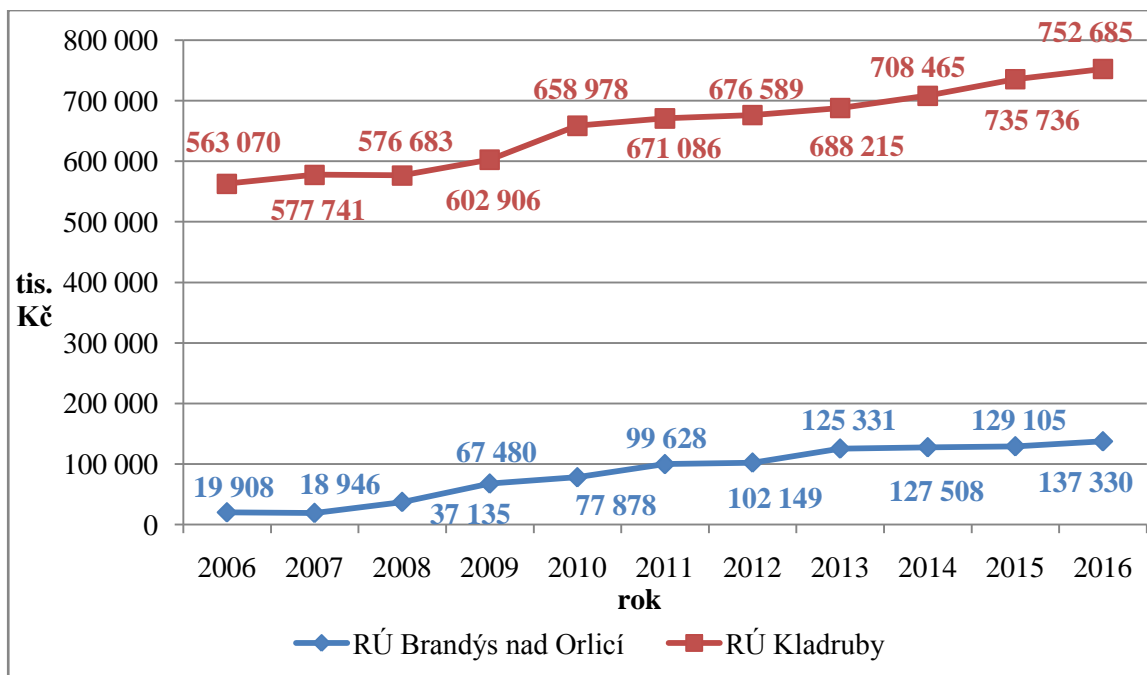


Zdroj: vlastní zpracování, RÚ Kladruby (2007, s. 11), RÚ Kladruby (2008, s. 9-10), RÚ Kladruby (2009, s. 7, 16), RÚ Kladruby (2010, s. 19-20), RÚ Kladruby (2011, s. 13, 23-24), RÚ Kladruby (2012), RÚ Kladruby (2013), RÚ Kladruby (2014), RÚ Kladruby (2015), RÚ Kladruby (2016, s. 29-30), RÚ Kladruby (2017b, s. 11, 35-36), RÚ Brandýs nad Orlicí (2007), RÚ Brandýs nad Orlicí (2008), RÚ Brandýs nad Orlicí (2009), RÚ Brandýs nad Orlicí (2011a), RÚ Brandýs nad Orlicí (2011b), RÚ Brandýs nad Orlicí (2012), RÚ Brandýs nad Orlicí (2013), RÚ Brandýs nad Orlicí (2015a, s. 4-5, 11), RÚ Brandýs nad Orlicí (2017b, s. 13, 17)

Zajímavým údajem je hospodářský výsledek připadající na jeden ošetřovací den v jednotlivém RÚ v grafu 16, kde je patrné zlepšování výsledku hospodaření na jeden ošetřovací den v RÚ Kladruby. V roce 2006 je v RÚ Kladruby výsledek hospodaření na jeden ošetřovací den 31 Kč a v roce 2016 je to již 91 Kč, což znamená nárůst v roce 2016 o 193,55 % oproti roku 2006. V roce 2006 je v Rehabilitačním ústavu Brandýs nad Orlicí výsledek hospodaření na jeden ošetřovací den 156 Kč a v roce 2016 pak 131 Kč, což znamená pokles v roce 2016 o 16,03 % oproti roku 2006. V roce 2006 byl hospodářský výsledek připadající na jeden ošetřující den v RÚ Brandýs nad Orlicí o 403,23 % vyšší než v RÚ Kladruby. V roce 2016 je rozdíl mezi těmito ústavu nižší, RÚ Brandýs nad Orlicí má hospodářský výsledek připadající na jeden ošetřovací den o 43,96 % vyšší než v RÚ Kladruby. Zajímavý hospodářský výsledek v RÚ Brandýs nad Orlicí na jeden ošetřovací den lze sledovat v letech 2007-2008 a 2010-2011, kdy se částka pohybuje v průměru okolo 291 Kč. Je předpokládáno, že výrazně pozitivní výsledky hospodaření v RÚ Brandýs nad Orlicí v letech 2007-2008 a 2010-2011 jsou obdobím kumulace zdrojů pro probíhající investice. V analyzovaných datech chybí informace o typu péče – zda byla lůžková, nebo ambulantní, a dále o způsobu úhrady – zda šlo o úhradu z veřejného zdravotního pojištění nebo přímou platbu samoplátce.

V následujícím grafu 17 je vyobrazena celková hodnota stálého majetku v Rehabilitačním ústavu Brandýs nad Orlicí a v Rehabilitačním ústavu Kladruby ve sledovaném období 2006-2016.

Graf 17 Celková hodnota stálého majetku v RÚ Brandýs nad Orlicí a v RÚ Kladruby v letech 2006-2016 (v tis. Kč)



Zdroj: vlastní zpracování; RÚ Kladruby (2007, s. 13), RÚ Kladruby (2008, s. 16), RÚ Kladruby (2009, s. 17), RÚ Kladruby (2010, s. 21), RÚ Kladruby (2011, s. 25), RÚ Kladruby (2012), RÚ Kladruby (2013), RÚ Kladruby (2014), RÚ Kladruby (2015), RÚ Kladruby (2016, s. 34), RÚ Kladruby (2017b, s. 11, 37), RÚ Brandýs nad Orlicí (2007), RÚ Brandýs nad Orlicí (2008), RÚ Brandýs nad Orlicí (2009), RÚ Brandýs nad Orlicí (2011c), RÚ Brandýs nad Orlicí (2011d), RÚ Brandýs nad Orlicí (2012), RÚ Brandýs nad Orlicí (2013), RÚ Brandýs nad Orlicí (2015b), RÚ Brandýs nad Orlicí (2016b), RÚ Brandýs nad Orlicí (2017b)

V roce 2006 je hodnota stálého majetku v RÚ Brandýs nad Orlicí 19 908 tis. Kč a v RÚ Kladruby 563 070 tis. Kč, a to je o 2 728,4 % více než v RÚ Brandýs nad Orlicí. Celková hodnota stálého majetku v grafu 17 ukazuje růst majetku v obou rehabilitačních ústavech. Hodnota majetku v roce 2016 je v RÚ Kladruby o 33,7 % vyšší oproti roku 2006 a v RÚ Brandýs nad Orlicí je vyšší o 590 %. Z těchto údajů je patrné, že RÚ Kladruby disponuje s mnohem vyšším stálým majetkem.

5 Výsledky a diskuze

V České republice přibývá občanů nad 65 let věku. V roce 2006 zde žilo 1 469 tis. osob ve věku 65+, v roce 2016 jich už bylo 1 960 tis., což je nárůst o 33,42 % oproti roku 2006. Starší populace z důvodu častějších onemocnění a úrazů čerpá více zdravotní péče. V roce 2015 náklady na pojištěnce 65+ tvořily 107 045 Kč, na pojištěnce 15-64 let obnášely 35 289 Kč a na pojištěnce od narození po 14 let věku činily 25 010 Kč.

Z důvodu stárnutí populace dochází k neustálému růstu nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči. V roce 2006 náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči představovaly 167 532 mil. Kč. V roce 2016 náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči byly 254 410 mil. Kč, a to je růst o 51,9 % oproti roku 2006.

V období 2006-2015 se pohybuje podíl rehabilitační péče na celkových výdajích na zdravotní péči mezi 3,24-4,12 %, s patrným pomalým růstem. V roce 2006 výdaje na rehabilitační péči dosahovaly 7 385 mil. Kč a v roce 2016 již byly 14 764 mil. Kč. Podíl celkových výdajů na zdravotní péči na HDP se ve sledovaném období pohybuje mezi 6,84-8,62 %, v období 2007-2010 dochází k nárůstu o 1,78 procentních bodů. V letech 2010-2012 je podíl celkových výdajů na zdravotní péči na HDP stabilní, a to v rozmezí 8,62-8,58 %. V období od roku 2012 dochází k postupnému poklesu, od roku 2012-2015 je pokles o 0,72 procentních bodů. V roce 2015 tento podíl byl 7,86 %.

Náklady zdravotních pojišťoven na zdravotnické prostředky vydané na poukazy v roce 2006 činily 4 498 mil. Kč a v roce 2016 pak 7 342 mil. Kč. Dochází k neustálému nárůstu nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotnické prostředky.

Ve sledovaném období 2006-2015 na některých odděleních v nemocnicích došlo ke snižování počtu lůžek, které je zapříčiněno rušením některých lůžkových oddělení, anebo i celých nemocnic. Na odděleních rehabilitační a fyzikální medicíny narůstá ve sledovaném období počet lůžek z důvodu nedostačující kapacity. V roce 2006 bylo v nemocnicích k dispozici 64 174 lůžek, z toho 1 449 na odděleních rehabilitační a fyzikální medicíny. V roce 2015 bylo na odděleních rehabilitační a fyzikální medicíny 2 025 lůžek, což je nárůst o 39,75 % oproti roku 2006, a to je o 576 lůžek. V roce 2015 počet lůžek v nemocnicích poklesl na 56 960, což je naproti tomu pokles o 11,24 % oproti roku 2006.

Stát je výrazným regulátorem pro oblast poskytování léčebně rehabilitační péče a zdravotnictví všeobecně. Je dokladován výrazný regulační efekt státu na oblast lázeňství. V roce 2013 výrazně poklesly náklady ZP na lázeňskou péči, a to o 37,37 % oproti roku 2012. Příliš ambiciózní snahy státu o omezení v poskytování lázeňské péče v roce 2012 byly částečně kompenzovány v roce 2014 a letech následujících. V roce 2014 došlo k výraznému růstu, a to o 54,91 % oproti roku 2013. Růst byl ovlivněn změnou v roce 2012 a následně v roce 2014 změnou Indikačního seznamu. Změny Indikačních seznamů ovlivnily i počty ošetrovacích dnů v léčebných lázních na náklad zdravotních pojišťoven. Propad v počtu ošetrovacích dnů v léčebných lázních na náklad zdravotních pojišťoven byl v období od roku 2010 do roku 2013. V roce 2013 byl počet ošetrovacích dnů v léčebných lázních na náklad ZP 1 680, pokles tedy o 34,5 % oproti roku 2012.

Financování rehabilitační péče je zajištěno pomocí zdravotních pojišťoven a přímých plateb domácností. V roce 2010 byl podíl výdajů zdravotních pojišťoven na rehabilitační péči 82,65 % a podíl přímých plateb domácností na rehabilitační péči pak 17,35 %. V roce 2015 představoval podíl výdajů zdravotních pojišťoven na rehabilitační péči 75,87 % a podíl výdajů domácností na rehabilitační péči činil 24,13 %. Výsledkem je zvyšující se trend přímých plateb domácností na rehabilitační péči.

Ve sledovaném období 2006-2016 bylo nejvíce lůžek v léčebných lázních v roce 2011, a to 26 835 lůžek, po tomto roce dochází k poklesu. Největší propad byl zaznamenán v roce 2015, a to o 9,4 % oproti roku 2014. Vliv na tuto změnu měl odliv zahraničních klientů, a to zejména z východu. K největšímu odlivu došlo v Karlovarském kraji.

Zavedení regulace – Návrhová činnost pro poskytování následné léčebně rehabilitační péče s účinností od 1. 4. 2012 vedla k poklesu počtu přijímaných pacientů. V roce 2013 v RÚ Brandýs nad Orlicí nastal pokles o 23,2 % (417 klientů) oproti roku 2012, v roce 2013 se léčilo v zařízení 1 381 klientů. V roce 2013 v RÚ Kladruby nebyl pokles tak vysoký jako v RÚ Brandýs nad Orlicí, pokles v tomto zařízení činil 8,4 % (152 klientů) oproti roku 2012. Rehabilitační ústavy na tuto regulaci reagují prodloužením průměrné doby hospitalizace. V roce 2013 v RÚ Kladruby trvala průměrná ošetrovací doba 53,2 dne, což představuje nárůst o 12 % oproti roku 2012. V RÚ Brandýs nad Orlicí trvala průměrná ošetrovací doba 34,2 dne, a to je nárůst o 9,27 %. Na základě dostupných údajů

však nelze usuzovat, zda prodloužení průměrné doby hospitalizace jde na vrub poskytování péče pacientům náročnějším na rehabilitační péči.

V celém segmentu následné léčebně rehabilitační péče v rehabilitačních ústavech v České republice je od roku 2015 nižší obložnost lůžek. V roce 2016 procento využití lůžek v rehabilitačních ústavech dosahovalo 78,45% a tím se blíží využití lůžek v nemocnicích (68-70%).

V obou rehabilitačních ústavech během sledovaného období 2006-2016 dochází k pozitivním hospodářským výsledkům. Podíl mzdových nákladů na celkových nákladech se v obou RÚ pohyboval mezi 38–52 %. V roce 2016 činily náklady na jeden ošetrovací den v RÚ Kladruby 2 573 Kč a v RÚ Brandýs nad Orlicí 1 402 Kč. Vyšší náklady na jeden ošetrovací den v RÚ Kladruby oproti RÚ Brandýs nad Orlicí jsou způsobeny provozováním spinální jednotky, protože klienti léčení na této jednotce jsou finančně nákladnější.

V obou RÚ v období 2006-2016 roste hodnota stálého majetku. RÚ Kladruby v roce 2016 měl 752 685 tis. Kč stálého majetku a RÚ Brandýs nad Orlicí ve stejném roce měl 137 330 tis. Kč stálého majetku. Rehabilitační ústav Kladruby má téměř 5,5x vyšší hodnotu stálého majetku.

6 Závěr

Léčebná rehabilitace patří k malému, ale důležitému segmentu zdravotnictví. Léčebná rehabilitace je malou částí rehabilitace vůbec. Velkou část poskytování léčebné rehabilitace v České republice zaujímá lázeňská léčebně rehabilitační péče, tato je v posledních letech k roku 2016 v útlumu. Celkově podíl léčebné rehabilitace ve zdravotnictví roste, a to jak ve výdajích, tak v poskytované péči. V roce 2015 byl podíl výdajů rehabilitační péče na celkových výdajích na zdravotní péči 4,12 %, a to je o 0,86 procentních bodů více oproti roku 2006. Jistě to souvisí s potřebami obyvatelstva, stárnutím populace, úspěšností v léčbě dříve neřešitelných stavů, které s sebou mohou nést potřebu dlouhodobé léčebné rehabilitace.

Financování zdravotní péče v ČR i v segmentu léčebné rehabilitace zajišťují především zdroje veřejné, a to zejména zdravotní pojišťovny. Dochází k postupnému nárůstu podílu přímých plateb domácností na léčebnou rehabilitační péči. V roce 2010 financovaly výdaje na rehabilitační péči z 82,65 % zdravotní pojišťovny a 17,35 % zajišťovaly přímé platby domácností. V roce 2015 tvořily výdaje na rehabilitační péči od zdravotních pojišťoven pouze 75,87 % a přímé platby domácností již 24,13 %.

Náklady na poskytovanou léčebně rehabilitační péči a výnosy jsou závislé na druhu této péče - respektive spektru pacientů a na poskytovateli této péče. Léčebná rehabilitační lůžková péče v RÚ Kladruby a v RÚ Brandýs nad Orlicí je od zdravotních pojišťoven hrazena pomocí platby za ošetřovací den. Tato platba pokrývá celkové denní náklady na jednoho klienta a den. Z porovnání zvolených rehabilitačních zařízení v několika aspektech je patrné, že oba rehabilitační ústavy (RÚ Kladruby i RÚ Brandýs nad Orlicí) nevykazují v období 2006-2016 problémy s financováním.

Hospodářský výsledek není závislý pouze na obložnosti lůžek, ale i na dalších faktorech, jako jsou například spektrum přijímaných pacientů a náklady spojené s poskytovanou péčí. V celém segmentu následně léčebně rehabilitační péče v rehabilitačních ústavech v České republice je od roku 2015 dostatek volné kapacity. V roce 2016 dosahovala obložnost lůžek v rehabilitačních ústavech 78,45 % a tím se přiblížila využití lůžek v nemocnicích (68-70 %). Není tomu tak však v Rehabilitačním ústavu Kladruby, neboť v roce 2016 zde dosáhla obložnost lůžek 94,72 %.

7 Seznam použitých zdrojů

Seznam literatury

BURCI, Gian Luca, VIGNES, Senior Legal. *World Health Organization*. The Hague : Kluwer Law International, 2004. 260 s. ISBN 90-411-22737.

ČELEDOVÁ, Libuše, ČEVELA, Rostislav. *Výchova ke zdraví*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.

ČSÚ. *Statistická ročenka České republiky 2013*. Praha : ČSÚ, 2013. 831 s. ISBN 978-80-250-2386-0.

ČSÚ. *Statistická ročenka České republiky 2016*. Praha : ČSÚ, 2016. 823 s. ISBN 978-80-250-2726-4.

ČSÚ. *Statistická ročenka České republiky 2017*. Praha : ČSÚ, 2017a. 823 s. ISBN 978-80-250-2778-3.

GLADKIJ, Ivan a STRNAD, Ladislav. *Zdravotní politika-zdraví-zdravotnictví*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. 111 s. ISBN 80-244-0500-8.

JANEČKOVÁ, Hana, HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha : Portál, 2009. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9.

KELNAROVÁ, Jarmila a kolektiv. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy – 2. ročník/2 .díl*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2009. 236 s. ISBN 978-80-247-3106-3.

KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vydání. Praha : Galén, 2010. 714 s. ISBN 978-80-7262-657-1.

KOTOUS, Jan, MUNKOVÁ, Gabriela, ŠTEFKO, Martin. *Obecné otázky sociální politiky*. Praha : Ústav státu a práva AV ČR, 2013. 169 s. ISBN 978-80-87439-08-1.

KREBS, Vojtěch a kolektiv. *Sociální politika*. 5. Přepřacované a aktualizované vydání. Praha : Wolters Kluwer ČR, 2010. 544 s. ISBN 978-80-7357-585-4.

NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. Praha : Grada Publishing, 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.

NOVÁKOVÁ, Iva. *Zdravotní nauka 2. díl*. Praha : Grada Publishing, 2011. 208 s. ISBN 978-80-247-3709-6.

RONDINELLI, Robert D. *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*. 6. vydání. American Medical Association, 2009. 634 s. ISBN 978-1-57947-888-9.

SCHÖNLE, P.W. *Frühe Phasen der Neurologischen Rehabilitation: Differentielle Sweredradbeurteilung bei Patienten in der Phase B (Frührehabilitation) und in der Phase C (Frühmobilisation/Postprimäre Rehabilitation) mit Hilfe des Frühreha-Bartel-Index (FRB)*. *Neurol Rehabil* 1, 1996: 21-25.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kolektiv. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy I - Interna*. 2. doplněné vydání. Praha : Grada Publishing, 2012. 228 s. ISBN 978-80-247-3601-3.

SYNEK, Miloslav, KOPKÁNĚ, Heřman, KUBÁLKOVÁ, Markéta. *Manažerské výpočty a ekonomická analýza*. Praha : C. H. Beck, 2009. 320 s. ISBN 978-80-7400-154-3.

ÚZIS ČR. *Lázeňská péče 2006*. Praha : ÚZIS ČR, 2007b. 28 s. ISBN 978-80-7280-660-7.

ÚZIS ČR. *Lázeňská péče 2007*. Praha : ÚZIS ČR, 2008b. 28 s. ISBN 978-80-7280-744-4.

ÚZIS ČR. *Lázeňská péče 2008*. Praha : ÚZIS ČR, 2009b. 28 s. ISBN 978-80-7280-801-4.

ÚZIS ČR. *Lázeňská péče 2009*. Praha : ÚZIS ČR, 2010b. 28 s. ISBN 978-80-7280-859-5.

ÚZIS ČR. *Lázeňská péče 2010*. Praha : ÚZIS ČR, 2011b. 28 s. ISBN 978-80-7280-921-9.

ÚZIS ČR. *Lázeňská péče 2011*. Praha : ÚZIS ČR, 2012b. 28 s. ISBN 978-80-7280-977-6.

ÚZIS ČR. *Lázeňská péče 2012*. Praha : ÚZIS ČR, 2013b. 28 s. ISBN 978-80-7472-036-9.

ÚZIS ČR. *Lázeňská péče 2013*. Praha : ÚZIS ČR, 2014b. 28 s. ISBN 978-80-7472-093-2.

ÚZIS ČR. *Lázeňská péče 2014*. Praha : ÚZIS ČR, 2015. 24 s. ISBN 978-80-7472-143-4.

ÚZIS ČR. *Lázeňská péče 2015*. Praha : ÚZIS ČR, 2016c. 26 s. ISBN 978-80-7472-147-2.

ÚZIS ČR. *Lázeňská péče 2016*. Praha : ÚZIS ČR, 2017b. 26 s. ISBN 978-80-7472-163-2.

VANČUROVÁ, Alena, KLAZAR, Stanislav. *Sociální a zdravotní pojištění*. Praha : Wolters Kluwer ČR, 2008. 124 s. ISBN 978-80-7357-381-2.

WHO. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. Praha : Grada Publishing, 2001. 280 s. ISBN 978-80-247-1587-2.

WHO. *Mezinárodní klasifikace nemocí*. 10. revize. Geneva, 2008. ISBN 978-80-904259-0-3.

WHO. *Rehabilitation in health systems*. Geneva : World Health Organization, 2017b. 77 s. ISBN 978-92-4-154997-4.

ZLÁMAL, Jaroslav a BELLOVÁ, Jana. *Ekonomika zdravotnictví*. 2. Vydání. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 249 s. ISBN 978-80-7013-551-8.

ZLÁMAL, Jaroslav. *Etika, legislativa a organizace zdravotnictví ČR*. Brno : Computer Media, 2016. 119 s. ISBN 978-80-7402-247-0.

ŽDÁREK, Roman, TĚŠINOVÁ, Jolana, ŠKÁROVÁ, Marta, WALTR, Robert, PÚRY, František a kol. *Metodika odškodňování imateriálních újem zdraví*. 1. vydání. Praha : C. H. Beck, 2015. 164 s. ISBN 978-80-7400-280-9.

Zákony a vyhlášky evidované v České republice

ČSN EN ISO 9999

vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných

vyhláška č. 267/2012 Sb., o stanovení Indikačního seznamu pro lázeňskou rehabilitační péči o dospělé, děti a dorost

vyhláška č. 331/2007 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů

vyhláška č. 348/2016 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2017

zákon č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod

zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů

zákon č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích

zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením

zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti

Internetové zdroje

ČSÚ. *Statistická ročenka České republiky 2010* [online]. Praha : ČSÚ, 2010. [cit. 2018-01-07] Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/statisticka-rocenka-ceske-republiky-2010-zqa20bl53r>

ČSÚ. *Výsledky zdravotnických účtů v ČR 2000-2009* [online]. Praha : ČSÚ, 2011. [cit. 2018-01-07]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/cr/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-2000-az-2009-9bsstn9opt>

ČSÚ. *Výsledky zdravotnických účtů v ČR 2010-2015 revize* [online]. Praha : ČSÚ, 2017b. [cit. 2018-01-07]. 72 s. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-2010-2015-revize>

DIMDI. *Frührehabilitations-Barthel-Index (FRB) nach Schönle* [online]. 2017 [cit. 2017-12-07]. Dostupné z: <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2014/zusatz-08-frb-schoenle.htm>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Osud koordinované rehabilitace* [online]. 2011 [cit. 2017-11-07]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/11618>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Zdravotní postižení* [online]. 2017 [cit. 2017-12-07]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/8#pp>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Zdraví pro všechny v 21. století* [online]. 2008 [cit. 2017-11-02]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Zdravotní pojišťovny* [online]. 2018 [cit. 2018-02-01]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/zdravotni-pojistovny_3307_29.html

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, *Česká republika: zdravotní profil země 2017* [online]. 2017 [cit. 2018-01-15]. 16 s. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285125-cs>

REHABILITAČNÍ ÚSTAV BRANDÝS NAD ORLICÍ. [online]. 2017a [cit. 2017-11-09]. Dostupné z: <https://www.rehabilitacniustav.cz/cs>

REHABILITAČNÍ ÚSTAV BRANDÝS NAD ORLICÍ. *Účetní závěrka 2006* [online]. 2007 [cit. 2018-01-07]. Dostupné z: <https://or.justice.cz/ias/ui/vypis-sl-firma?subjektId=424212>

REHABILITAČNÍ ÚSTAV BRANDÝS NAD ORLICÍ. *Účetní závěrka 2007* [online]. 2008 [cit. 2018-01-07]. Dostupné z: <https://or.justice.cz/ias/ui/vypis-sl-firma?subjektId=424212>

REHABILITAČNÍ ÚSTAV BRANDÝS NAD ORLICÍ. *Účetní závěrka 2008* [online]. 2009 [cit. 2018-01-07]. Dostupné z: <https://or.justice.cz/ias/ui/vypis-sl-firma?subjektId=424212>

REHABILITAČNÍ ÚSTAV BRANDÝS NAD ORLICÍ. *Účetní závěrka 2009 – výkaz zisků a ztrát* [online]. 2011a [cit. 2018-01-07]. Dostupné z: <https://or.justice.cz/ias/ui/vypis-sl-firma?subjektId=424212>

REHABILITAČNÍ ÚSTAV BRANDÝS NAD ORLICÍ. *Účetní závěrka 2009 – rozvaha* [online]. 2011c [cit. 2018-01-07]. Dostupné z: <https://or.justice.cz/ias/ui/vypis-sl-firma?subjektId=424212>

REHABILITAČNÍ ÚSTAV BRANDÝS NAD ORLICÍ. *Účetní závěrka 2010 – výkaz zisků a ztrát* [online]. 2011b [cit. 2018-01-07]. Dostupné z: <https://or.justice.cz/ias/ui/vypis-sl-firma?subjektId=424212>

REHABILITAČNÍ ÚSTAV BRANDÝS NAD ORLICÍ. *Účetní závěrka 2010 – rozvaha* [online]. 2011d [cit. 2018-01-07]. Dostupné z: <https://or.justice.cz/ias/ui/vypis-sl-firma?subjektId=424212>

REHABILITAČNÍ ÚSTAV BRANDÝS NAD ORLICÍ. *Účetní závěrka 2011* [online]. 2012 [cit. 2018-01-07]. Dostupné z: <https://or.justice.cz/ias/ui/vypis-sl-firma?subjektId=424212>

REHABILITAČNÍ ÚSTAV BRANDÝS NAD ORLICÍ. *Účetní závěrka 2012* [online]. 2013 [cit. 2018-01-07]. Dostupné z: <https://or.justice.cz/ias/ui/vypis-sl-firma?subjektId=424212>

REHABILITAČNÍ ÚSTAV BRANDÝS NAD ORLICÍ. *Účetní závěrka 2013* [online]. 2014 [cit. 2018-01-07]. Dostupné z: <https://or.justice.cz/ias/ui/vypis-sl-firma?subjektId=424212>

REHABILITAČNÍ ÚSTAV BRANDÝS NAD ORLICÍ. *Účetní závěrka 2014* [online]. 2015b [cit. 2018-01-07]. Dostupné z: <https://or.justice.cz/ias/ui/vypis-sl-firma?subjektId=424212>

REHABILITAČNÍ ÚSTAV BRANDÝS NAD ORLICÍ. *Účetní závěrka 2015* [online]. 2016b [cit. 2018-01-07]. Dostupné z: <https://or.justice.cz/ias/ui/vypis-sl-firma?subjektId=424212>

REHABILITAČNÍ ÚSTAV BRANDÝS NAD ORLICÍ. *Výroční zpráva 2014* [online]. 2015a [cit. 2018-01-07]. Dostupné z: <https://or.justice.cz/ias/ui/vypis-sl-firma?subjektId=424212>

REHABILITAČNÍ ÚSTAV BRANDÝS NAD ORLICÍ. *Výroční zpráva 2015* [online]. 2016a [cit. 2018-01-07]. Dostupné z: <https://or.justice.cz/ias/ui/vypis-sl-firma?subjektId=424212>

REHABILITAČNÍ ÚSTAV BRANDÝS NAD ORLICÍ. *Výroční zpráva 2016* [online]. 2017b [cit. 2018-01-07]. Dostupné z: <https://or.justice.cz/ias/ui/vypis-sl-firma?subjektId=424212>

REHABILITAČNÍ ÚSTAV KLADRUBY. [online]. 2017a [cit. 2017-11-09]. Dostupné z: <http://www.rehabilitace.cz/>

REHABILITAČNÍ ÚSTAV KLADRUBY. *Výroční zpráva za rok 2006* [online]. 2007 [cit. 2018-01-09]. Dostupné z: <http://www.rehabilitace.cz/o-nas/vyrocní-zpravy/>

REHABILITAČNÍ ÚSTAV KLADRUBY. *Výroční zpráva za rok 2007* [online]. 2008 [cit. 2018-01-09]. Dostupné z: <http://www.rehabilitace.cz/o-nas/vyrocní-zpravy/>

REHABILITAČNÍ ÚSTAV KLADRUBY. *Výroční zpráva za rok 2008* [online]. 2009 [cit. 2018-01-09]. Dostupné z: <http://www.rehabilitace.cz/o-nas/vyrocní-zpravy/>

REHABILITAČNÍ ÚSTAV KLADRUBY. *Výroční zpráva za rok 2009* [online]. 2010 [cit. 2018-01-09]. Dostupné z: <http://www.rehabilitace.cz/o-nas/vyrocní-zpravy/>

REHABILITAČNÍ ÚSTAV KLADRUBY. *Výroční zpráva za rok 2010* [online]. 2011 [cit. 2018-01-09]. Dostupné z: <http://www.rehabilitace.cz/o-nas/vyrocní-zpravy/>

REHABILITAČNÍ ÚSTAV KLADRUBY. *Výroční zpráva za rok 2011* [online]. 2012 [cit. 2018-01-09]. Dostupné z: <http://www.rehabilitace.cz/o-nas/vyrocní-zpravy/>

REHABILITAČNÍ ÚSTAV KLADRUBY. *Výroční zpráva za rok 2012* [online]. 2013 [cit. 2018-01-09]. Dostupné z: <http://www.rehabilitace.cz/o-nas/vyrocní-zpravy/>

REHABILITAČNÍ ÚSTAV KLADRUBY. *Výroční zpráva za rok 2013* [online]. 2014 [cit. 2018-01-09]. Dostupné z: <http://www.rehabilitace.cz/o-nas/vyrocní-zpravy/>

REHABILITAČNÍ ÚSTAV KLADRUBY. *Výroční zpráva za rok 2014* [online]. 2015 [cit. 2018-01-09]. Dostupné z: <http://www.rehabilitace.cz/o-nas/vyrocní-zpravy/>

REHABILITAČNÍ ÚSTAV KLADRUBY. *Výroční zpráva za rok 2015* [online]. 2016 [cit. 2018-01-09]. Dostupné z: <http://www.rehabilitace.cz/o-nas/vyrocní-zpravy/>

REHABILITAČNÍ ÚSTAV KLADRUBY. *Výroční zpráva za rok 2016* [online]. 2017b [cit. 2018-01-09]. Dostupné z: <http://www.rehabilitace.cz/o-nas/vyrocní-zpravy/>

RYCHTÁŘ, Karel, MILER, Vojtěch. *Metodika motivačních nástrojů pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením* [online]. PENTACOM, 2008. 28 s. [cit. 2018-02-09]. Dostupné

z: <http://rap.pracovnirehabilitace.cz/uploads/File/Methodika%20motivacnich%20nastroju%20pro%20zamestnavani%20osob%20se%20zdravotnim%20postizenim.pdf>

SPINALCORD. *Statistiky počtů pacientů na spinální jednotce rehabilitační péče* [online]. 2018 [cit. 2018-01-02]. Dostupné z: <https://www.spinalcord.cz/cz/statistiky/>

ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2006*. Praha : ÚZIS ČR, 2007a. 284 s. ISBN 978-80-7280-736-9.

ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2007*. Praha : ÚZIS ČR, 2008a. 280 s. ISBN 978-80-7280-783-3.

ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2008*. Praha : ÚZIS ČR, 2009a. 280 s. ISBN 978-80-7280-845-8.

ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2009*. Praha : ÚZIS ČR, 2010a. 264 s. ISBN 978-80-7280-909-7.

ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2010*. Praha : ÚZIS ČR, 2011a. 268 s. ISBN 978-80-7280-966-0.

ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2011*. Praha : ÚZIS ČR, 2012a. 270 s. ISBN 978-80-7472-024-6.

ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2012*. Praha : ÚZIS ČR, 2013a. 276 s. ISBN 978-80-7472-083-3.

ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2013*. Praha : ÚZIS ČR, 2014a. 278 s. ISBN 978-80-7472-135-9.

ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2014* [online]. Praha : ÚZIS ČR, 2016a. ISSN 1210-9991. [cit. 2018-01-02] Dostupné z: <https://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2014>

ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2015* [online]. Praha : ÚZIS ČR, 2016b. ISSN 1210-9991. [cit. 2018-01-02] Dostupné z: <https://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2015>

ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2016* [online]. Praha : ÚZIS ČR, 2017a. 211 s. ISSN 1210-9991. [cit. 2018-01-02] Dostupné z: <https://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2016>

VZP. *Kategorie pacientů* [online]. 2017 [cit. 2017-11-02]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/kategorie-pacienta>

VZP. *Seznam odborných rehabilitačních ústavů s OD 00022* [online]. 2018b [cit. 2018-01-12]. Dostupné z: https://webevzp.blob.core.windows.net/media/Default/dokumenty/prehled_seznam_poskytovatelu.pdf

VZP. *Zdravotní výkony* [online]. 2018a [cit. 2018-01-07]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/zdravotni-vykony>

WHO. *About the community-based rehabilitation (CBR) matrix* [online]. 2017b [cit. 2017-11-07]. Dostupné z: <http://www.who.int/disabilities/cbr/matrix/en/>

WHO. *About the community-based rehabilitation (CBR) matrix* [online]. 2017c [cit. 2017-11-07]. Dostupné z: http://www.who.int/disabilities/cbr/cbr_matrix_11.10.pdf?ua=1

WHO. *Definition of health* [online]. 2017a [cit. 2017-11-07]. Dostupné z: <http://www.who.int/suggestions/faq/en/>

8 Přílohy


Příloha 1 Tiskopisy..... I

Příloha 2 Tabulky k výpočtům III

Příloha 1 Tiskopisy

Obrázek 1 Tiskopis k záznamu TISS bodů – strana 1

U7_F_NNH_U4Z Tiskopis k záznamu TISS bodů



H
NA HOMOLCE
NEMOCNICE
Roentgenova 2
150 30 Praha 5
Tel.: +420 257 271 111
IČO: 00023884

Oddělení _____ Formulář _____

**Tiskopis k záznamu
TISS bodů**

PID _____

Datum																				
Sloupec	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Skupina 4 body																				
srdeční zástava a/nebo urgentní defibrilace během posl. 48 hod. - lze vykázat ve 2 po sobě jdoucích dnech																				
řízená ventilace (ventilace je plně zajišťována přístrojem)																				
aplikace pronační polohy u řízené ventilace (možno kombinovat s výše uvedeným kódem)																				
balónková tamponáda varixů nebo masivní krvácení do gastrointestinálního traktu s četnými stolicemi																				
transport nemocného s podporou životní funkce mimo ošetrovací jednotku																				
podání krve a krevních derivátů nebo náhradních roztoků přetlakem (nejméně 4 transfúzní jednotky / 30 minut)																				
Swan-Ganzův katetr																				
použití eliminační techniky, včetně peritoneální dialýzy 1 x denně																				
kardiostimulace, včetně chronického kardiostimulátoru, je-li aktivní																				
indukovaná hypotermie - pod 33°C																				
ošetřování pacienta s morbidní obezitou (hmotnost 40% a více náležité tělesné hmotnosti)																				
monitorování nitrolebního tlaku																				
transfúze krevních destiček																				
intraortální balónková kontrapulsace																				
neodkladné operační výkony v předchozích 24 hod.- rozumí se náhlé příhody všech etiologií																				
laváž GIT (tj. výplach žaludku a enterální dialýza) u krvácení a intoxikací - 1/24 hodin																				
urgentní endoskopie																				
vazoaktivní látky - více než 1 lék																				
Skupina 4 body - mezisoučet																				
Skupina 3 body																				
parent. výživa do centr. žily (všechny kombinace cukrů s aminokyselinami), vč. výživy při renálním, jaterním nebo srdečním selhání																				
neaktivní kardiostimulátor (ve stavu pohotovosti) - záznam o přezkoušení stimulace 1/24 hodin																				
drenáž tělní dutiny vyžadující aktivní sání - s výjimkou Redon. drenáže																				
ost. druhy ventilační podpory, vč. non - invazivních technik (např. kontinuální pozit. tlak v dýchacích cestách, ventilace s tlak. Podporou, atd.)																				
invazivní kontinuální měření oxymetrie v oblasti bulbus v. jugularis																				
infúze koncentrovaných roztoků kalia do centrální žily - alespoň 80 mmol/24 hodin																				
intubace během posledních 24 hod.																				
odsávání z trachey naslepo při zajištění dýchacích cest intubační nebo tracheostomickou kanylou																				
hodinová diureza																				
četná statimová vyšetření - více než 4 za 24 hodin																				
časté převody krevních derivátů - více než 5/24 hodin																				
bolusové i. v. podání léků mimo plánované ordinace																				
vazoaktivní lék -1 preparát																				
kontinuální infúze antiarytmik																				
kardioverze pro arytmie																				
použ. pomůcek na akt. ovlivnění těl. teploty (chlazení i ohřívání) nebo fyz. metody terapie hyperpyrexie - nelze komb. s induk. hypotermií (za 4b.)																				
arteriální katetr																				
akutní digitalizace do 48 hod.- lze vykázat ve dvou po sobě jdoucích dnech																				
měření srdečního výdeje libovolnou metodou včetně neinvazivních metod																				
podp. diuresy při přetíž. tekut. podáním diuretik nebo osmot. akt. látek i. v. (alesp. 1mg Furosemidu/kg váhy/24 hod. event. 0,25 g 20% Manitolu/kg váhy/24 h)																				
Sloupec	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Obrazek 2 Tiskopis k záznamu TISS bodů - strana 2

Sloupec	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
aktivní léčení metabolických poruch (acidózy - alkalózy) podáním koncentrovaných roztoků																					
urgentní punkce hrudníku, perikardu - při drenáži lze kombinovat s "drenáží tělní dutiny" (za 3 b)																					
aktivní antikoagulační léčba prvních 48 hod. (vč. Rheodextranu a nízkomolekulárních heparinů)																					
monitorování nitrobřišního tlaku																					
krytí pacienta více než 2 i. v. antibiotiky																					
léčení křečí či metabol. encefalopatie (48 hod. od nástupu) - lze vykázat ve 2 po sobě následujících dnech																					
komplikovaná ortopedická trakce																					
Skupina 3 body - mezisoučet																					
Skupina 2 body																					
měření centrálního žilního tlaku minimálně á 6 hodin																					
2 periferní i. v. katetry																					
hemodialýza u pacienta v chronickém dialyzačním programu																					
svodná kontinuální analgezie (alespoň 8 hodin) včetně péče o katetr																					
spontánní ventilace endotracheální nebo tracheostomickou kanylou																					
sondová výživa do všech částí zažívacího traktu nutričně definovanou stravou																					
náhr. velké ztráty tekutin - infuze nad udržov. potř. v celk. výši alesp. 4500ml/24 hod. všech parent. podaných tekutin																					
parenterální chemoterapie																					
monitorace hodnot vitálních funkcí po 1 hod., včetně neurologického stavu se záznamem glasgowské škály bezvědomí nebo Ramsey score, velikosti a reakce zornic																					
četné převazy, tj. více než 4/24 hodin nebo převazy s použitím speciálních krycích materiálů																					
Skupina 2 body - mezisoučet																					
Skupina 1 bod																					
monitorace EKG nebo SaO2																					
monitorace vitálních funkcí po 1 hodině																					
1 periferní i. v. katetr																					
chronická antikoagulační terapie																					
standardní měření příjmu a výdeje - 4x /24hod.																					
statimová laboratorní vyšetření																					
intermitentní i. v. podávání léků podle ordinace (ne samotné infuzní roztoky)																					
rutinní převazy																					
standardní ortopedické trakce																					
péče o tracheostomii																					
péče o dekubitůs (nepočítá se prevence)																					
permanentní močový katetr																					
oxygenoterapie																					
podávání 1 až 2 antibiotik i. v.																					
fyzioterapie hrudníku - prováděná fyzioter. nebo prac. s přísl. certif. opravn. k jejímu provádění (vyk. se pouze v příp., že pracovník je kmen. zam. pracoviště int. péče)																					
rozsáhlé výplachy, tamponády, kolostomie, včetně laváže břišní dutiny																					
dekomprese gastrointestinálního traktu (žaludeční sonda, rektální rourka)																					
parenterální výživa do periferní žíly (minimálně dvě složky z trojice cukry, tuky, bílkoviny)																					
Skupina 1 body - mezisoučet																					
Skupina 4 body - součet																					
Skupina 3 body - součet																					
Skupina 2 body - součet																					
Skupina 1 body - součet																					
TISS body celkem všechny skupiny																					
Platí pro RES																					
50 a více																					
40-49																					
30-39																					
Platí pro JIP																					
20-29																					
15-19																					
09-14																					
Sloupec	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Podpis lékaře																					

Stránka 2 z 2

Verze-01.11/2017

Příloha 2 Tabulky k výpočtům

Tabulka 5 Průměrné výdaje zdravotních pojišťoven na jednoho pojištěnce dle věkové kategorie za rok 2015 (v letech, v Kč)

Věková kategorie	Průměrný náklad za kategorii (Kč)	Věková kategorie	Průměrný náklad za kategorii (Kč)
0-4	35 785	0-14	25 010
5-9	18 609		
10-14	20 637		
15-19	22 548	15-64	35 289
20-24	19 963		
25-29	24 374		
30-34	27 178		
35-39	28 101		
40-44	29 982		
45-49	35 540		
50-54	43 558		
55-59	54 320		
60-64	67 329		
65-69	75 843	65+	107 045
70-74	93 404		
75-79	114 465		
80-84	122 452		
85+	129 063		

Zdroj: vlastní zpracování; ČSÚ (2017, s. 26)

Tabulka 6 Výdaje na zdravotní péči v ČR podle zdroje financování v letech 2010-2015 (v mil. Kč, v %)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Tempo růstu 2015/2012
Veřejné zdroje:	288 768	291 272	294 861	297 412	296 641	299 362	1,53%
státní rozpočet	48 835	47 692	47 079	49 360	52 546	54 889	16,59%
místní rozpočty	8 044	9 243	9 855	9 698	9 493	9 766	-0,90%
zdravotní pojišťovny	231 889	234 337	237 927	238 354	234 602	234 706	-1,35%
Soukromé zdroje	9 217	9 205	9 110	9 202	10 668	9 322	2,33%
Domácnosti	42 705	44 028	44 239	43 465	46 490	49 358	11,57%
Celkem	340 690	344 506	348 210	350 079	353 799	358 042	2,82%

Zdroj: vlastní zpracování; ČSÚ (2017, s. 8)

Tabulka 7 Počet lůžek, ošetrovacích dnů, procento využití lůžek a průměr procenta využití lůžek v nemocnicích v letech 2006-2016 (ks, dny, %)

	Lůžka	Ošetrovací dny	Procento využití lůžek (v %)
2006	64 174	16 416 605	70,09
2007	63 662	16 272 662	70,03
2008	63 263	15 587 097	67,50
2009	62 992	15 469 804	67,28
2010	62 219	15 177 650	66,83
2011	60 336	14 631 747	66,44
2012	58 832	14 364 827	66,90
2013	56 807	14 238 185	68,67
2014	56 586	14 356 257	69,51
2015	56 960	14 026 928	67,47
2016	56 871	13 796 295	66,46
		Průměr	67,93

Zdroj: vlastní zpracování; ČSÚ (2016, s. 671), ČSÚ (2017a, s. 659)