

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD**

Institut sociologických studií

**Kristýna Soudská**

**Kontroverzní vývoj sociální politiky v oblasti  
poskytování zdravotní péče v pobytových  
sociálních službách**

*Diplomová práce*

Praha 2017

Autor práce: **Kristýna Soudská**

Vedoucí práce: **MUDr. Petr Háva, CSc.**

Rok obhajoby: **2017**

## **Bibliografický záznam**

SOUDSKÁ, Kristýna. *Kontroverzní vývoj sociální politiky v oblasti poskytování zdravotní péče v pobytových sociálních službách*. Praha, 2017. 198 s. Diplomová práce (Mgr.) Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií. Katedra veřejné a zdravotní politiky. Vedoucí diplomové práce MUDr. Petr Háva, CSc.

## **Abstrakt**

Diplomová práce se zaměřuje na dlouhodobě (2006 – 2015) neřešené potíže kritického charakteru s úhradami zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb (PZSS) v ČR. Cílem práce je kritická reflexe legitimacy a příčin tohoto stavu, včetně dosavadních snah o jeho identifikaci a řešení.

Použitými výzkumnými metodami jsou institucionální analýza v kombinaci s kritickou diskurzivní analýzou. Práce je pojata jako kriticky zaměřený výzkum sociální a zdravotní politiky v oblasti financování zdravotní péče v PZSS v období 1998 – 2015.

Hlavní zjištěnou příčinou uvedeného problému je nevyužívání nástroje zdravotně-pojistných plánů a jejich neodůvodnitelná náhrada nástrojem tzv. úhradové vyhlášky, jejíž použití v kombinaci s mocensky jednostranným přístupem ve smluvních vztazích mezi zdravotními pojišťovny a PZSS vede nejen ke vzniku problémů, ale především pak k obecnému odcizení veřejného zdravotního pojištění od cílů a funkcí samotného zdravotnického systému, který zajišťuje v tomto případě zdravotní péči v PZSS.

## **Abstract**

This dissertation focuses on the long term (2006 – 2015) unsolved problems with the critical nature of healthcare payments in residential social services (PZSS) in the Czech Republic. The aim is a critical reflection of the legitimacy and the causes of this condition, including past efforts to identify and solutions.

The used research methods are institutional analysis in combination with critical discourse analysis. The work is conceived as a critically-oriented research on social and health policies in the field of health care financing in PZSS in the period 1998 – 2015.

Main findings of the cause of this problem are the failure to use the tool health-insurance plans and their unjustifiable replacement tool called. Reimbursement regulations, the use of which in combination with by power unilateral approach in the contractual relationship between health insurance and PZSS not only leads to problems, but especially to the general alienation public health insurance from the objectives and functions of the health system itself, which provides in this case health care in PZSS.

## **Klíčová slova**

sociální služby, sociální politika, dlouhodobá péče, zdravotní péče, transformace, neoliberalismus, domov pro seniory, financování sociálních služeb, úhrada zdravotní péče

## **Keywords**

social services, social policy, long term- care, health care, transformation, neoliberalism, home for the Elderly, financing of social services, payment for health care

## **Rozsah práce:**

Počet znaků s mezerami (bez anotace a příloh) 392 966 znaků.

## **Prohlášení**

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 04. 01. 2017

Kristýna Soudská

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu práce panu MUDr. Petru Hávovi, CSc. za odborné vedení, podnětné připomínky, rozšíření poznatků získaných ze zahraničních publikací a textů týkajících se zdravotních systémů a zdravotní politiky a věcné debaty o dané problematice, vstřícný přístup a pomoc při koncipování diplomové práce.

# Institut sociologických studií

## Teze diplomové práce

**Jméno studenta/studentky:** Bc. Kristýna Soudská

**Název v jazyce práce:** Kontroverzní vývoj sociální politiky v oblasti poskytování zdravotní péče v pobytových sociálních službách.

**Název v anglickém jazyce:** Controversial development of social policy in the field of health care in social services.

**Klíčová slova:** sociální služby, sociální politika, dlouhodobá péče, zdravotní péče, transformace, neoliberalismus, domov pro seniory, financování sociálních služeb

**Klíčová slova anglicky:** social services, social policy, long term- care, health care, transformation, neoliberalism, home for the Elderly, financing of social services

**Akademický rok vypsání:** 2015/2016

**Jazyk práce:** český

**Typ práce:** diplomová

**Ústav:** Katedra veřejné a sociální politiky

**Vedoucí / školitel:** MUDr. Petr Háva, CSc.

**Obor práce:** Veřejná a sociální politika

### **Teze diplomové práce (výzkumný projekt):**

#### **A. vymezení výzkumného problému**

##### 1. Obecný úvod

Sociální a zdravotní péče v Českých zemích prošla dlouhým vývojem. Zlomové body jsou datovány koncem druhé světové války, politickým převratem v roce 1989 a vstupem do Evropské unie.

Řízení sociální i zdravotní politiky v socialistickém režimu bylo realizováno výhradně centralizovaným a hierarchicky uspořádaným systémem. Stát zde měl monopolní postavení. Problémy a následná krize (Pierson, 1994; Keller, 2005) byly nevyhnutelným faktem vývoje. Změny po roce 1989 se nesou v duchu idejí neoliberalismu, naprosto nového a nezmapovaného systému. Přijetí demokracie podporující práva a svobody svých občanů s sebou přináší řadu změn nejen v politickém systému, ale i na úrovni běžného života.

Tak jako v jiných reformních zemích ani v ČSR nebyl po roce 1989 k dispozici žádný jasný koncept, jak provázaně rozvíjet ekonomickou a sociální sféru. (Večerník, 2002). V rámci rychlých změn (ekonomická a politická transformace) nebylo možné vybudovat odpovídající konceptuální rámec, který je zapotřebí. Konceptuální rámec byl spíše přinášěn ze západu než tvořen v samotných tranzitivních zemích. (Večerník, 2002).

*„Zatím co v politice a mezinárodních vztazích dominuje neokonzervatismus, v ekonomice je to neoliberalismus. Vychází z klasické ekonomie a aplikuje tezi „homo ekonomikus“ na všechny sféry života.“ (Švihlíková, 2010 s. 14)*

90. léta se vyznačují neoliberálními zásahy inspirující se doporučujícím konceptem Washingtonského konsenzu apelujícím na tržní ekonomiku podporovanou MMF, WB a kapitálu USA s heslem „nejvyšší možná liberalizace; rychlá privatizace a tvrdá fiskální a měnová politika“. (Švihlíková, 2010) V ČSR realizováno řadou reforem s cílem decentralizace, privatizace, nově získanou autonomií s širokým spektrem práv. Tyto zásahy vedly k výraznému omezení státní moci a nově nastoleným nepřilíš vnímaným sociálním důsledkům.

## 2. Průběh 90. let – diskuse o reformách v resortu MPSV

Hlavními rysy institucionálního vývoje transformace sociální politiky byly nově vzniklé sociální události (nezaměstnanost, pokles reálných příjmů nebo ohrožení chudobou nejzranitelnějších skupin). (Kotous a kol., 2013) *„Radikální zvraty v rozsahu a kvalitě sociální ochrany nepřipadaly v úvahu, nicméně výrazné přizpůsobení systému novým podmínkám bylo považováno za nutné.“ (Večerník, 2005, s. 863).* Negativní dopady společenských změn si žádaly zřízení nové koncepce komplexního systému sociálního zabezpečení.

Po dlouhá léta si MPSV drželo silnou centrální pozici. S postupem všech změn bylo nutné přejít z centralizované správy k decentralizované, nahradit státní paternalismus občanskou participací a umožnit dalším subjektům vstup na pole sociální politiky. (Kotous a spol., 2013) Z počátku 90. let byly přijaty nejdůležitější sociální zákony<sup>1</sup> a byla vytvořena záchranná sociální síť. Sociální ochrana<sup>2</sup> byla realizována prostřednictvím nově vystavěných institucí (např. ÚP ČR, VZP ČR a další pojišťovny aj). Rychlých změn také nabírala zdravotní politika. *„Vedle rozvoje medicínsko-farmaceutického průmyslu či soukromých poskytovatelů zdravotní péče byl hlavním předělem v historii českého zdravotnického systému vznik veřejného nestátního zdravotního pojištění.“ (Řezníčková, 2015: s. 16)*

---

<sup>1</sup> Z. č. 463/1991 Sb., o životním minimu, z. č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, z. č. 482/1991 Sb., O sociální potřebnosti a následně z. č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, z. č. 42/1994 Sb., o penzijním připojištění se státním příspěvkem a z. č. 17/1995 Sb., o státní sociální podpoře.

<sup>2</sup> Přijetí termínu „sociální ochrana“ dle ustanovení Maastrichtské smlouvy v roce 1992.



Jeden z posledních významných dokumentů v oblasti sociální politiky byl programový dokument „Sociální doktrína České republiky,, vymežující poslání, funkce, hodnotová východiska a priority české sociální politiky.

3. Reforma veřejné správy a vláda sociální demokracie.

*„Tyto (1998 – 2006) roky jsou charakteristické obdobím vlády sociální demokracie, která přirozeně ve svých programech deklaruje velký význam sociální politiky státu.“*

(Kotous a kol., 2013: s. 96) Otázkou zde je, proč potřeby sociální politiky vycházejí z potřeb vrcholné státní administrativy a ne z potřeb příjemců. Koncepce jednotlivých oblastí sociální politiky, díky rozdílným ideologiím různých politických stran, postrádá dlouhodobý charakter, který je předpokladem funkčního systému.

Pro sociální politiku byla také zásadní transformace veřejné správy. V letech 2000 – 2003 vznikly nově samosprávné celky krajů a obcí s rozšířenou působností.

Se vstupem do Evropské unie začíná opětovně sílit vliv mezinárodních organizací (OECD, MOP, WB či MMF). Rozpolcenost doporučení stabilizovat sociální podmínky díky finanční podpoře z EU příliš nekoresponduje s dalšími ustanoveními „... k opakovanému nabádání k úspornosti, snížení státního deficitu a nastartování reformy sociálních dávek a důchodového systému.“ (Večerník, 2005: s. 876)

4. Období přípravy a diskusí o z. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Na základě několikaleté přípravy, pilotních projektů a mezinárodní podpory vzniká zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Jeho účinnost počíná začátkem roku 2007. Jednalo se o rámcový dokument, který komplexně vymezuje sociální tematiku. Uplatněním principu decentralizace a dekoncentrace se i další subjekty staly poskytovateli sociální ochrany. Vznikly nové služby, které dříve neexistovaly, katalogizovány v Registru poskytovatelů sociálních služeb, dávka Příspěvek na péči a standardy kvality poskytovaných služeb, které udávaly minimální standard poskytovaných služeb. K profesionalizaci sociální práce přispělo také normativní vymezení kvalifikačních předpokladů pro výkon jednotlivých povolání v sociálních službách a vznikla dnes již největší profesní organizace sdružující poskytovatele sociálních služeb. I přes všechny novely je zákon stále neúplný, umožňuje různé varianty výkladu a mnoho oblastí není komplexně regulováno (např. poskytování zdravotní péče v zařízení sociálních služeb).

## 5. Hodnocení aplikace zákona o sociálních službách v praxi

Změnou právních norem byly pozměněny i rozpočtová pravidla pro přidělování dotací. Příspěvkové organizace s nemožností vytvářet si vlastní zisk se staly jedněmi z nejčastějších poskytovatelů sociální péče. Donátory se nově stávají krajské a obecní úřady s rozšířenou působností. Plátcí zdravotní péče zdravotní pojišťovny. Slibované efektivity a transparentnosti není však dosahováno, jak uvádí Průša (2008) a Víšek, Průša (2012) ve svých publikacích<sup>3</sup> monitorujících vývoj financování sociální péče mezi lety 2007 – 2010.

Od roku 2007 je významnou položkou v rozpočtu převážně pobytových sociálních služeb, které jsou nejnákladnější, Příspěvek na péči (rok 2009 - 44,3% Průša, 2010) a úhrady zdravotních pojišťoven (rok 2010 - 5%) a v zanedbatelné míře i úhrady z Úřadů práce ČR (dále jen ÚP ČR) (rok 2010 - 0,25%).<sup>4</sup> Pobytové sociální služby zajišťují služby pro necelé 2% seniorské populace. Dotace mají klesající tendenci, což služby existenciálně ohrožuje. Paradoxně pak zní vymezení pomoci v důvodové zprávě, aby efektivním způsobem vyhovovala potřebě člověka a nikoliv „potřebám“ systému.<sup>5</sup> Sociální politika se spíše nese v duchu harmonizace s evropským liberálně orientovaným právem, k jehož členství jsme se zavázali.

## 6. Nově vzniklé problémy

S vývojem času právní vymezení teorie se do značné míry neshoduje s praxí a také ji činí nejasnou a komplikovanou. Nejpálčivějším problémem je financování, které má několik rozměrů. Zdroje financování jsou nejisté (zálohově hrazená zdravotní péče, krátkodobé strategie podporovaných služeb, omezené zdroje z evropských grantů aj). Strategie vývoje sociální politiky není určována cíli, ke kterým bychom chtěli jako společnost dojít, ale nástrojem, který vše určuje. V rámci tržního liberálního pojetí vyvstává otázka, na kolik je veřejným zájmem sociální politiku podporovat. Čí hodnoty a zájmy jsou v procesech sociální politiky realizovány a zastupovány? Z čeho pramení změny právních norem? Je to z reakce na zlepšení podmínek příjemců sociální ochrany nebo z nutnosti reagovat s danou ekonomikou a zájmy politiky?

---

<sup>3</sup> VÍŠEK, P. a L. PRŮŠA. *Optimalizace sociálních služeb*. 2012; PRŮŠA, L. *Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory*. 2008

<sup>4</sup> Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči, MPSV 2010

<sup>5</sup> Důvodová zpráva zákona o sociálních službách.

Základem funkčnosti systému, by měla být komunikace na základě dialogu zúčastněných aktérů. Smluvní vztahy mezi zainteresovanými stranami tyto rysy však nevykazují.

Vedle existenciálních problémů jsou tu i problémy technického charakteru. Ve snaze poskytovat kvalitní pobytové sociální služby byla stanovena zákonná opatření, která jsou velmi administrativně náročná nejen pro management, ale i pro personál přímé péče. Konkrétně se jedná o vykazování výkonů na VZP ČR, monitorování úkonů péče, vedení písemných záznamů individuálního plánování průběhu poskytované služby, zpracovávání statistických ukazatelů a výkazů za dané období, vytváření metodik, pracovních postupů a vnitřních směrnic, sestavování rozpočtů, podávání žádosti o dotaci a další časově náročné úkony písemného charakteru. Přímá práce s příjemci služby je až druhotnou činností.

V neposlední řadě i rozšíření subjektů poskytovatelů sociální péče se jeví hlavně v současné době hodně problematické (neregistrovaní poskytovatelé sociálních služeb). Navíc stav současného legislativního rámce už není postačující pro aktuální potřeby vývoje cílové skupiny sociální péče. Nově se k řešení nabízejí otázky, jací aktéři mají zajišťovat sociální (a zdravotní) politiku týkající se stárnoucí populace a její stále se zvyšující nároky na důstojné a kvalitní zabezpečení.<sup>6</sup>

## 7. Liberální demokracie a občanská participace

Jak socialismus, tak i neoliberalismus občanskou participaci, solidaritu a ochotu pomoci druhému spíše zaslepují. Liberálně orientovaná společnost založená na individualismu a sobectví nemá čas, ani prostor pro aktivity, které jsou založené pouze na nemateriálních hodnotách. Důkazem mohou být (ne)realizované dobrovolné sociálně orientované aktivity. Přesto lze poukázat na funkční existenci občanské společnosti zastoupené např. třetím sektorem. Apel na kritické přijímání nových hodnot utvářejících náš životní postoj by měl být aktuálnějším než kdy jindy.

Problematicčnost a důvod, proč se tímto tématem zabývat, je fakt, že vývoj sociální politiky v oblasti poskytování zdravotní péče v pobytových sociálních službách není v souladu s potřebami příjemců služby ani takto nebyl původně zamýšlen. Sociální

---

<sup>6</sup> Nároky a náklady na zajištění sociální a zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb se stále zvyšují.

služby sociální péče nelze z důvodu hlavně ekonomicko-politických vlivů realizovat v souladu se zákonem o sociálních službách a požadovanou kvalitou zdravotní péče.

Zdůvodnění výběru tématu dané problematiky vychází z osobního zájmu a z profesních zkušeností z pobytového zařízení sociálních služeb pro seniory. Během několikaleté praxe poskytování sociální služby jsou spatřovány stále se opakující problematické oblasti, které nejsou adekvátně řešeny, a proto nevyhovují aktuálním potřebám příjemců služby.

***Výzkumný problém je kritická reflexe vývoje sociální politiky v oblasti poskytování zdravotní péče v pobytových sociálních službách.***

## **B. Cíle diplomové práce**

Primárním cílem diplomové práce je posoudit, zda vývoj zdravotní péče v pobytových sociálních službách je ovlivněn potřebami příjemců služeb nebo jinými veřejně-politickými vlivy.

Sekundární cíle práce jsou dále zaměřeny na jednotlivé dílčí oblasti, které vedou k objasnění primárního cíle. Jedná se především o:

- Identifikaci cílové skupiny využívající pobytových sociálních služeb a jejich potřeby v oblasti zdravotní péče.
- Kritickou reflexi kontroverzních faktorů, které ztěžují výkon sociální práce v pobytových sociálních zařízeních.
- Exploraci příčinné souvislosti mezi vývojem kvality a výsledků pobytových sociálních služeb a danou politikou státu.
- Vymezení aktuálních mezinárodních trendů poskytovatelů pobytových sociálních služeb vzhledem ke stárnoucí populaci se stále se zvyšujícími nároky na sociální a zdravotní péči.

## **C. Výzkumné otázky**

- Změnila se cílová skupina v zařízeních sociálních služeb během času, kdo je uživatelé sociálních služeb?
- Které faktory způsobují neurčitost, nestanovují jasné kompetence a vedou k nadměrné administrativní zátěži?
- Jaká je spolupráce zainteresovaných aktérů v případě řešení dlouhodobé péče?
- Které nástroje sociální politiky vedou ke kontroverzním situacím, tj. k rozporu

mezi cílem z. č. 108/2006 Sb. a provozním zajištěním úrovně poskytovaných služeb?

- Existuje shoda přístupu ČR k tvorbě a realizaci sociální politiky v oblasti institucionalizovaných sociálních služeb?
- Je nastavení politiky pobytových sociálních služeb ovlivněno liberálně orientovanými mezinárodními dokumenty?
- Je možné zdravotní péči a tzv. dlouhodobou péči od sebe v praxi oddělit?
- Jsou zařízení sociálních služeb v poskytování zdravotních služeb diskriminovány v porovnání s jinými (zdravotními) poskytovateli?

#### **D. Teoretická východiska**

Teoretická východiska diplomové práce vycházejí z teorií, které vymezují jak širší veřejně politický kontext vývoje naší společnosti, tak i definují současný stav sociálních a zdravotních služeb. Především se jedná o ukotvení politického systému v České republice v rámci teorie sociálního státu (Pierson, 1994; Večeřa, 2001; Morawsky, 2005; Keller, 2005; Soderstrom, 2008), pojetí neoliberalismu (Heywood 2008), institucionální teorie (Mlčoch 1997; Guy Peters, 2000, Mlčoch, Machonin, Sojka, 2000; Mimrová, 2010; Bureš 2012) a teorie transformace (Potůček, Purkrábek, Háva 1994; Večerník, 1997, 2002; Havelka, Müller 1996; Klusoň 2007), teorie tvorby veřejné sociální a zdravotní politiky (Potůček, 2006; Čabanová, Háva, 2008; Krebs 2010) a mezinárodních dokumentů EU, WHO, OECD. K hodnocení, komparaci a analýze sociálního a zdravotnického práva jsou použity především právní normy, a to z. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách se zaměřením na dlouhodobou péči (Háva, 2013; Valková, Kosejková, Holmerová, 2010).

#### **E. Výzkumný plán**

Diplomová práce bude obsahovat teoretický koncept dané problematiky a analytickou část založenou na empirických datech. K sběru dat bude použito více metod, aby bylo možné zkoumaný problém analyzovat z různých hledisek, od tvůrců politik až po příjemce sociálních pobytových služeb.

K reflexi kontroverzního vývoje sociální politiky v oblasti pobytových služeb a poskytování zdravotní péče je využito nejprve:

- analýza ideových, právních, zájmových, ekonomických a ideologických východisek přípravy z. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách;
- analýzy sítě aktérů;
- interpretace právních norem;
- obsahové analýzy systému vykazování zdravotní péče.

Dále je využita institucionální analýza k exploraci příčinné souvislosti mezi vývojem kvality a výsledků pobytových sociálních služeb a danou politikou státu. Použita je také srovnávací analýza k posouzení shody tvorby a realizace české sociální politiky v oblasti institucionalizovaných sociálních služeb a mezinárodních dokumentů.

Hodnocení aplikace zákona se zaměřením na poskytované zdravotní služby je zjišťováno kritickou diskurzivní analýzou, která je v současné době intenzivně realizována. K celkovému doplnění dat je využito zúčastněného pozorování vývoje sociální politiky v oblasti dlouhodobé péče, sociálních služeb a poskytování zdravotní péče v zařízení sociálních služeb a osobní rozhovory se zainteresovanými aktéry.

## F. Seznam odborné literatury a zdrojů empirických dat

BUREŠ, J. *Česká demokracie po roce 1989: institucionální základy českého politického systému*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4283-0.

ČABANOVÁ, B, a P. Háva. *Spravedlnost a solidarita v oblasti sociálně zdravotnických služeb: [sborník teoretických příspěvků]*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2008. ISBN 978-80-86973-13-5.

HÁVA, P. *Diskurz reformy dlouhodobé péče v ČR v letech 2010-2012*. Praha: Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví, 2013. ISBN 1213-6050. ISSN 1213 - 6050.

HAVELKA, M, a K. MULLER. SOCIOLOGICKÝ ÚSTAV AV, INSTITUT ZÁKLADŮ VZDĚLANOSTI UK. *Procesy transformace a teorie modernizace*. Praha: Sociologický ústav AV, 1996, 143-157. Dostupné z:

[http://sreview.soc.cas.cz/uploads/644946fa420d7aec71712ff7c9fc0bdc9d00fc06\\_303\\_143HAVMU.pdf](http://sreview.soc.cas.cz/uploads/644946fa420d7aec71712ff7c9fc0bdc9d00fc06_303_143HAVMU.pdf)

HEYWOOD, A. *Politické ideologie*. 4. vyd. Plzeň: Aleš Čeněk, 2008. ISBN 978-80-7380-137-3.

KELLER, J. *Soumrak sociálního státu*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 8086429415.

KOTOUS, J, G. MUNKOVÁ a M. ŠTEFKO. *Obecné otázky sociální politiky*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2013, 1 online zdroj. Ediční řada Ústavu státu a práva AV ČR. ISBN 978-80-87439-08-1.

Dostupné z: <http://www.ilaw.cas.cz/get.php?file=data/files/epub/Obecne+otazky+socialni+politiky.pdf>

KREBS, V. *Sociální politika*. 5., přeprac. a aktual. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. ISBN 978-80-7357-585-4.

MIMROVÁ, K. *Přínos institucionální ekonomie k hodnocení transformačního procesu v zemích střední Evropy* [online]. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2010. Vedoucí práce Karel Svoboda.

MLČOCH, L. *Institucionální ekonomie: učební text pro studenty vysokých škol*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-270-2.

MLČOCH, L, P. MACHONIN a M. SOJKA. *Ekonomické a společenské změny v české společnosti po roce 1989: alternativní pohled*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0119-2.

MORAWSKI, W. *Ekonomická sociologie: [problémy, teorie, empirie]*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. ISBN 80-86429-43-1.

ODBOR SOCIÁLNÍCH SLUŽEB A SOCIÁLNÍHO ZAČLEŇOVÁNÍ, MPSV. *Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči*. Praha, 2010. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/9198/Analyza\\_fin\\_SS.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/9198/Analyza_fin_SS.pdf)

PIERSON, P. *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher and the politics of Retrenchment*. Cambridge University Press, Cambridge, 1994

PETERS, B. G. INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES, VIENNA. *Institutional Theory: Problems and Prospects*. 2000.

POTŮČEK, M. *Konceptuální základy strategického vládnutí* [online]. Praha: FSV UK, 2006.

POTŮČEK, M, M. PURKRÁBEK, P. HÁVA. *Analýza událostí veřejné politiky v České republice: soubor analýz událostí veřejné politiky po roce 1989*. 1. vyd. Praha: Vesmír, 1994. ISBN 80-85977-01-x.

PRŮŠA, L. *Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2008. ISBN 978-80-7416-018-9.

PRŮŠA, L. a kol. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: VÚPSV, 2010. ISBN 978-80-7416-048-6.

SOCIÁLNÍ REVUE. *Zákon o sociálních službách 2005 - ÚPLNÝ PRŮVODCE*. Velká Británie - online, 2006. Dostupné z: <http://socialnirevue.cz/item/zakon-o-socialnich-sluzbach-2005-uplny-pruvodce>

SODERSTROM, L. *The economics of social protection*. Northampton, MA: Edward Elgar, 2008. ISBN 18-472-0239-X.

SCHOPNOSTI ČESKÉ EKONOMIKY. *Washingtonský konsenzus v české ekonomické praxi 90. let*. Working paper č. 6/2005. Brno, 2005. Dostupné z:

<http://is.muni.cz/do/1456/soubory/oddeleni/centrum/papers/wp2005-06.pdf>

ŠVIHLÍKOVÁ, I. *Globalizace a krize: souvislosti a scénáře*. Grimmus, 2010.

VÁLKOVÁ, M, a M. KOSEJKOVÁ, I. HOLMEROVÁ. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. 1. vyd. Praha: MPSV, 2010. ISBN 978-807-4210-211. Dostupné z:

[http://www.noviny-mpsv.cz/files/clanky/9597/dlouhodobost\\_pece\\_CR.pdf](http://www.noviny-mpsv.cz/files/clanky/9597/dlouhodobost_pece_CR.pdf)

VEČERNÍK, J. Transformační procesy v socio-ekonomické perspektivě. In: *Sociologický časopis* [online]. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 1997 [cit. 2015-06-02]. ISSN 0038-0288. Dostupné z: [http://sreview.soc.cas.cz/uploads/eebf7da23c8ef94960fe8d86f79ab426efe283eb\\_257\\_259VECER.pdf](http://sreview.soc.cas.cz/uploads/eebf7da23c8ef94960fe8d86f79ab426efe283eb_257_259VECER.pdf)

VEČERNÍK, J. SBORNÍK PRACÍ SOCIÁLNÍCH STUDIÍ BRNĚNSKÉ UNIVERZITY SOCIÁLNÍHO STUDIA 8. *Česká sociální reforma - dlouhodobě udržitelná stagnace?*. Praha: Sociologický ústav AV ČR. 2002, 106-120. Dostupné z: <http://socstudia.fss.muni.cz/dokumenty/080228113622.pdf>

VEČERNÍK, J. Výzkum společenské transformace a česká sociologie. In: *Sociologický časopis* [online]. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2002 [cit. 2015-06-02]. ISSN 0038-0288. Dostupné z: [http://sreview.soc.cas.cz/uploads/70180f0896b46232ec80f773249c5c02b5d5b6d4\\_125\\_vecernik%201-2-02.pdf](http://sreview.soc.cas.cz/uploads/70180f0896b46232ec80f773249c5c02b5d5b6d4_125_vecernik%201-2-02.pdf)

VEČERNÍK, J. Proměny a problémy české sociální politiky. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, 2005, 05: 863-880.

VEČEŘA, M. *Sociální stát: východiska a přístupy*. 2., upravené vyd., dotisk. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001. ISBN 80-85850-16-8.

VÍŠEK, P, a L. PRŮŠA. *Optimalizace sociálních služeb*. 1. vyd. Praha: Národní centrum sociálních studií, 2012. ISBN 978-80-7416-099-8.

ZNOJ, M, J. BÍBA a J. VARGOVČÍKOVÁ. *Demokracie v postliberální konstelaci* [online]. První vydání. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2878-3.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, důvodová zpráva zákona

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

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

Webové portály ČSSZ, MPSV, CZSO.

## **G. Předběžná náplň práce**

Diplomová práce „Kontroverzní vývoj sociální politiky v oblasti poskytování zdravotní péče v pobytových sociálních službách“ pojednává o problematickém vývoji sociální politiky v oblasti financování zdravotní péče v pobytových sociálních zařízeních. Vzhledem ke stále se zvyšujícím nárokům (zdravotní péče) příjemců sociální služby je potřeba adekvátně reagovat na tyto požadavky. Sociální služby jsou službami veřejného sektoru. Existence a vývoj těchto služeb je závislý na koncepci státní politiky České republiky a na vlivech dalších mezinárodních institucí, jejichž jsme členem.

Nedostatečné financování zdravotní péče v zařízeních pobytových sociálních služeb je jeden z nejpálčivějších a nejaktuálnějších problémů diskutovaných na půdě politického spektra.

Cílem práce je posoudit, jaké vlivy vedou k rozporu s cílem z. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, zabezpečit s požadovanou kvalitou zdravotní péči.

Nástroje a kontroverzní faktory, které ztěžují výkon sociální práce v pobytových sociálních zařízeních a příčinné souvislosti mezi vývojem kvality a výsledky pobytových sociálních služeb a danou politikou státu budou zjišťovány analytickými metodami sběru dat.

Práce je zasazena do několika teoretických konceptů. Především se opírá o teorii sociálního státu, teorii neoliberaslimu a institucionální teorie.

## **H. Podpisy studenta a vedoucího práce**



# Obsah

<b>OBSAH .....</b>	<b>1</b>
<b>1. ÚVOD DO PROBLEMATIKY V ŠIRŠÍM SPOLEČENSKÉM KONTEXTU .....</b>	<b>2</b>
<b>2. VSTUPNÍ ANALÝZA VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU.....</b>	<b>12</b>
2.1 VÝVOJ SOCIÁLNÍ A ZDRAVOTNÍ POLITIKY V OBDOBÍ 1989 – 2006 .....	15
2.2 VÝVOJ ČESKÉ SOCIÁLNÍ A ZDRAVOTNÍ POLITIKY V KONTEXTU LIDSKÝCH PRÁV .....	28
2.3 SOUČASNÝ SYSTÉM SOCIÁLNÍ PÉČE V ČR PO PŘIJETÍ Z. Č. 108/2006 SB., O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH 33	
2.3.1 <i>Organizace a financování sociální péče</i> .....	33
2.4 SYSTÉM ČESKÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE PO ROCE 2006 .....	35
2.4.1 <i>Organizace a financování zdravotní péče</i> .....	35
2.4.2 <i>Diskurz sociálně - zdravotní péče v mezinárodním kontextu</i> .....	38
2.5 KONTROVERZNÍ FAKTORY SYSTÉMU SOCIÁLNÍ A ZDRAVOTNÍ PÉČE .....	41
2.5.1 <i>Oblast odpovědnosti</i> .....	43
2.5.2 <i>Oblast organizace a financování</i> .....	47
2.5.3 <i>Oblast kvality</i> .....	52
<b>3. CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY DIPLOMOVÉ PRÁCE .....</b>	<b>56</b>
<b>4. METODY PRÁCE.....</b>	<b>58</b>
4.1 METODY SBĚRU DAT .....	59
4.2 METODY VÝZKUMU.....	60
4.2.1 <i>Institucionální analýza</i> .....	60
4.2.2 <i>Diskurzivní analýza a kritická diskurzivní analýza</i> .....	62
4.2.3 <i>Interpretace právních norem</i> .....	64
<b>5. TEORETICKÁ VÝCHODISKA .....</b>	<b>65</b>
5.1 TEORIE INSTITUCIONÁLNÍ ZMĚNY .....	66
5.2 MODEL VEŘEJNĚ POLITICKÉHO PROCESU .....	68
5.3 POJEM VEŘEJNÝ ZÁJEM .....	70
5.4 EKONOMIE ZDRAVÍ, TEORIE ÚHRAD ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB.....	72
<b>6. VÝZKUMNÁ ČÁST - INSTITUCIONÁLNÍ ANALÝZA VÝVOJE .....</b>	<b>73</b>
6.1 IDEOVÁ VÝCHODISKA PŘÍPRAVY Z. Č. 108/2006 SB. V OBDOBÍ 1989 – 2006 .....	74
6.2 PROBLÉMY IMPLEMENTACE A DALŠÍ VÝVOJ INSTITUCIONÁLNÍHO RÁMCE SOCIÁLNĚ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB V OBDOBÍ 2007 – 2015 .....	88
6.3 ZJIŠŤOVÁNÍ PŘÍČIN PROBLÉMU FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE V PZSS V LETECH 2007 – 2015... 109	
6.4 PŘÍPRAVA VĚCNÉHO ZÁMĚRU ZÁKONA O DLOUHODOBÉ PÉČI 2009 – 2012 (MPSV) .....	133
6.5 NÁVRH VĚCNÉHO ZÁMĚRU ZÁKONA O LTC (2009 – 2012) - PŘERUŠENÍ LEGISLATIVNÍ RADOU VLÁDY .....	141
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>149</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>151</b>
<b>POUŽITÁ LITERATURA.....</b>	<b>153</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>169</b>
<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>170</b>

## 1. Úvod do problematiky v širším společenském kontextu

To, v jaké formě a kvalitě jsou dnes poskytovány zdravotní služby a sociální péče, je obrazem politického, ekonomického, sociologického a kulturní vývoje společnosti po roce 1989. Vybrané milníky vývoje, s nimiž souvisely změny, které nastaly po roce 1989, ať už politické, ekonomické, kulturní, občanské aj., jsou zachyceny v přehledu tab. č. 1.

Bližší porozumění těmto změnám se však neobejde bez souvisejícího historického pohledu na vývoj sociálního státu a nástrojů sociálního zabezpečení a jejich kontextu, jaký nám nabízí např. (Castles a kol., 2010: s. 61 - 82; Baldock a kol., 1999). Naše současná situace budování kapitalismu v České republice (dále jen ČR) po roce 1990 má řadu zajímavých podobností s vývojem sociálního státu v 19. a 20. století v kontextu industrializace, vývoje role moderního státu, demokracie a lidských práv. Z hlediska historie je patrné, že lidské povahy a jejich jednání neprodělaly za posledních několik tisíc let zásadní změny a mnohé přístupy aktérů jsou v průběhu historie velice podobné. Díky vývoji historického poznání, stejně jako ostatních společenských věd, je nám nyní umožněna hlubší interpretace vzniku a vývoje sociálního státu.

Kontext 20. století (Věk extrémů podle Hobsbawna) přinesl děsivé zkušenosti. Jejich příčiny spočívaly v lidském jednání ve spojitosti s vývojem demokracie a se změnami používaných pravidel (institucí). Užitečným zdrojem porozumění nám zde je institucionální teorie (Tang, 2011), která nám otevírá podstatně efektivnější cestu k porozumění naší současnosti, než jakou nám nabídla pro veřejný diskurz transformačních změn neoklasická ekonomie s řadou zjednodušujících přístupů na počátku 90. let. (Večerník, 1997; Sojka, 2008)

Události druhé světové války vedly k zhoršení všech aspektů lidského a sociálního života s následkem vyvlastnění od ekonomicko-politických až po duchovní výtoky naší společnosti. (Mlčoch, Machonin, Sojka, 2000) Následně na základě vztahů započínající studené války, jsme neměli možnost navázat na předválečnou tradici a následovalo několik desítek let období komunismu ve sféře vlivu SSSR. (Potůček, 1995)

Sociální a zdravotní politika se i přes snahy o jejich modernizaci staly v kontextu důrazu na ekonomickou produkci „zbytkovými oblastmi“. Sociální politika byla založena na systému plné zaměstnanosti. Povinnost a zároveň právo pracovat bylo těsně spjato se sociálním statutem osoby. Stát se snažil zastat všechny funkce sociální

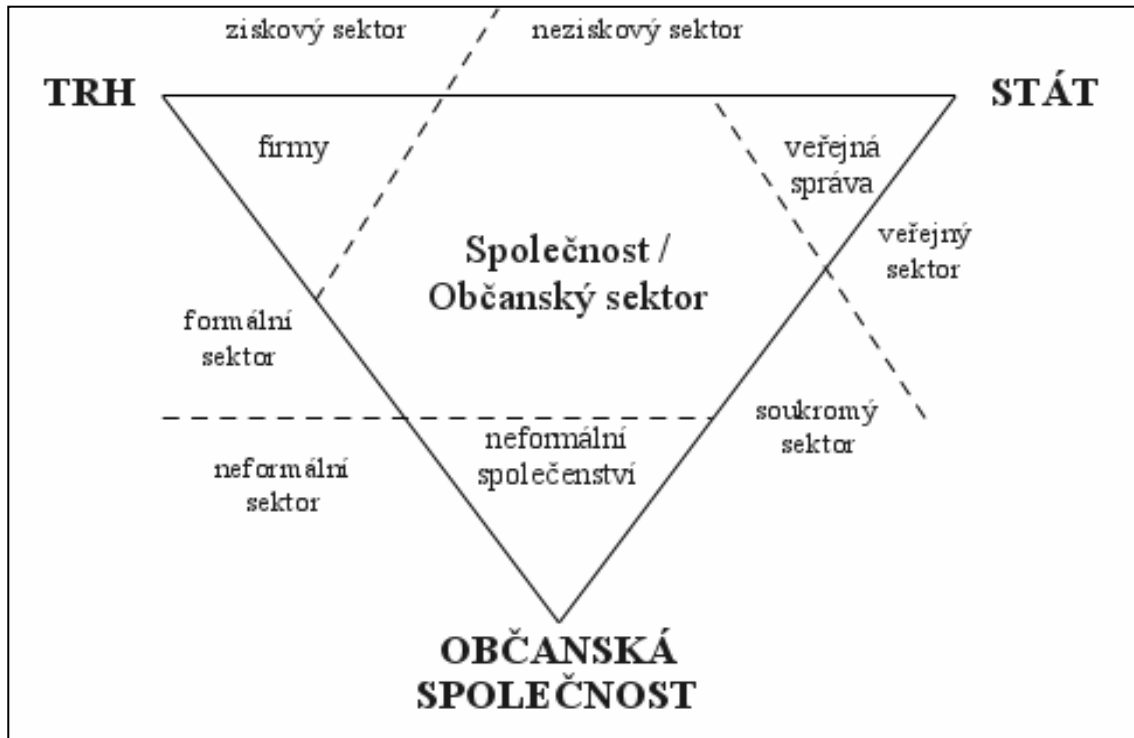
politiky bez možnosti občanské participace. (Potůček, 1995) Stát zde měl monopolní postavení na poli netržní ekonomiky a socialistického vlastnictví. Náš současný pohled na vývoj v letech 1948 – 1989 však nelze zjednodušovat. Po krutých časných 50. letech stalinismu došlo v 60. letech k uvolnění (avšak i tento vývoj nebyl jednoduchý, byl spojen s hospodářskými problémy a jejich dlouho odkládaným řešením), jež vyústilo až do pražského jara 1968, násilně přerušeno vojenskou intervencí. I v průběhu následné normalizace nelze nevnímat např. pozitivní mezinárodní vliv Helsinského procesu a kontext přijetí dvou významných dokumentů mezinárodního práva (Mezinárodní pakt o občanských a politických právech a Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech), jež byly Československou republikou ratifikovány v roce 1976.

Změny po roce 1989 se nesou v duchu idejí neoliberalismu, naprosto nového a nezmapovaného systému. *„Tak jako v jiných reformních zemích ani v České republice nebyl po roce 1989 k dispozici žádný jasný koncept, jak provázaně rozvíjet ekonomickou a sociální sféru.“* (Večerník, 2002: s. 106) Ideový vliv Washingtonského konsensu a neoliberalismu v tomto období převážil nad zkušenostmi států západní Evropy se sociálně tržním přístupem. Došlo tedy k obdobnému vývoji jako při realizaci myšlenky evropské integrace po druhé světové válce, a sice k převaze ekonomické integrace. *„Teorie přechodu však nevznikly na zelené louce. Byly vytvořeny v rámci západních společenských věd jako jejich více méně organický doplněk pokrývající novou oblast.“* (Mlčoch, Machonin, Sojka, 2000: s. 12) V rámci rychlých změn (ekonomicko-politických) nebylo možné vybudovat odpovídající konceptuální rámec, který je zapotřebí. Inspirace konceptuálního rámce byla proto převzata více méně ze západu než tvořena v samotných tranzitivních zemích. (Večerník, 2002; Švihlíková, 2010). Zahrnující tržní ekonomický systém založený na poptávce a nabídce, otevření se zahraničnímu obchodu, inflaci, privatizaci, zavedení nové formy osobního vlastnictví, vznik nových sociálních událostí (např. nezaměstnanost) aj. V neposlední řadě přijetí dlouho očekávané demokracie podporující práva a svobody svých občanů nejen na osobní rovině, ale i rovině politicko-společenské např. při svobodných volbách. *„Zatím co v politice a mezinárodních vztazích dominuje neokonzervatismus, v ekonomice je to neoliberalismus. Vychází z klasické ekonomie a aplikuje tezi „homo ekonomikus“ na všechny sféry života.“* (Švihlíková, 2010: s. 14)

Změny však nelze chápat pouze na úrovni makroekonomické a politické stabilizace společnosti, ale je také třeba uvědomit si změny na úrovni běžného života

člověka. Z pohledu institucionální ekonomie je podstatné pro nastavení funkčního systému uvědomit si, že „východiskem není atomistický, izolovaný a ahistorický „homo economicus“, ale člověk rodící se do celé sítě sociálních institucí, nejen právních, ale i neformálních (zvyků, ustálených vzorců chování).“ (Mlčoch, 2005: s. 11), (Petrušek, 1992 in Mlčoch, Machonin, Sojka, 2000)

**Obr. 1 Vztah trhu, státu a občanského sektoru jako regulátorů života společnosti**

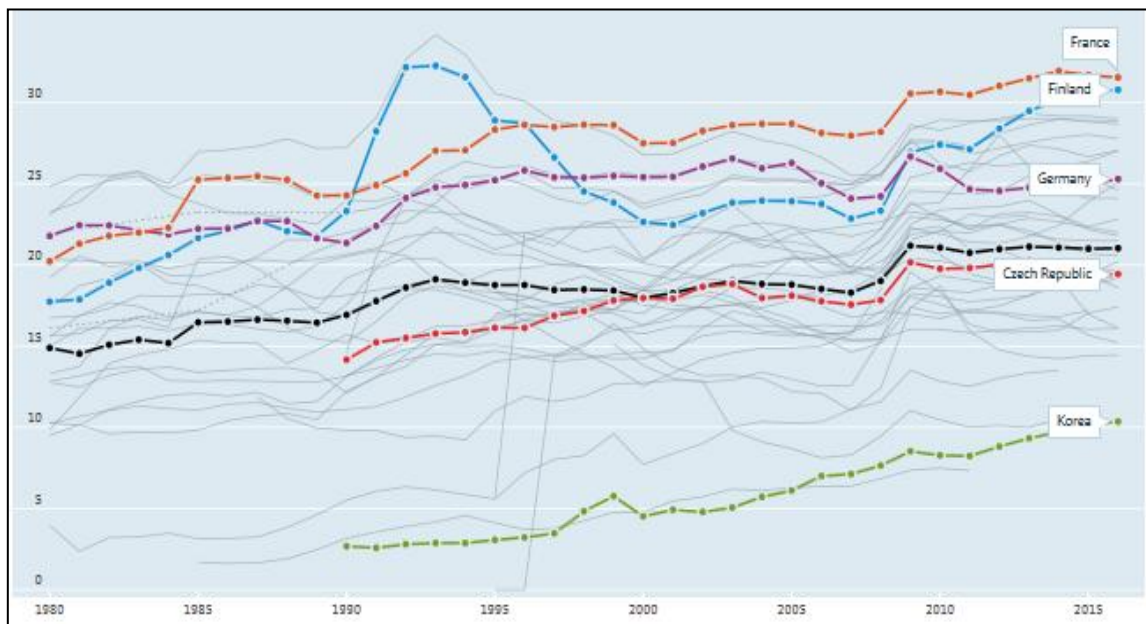


Zdroj: Abrahamson 1995 by Potůček, Musil, Mašková, 2008

90. léta se vyznačují neoliberálními zásahy po vzoru Washingtonského konsenzu, apelujícím na tržní ekonomiku podporovanou Mezinárodním měnovým fondem (dále jen IMF), Světovou bankou (dále jen WB) a kapitolu USA s heslem „nejvyšší možná liberalizace; rychlá privatizace a tvrdá fiskální a měnová politika“. (Švihlíková, 2010) V ČSR realizováno řadou reforem s cílem decentralizace, privatizace, nově získanou autonomií s širokým spektrem práv. Tyto zásahy vedly k výraznému omezení státní moci a nově nastoleným nepříliš vnímaným sociálním důsledkům. Omezení veřejných výdajů na úkor ekonomického růstu se tak projevilo hlavně u nejchudší vrstvy obyvatelstva a dalším selháním tržního fundamentalismu v podobě nelegálních praktik během privatizace. (Švihlíková, 2010)

Hlavními rysy institucionálního vývoje transformace bylo snížit výdaje sociální a zdravotní politiky vzhledem k poklesu ekonomické produkce a nárůstu inflace (Potůček, Radičová, 1998). Nárůst dluhu státních financí<sup>7</sup> ČR si stále více žádal snížení širokého spektra povinných výdajů, i když vývoj stavu HDP na sociální a zdravotní výdaje nedosahoval ani průměru zemí OECD nebo hodnot jiných evropských zemí (vyjma např. Korey).

**Graf č. 1 Veřejné sociální výdaje v % k HDP 1990 – 2015**



Zdroj: OECD, dostupné z: <https://data.oecd.org/socialexp/social-spending.htm>

Nárůst výdajů na sociální a zdravotní systém je v ČR velice pozvolný a v porovnání s jinými státy a průměrem zemí v OECD i několikrát nižší. Výdaje na sociální a zdravotní politiku jsou v mezinárodním i evropském měřítku podhodnocené.

<sup>7</sup> Státní dluh celkem v roce 1993 – 158,8; rok 2014 – 1663,7 mld. Kč, zdroj: <http://www.mfcr.cz/cs/verejny-sektor/rizeni-statniho-dluhu/dluhova-statistika/struktura-a-vyvoj-statniho-dluhu>

Tab. č. 2 Veřejné sociální výdaje v % k HDP 2000 – 2015

Location	▼ 2000	▼ 2001	▼ 2002	▼ 2003	▼ 2004	▼ 2005	▼ 2006	▼ 2007	▼ 2008	▼ 2009	▼ 2010	▼ 2011	▼ 2012	▼ 2013	▼ 2014	▼ 2015
Australia	18.24	17.56	17.36	17.54	17.25	16.68	15.72	15.88	17.16	16.58	16.71	17.19	17.49	18.11	18.70	18.79
Austria	25.49	25.63	25.93	26.52	26.25	25.94	25.68	25.12	25.96	27.53	27.58	26.81	27.20	27.56	27.85	28.03
Belgium	23.50	24.00	24.35	25.53	25.29	25.27	25.15	24.94	26.30	28.61	28.30	28.75	29.02	29.32	29.17	29.17
Canada	15.76	16.20	16.21	16.29	16.29	16.14	16.30	16.21	16.31	18.06	17.57	17.05	17.10	16.89	16.82	17.21
<b>Czech Republic</b>	<b>17.96</b>	<b>17.92</b>	<b>18.66</b>	<b>18.83</b>	<b>17.97</b>	<b>18.11</b>	<b>17.77</b>	<b>17.56</b>	<b>17.84</b>	<b>20.16</b>	<b>19.77</b>	<b>19.81</b>	<b>20.02</b>	<b>20.26</b>	<b>19.90</b>	<b>19.48</b>
Denmark	23.77	24.29	24.80	25.33	25.13	25.19	24.95	24.96	25.38	28.33	28.94	28.86	28.91	29.02	29.00	28.81
Estonia	13.82	13.03	12.79	11.92	13.41	12.97	12.55	12.57	15.40	19.59	18.32	16.33	15.65	15.87	15.98	17.04
Finland	22.65	22.47	23.19	23.84	23.96	23.93	23.75	22.85	23.34	26.94	27.42	27.12	28.39	29.48	30.18	30.57
<b>France</b>	<b>27.50</b>	<b>27.52</b>	<b>28.25</b>	<b>28.61</b>	<b>28.68</b>	<b>28.69</b>	<b>28.13</b>	<b>27.96</b>	<b>28.20</b>	<b>30.54</b>	<b>30.66</b>	<b>30.47</b>	<b>31.03</b>	<b>31.49</b>	<b>31.94</b>	<b>31.68</b>
<b>Germany</b>	<b>25.41</b>	<b>25.43</b>	<b>26.06</b>	<b>26.55</b>	<b>25.95</b>	<b>26.28</b>	<b>25.04</b>	<b>24.09</b>	<b>24.22</b>	<b>26.67</b>	<b>25.92</b>	<b>24.66</b>	<b>24.56</b>	<b>24.76</b>	<b>24.85</b>	<b>24.96</b>
Greece	18.38	19.68	19.18	18.98	18.94	20.42	20.40	20.89	21.41	23.72	23.83	25.92	28.01	26.04	26.08	26.39
Hungary	20.11	19.81	20.83	21.87	21.04	21.86	22.18	22.41	22.65	23.28	23.04	22.23	22.50	22.11	21.37	20.67
Chile	12.74	12.90	12.86	9.83	9.11	8.69	8.13	8.30	9.47	11.04	10.47	10.02	10.12	10.00	10.52	11.18
Ireland	14.63	14.69	16.13	17.16	16.78	15.89	15.51	14.64	15.17	17.40	17.00	17.24	17.00	16.60	16.68	15.67
Ireland	12.57	13.36	14.19	14.60	14.89	14.88	15.01	15.76	18.49	22.47	22.39	20.98	20.97	20.23	19.16	16.97
Israel	17.00	18.37	18.42	18.04	16.87	16.30	15.93	15.39	15.45	16.05	16.04	15.82	15.99	16.12	16.24	16.05
Italy	22.64	22.89	23.30	23.64	23.90	24.09	24.22	24.70	25.63	27.70	27.63	27.34	28.09	28.62	28.97	28.92
Japan	16.27	17.10	17.38	17.58	17.78	18.15	18.10	18.47	19.59	21.09	22.07	23.12	23.94	23.06	-	-
Korea	4.53	4.92	4.79	5.06	5.72	6.12	7.01	7.13	7.65	8.53	8.28	8.24	8.82	9.33	9.72	10.11
Latvia	14.84	13.71	13.19	13.22	13.03	12.21	12.10	11.05	12.41	17.95	18.71	15.91	14.77	14.38	14.23	14.41
Luxembourg	18.60	19.89	21.02	22.36	22.61	22.39	21.04	19.87	21.63	23.86	22.91	22.21	23.16	23.23	23.00	22.18
Mexico	4.78	5.47	5.74	6.21	6.13	6.28	6.37	6.38	6.84	7.36	7.50	7.35	-	-	-	-
Netherlands	18.40	18.46	19.22	20.01	19.89	20.49	20.15	19.93	19.59	21.55	22.09	21.97	22.51	22.88	22.66	22.31
New Zealand	18.46	17.82	18.17	17.68	17.38	17.81	18.52	18.10	19.35	20.41	20.25	19.87	19.90	19.27	19.37	19.67
Norway	20.40	21.23	22.72	23.66	22.30	20.75	19.49	19.61	19.15	22.29	21.92	21.41	21.34	21.77	22.45	23.91
OECD - Total	17.98	18.26	18.70	19.01	18.83	18.79	18.52	18.30	19.02	21.18	21.07	20.75	20.97	21.12	21.07	21.00
Poland	20.22	21.75	22.04	22.00	21.24	20.88	20.58	19.42	20.23	21.95	20.63	19.45	19.03	19.57	19.49	19.42
Portugal	18.51	19.00	20.32	21.36	21.69	22.33	22.06	21.77	22.22	24.58	24.48	24.36	24.53	25.50	24.52	24.10
Slovak Republic	17.85	17.26	17.41	16.65	15.92	15.83	15.57	15.32	15.38	18.36	18.05	17.73	17.91	18.10	19.32	19.41
Slovenia	22.37	22.49	22.25	21.89	21.52	21.44	21.07	19.72	19.87	22.48	23.40	23.51	23.60	23.98	23.08	22.36
Spain	19.48	19.11	19.34	19.93	20.14	20.41	20.43	20.80	22.19	25.38	25.84	26.30	26.10	26.28	26.07	25.37
Sweden	26.77	26.86	27.55	28.23	27.70	27.35	26.64	25.50	25.57	27.66	26.27	25.78	26.70	27.39	27.14	26.68
Switzerland	16.29	16.66	17.61	18.63	18.57	18.43	17.44	16.79	17.05	18.60	18.43	18.32	18.78	19.20	19.27	19.61
Turkey	7.72	8.39	9.01	10.03	10.36	10.27	10.34	11.13	11.57	13.52	12.84	12.53	13.03	13.36	13.51	-
United Kingdom	17.71	18.53	18.58	19.00	19.50	19.41	19.24	19.53	20.88	22.98	22.79	22.43	22.50	21.87	21.58	21.50
United States	14.25	14.84	15.65	15.91	15.78	15.63	15.71	15.85	15.53	18.58	19.33	19.07	18.78	18.80	18.81	18.95

Zdroj: OECD, dostupné z: <https://data.oecd.org/social-exp/social-spending.htm><sup>8</sup>

<sup>8</sup> Sociální výdaje zahrnují peněžité dávky, naturálie (zboží), služeb a daňové úlevy ke spol. účelům. Výhody mohou být zaměřeny na domácnosti s nízkými příjmy, seniory, zdravotně postižené, nemocné, nezaměstnané či mladé lidi. Sociální dávky jsou klasifikovány jako veřejné (na úrovni centrální, státní

Podrobná data vývoje HPD ČR mezi léty 1990 – 2014 jsou uvedena v příloze č. 1.

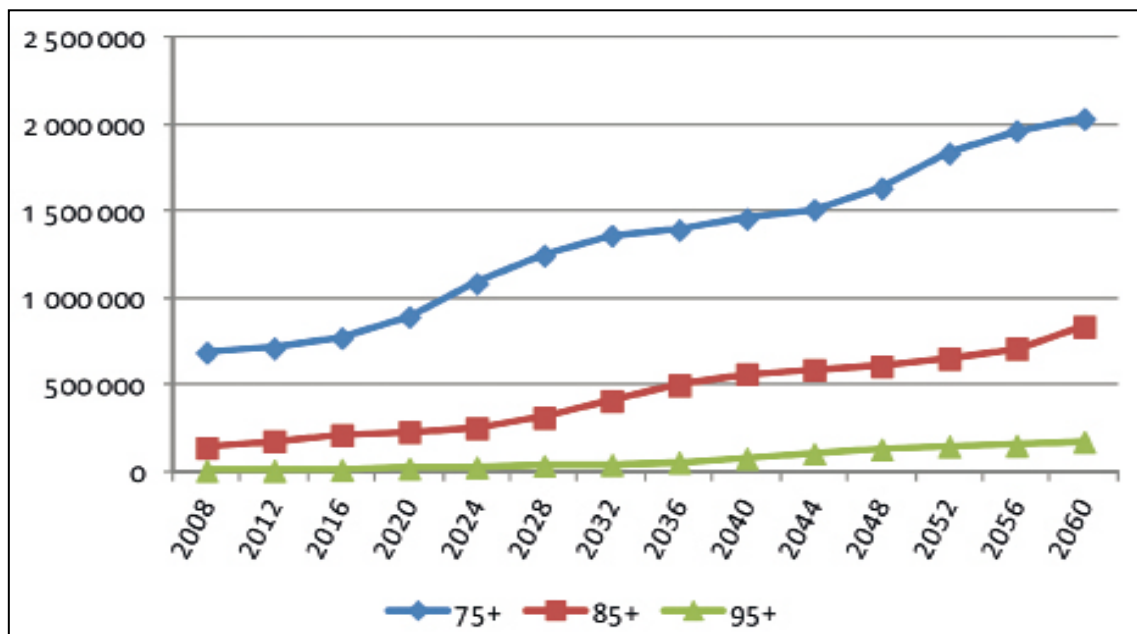
Cílem sociální politiky moderních evropských zemí je dle Tomeše „*Realizace nezadatelných lidských práv zaručených ústavou dané země. Nástroje a metody pro realizaci cíle jsou vždy determinovány historicky a geopoliticky – sociálněpolitickým a ekonomickým prostředím určitého území. Proto každý stát vytváří své konkrétní sociální instituce a určuje rozsah finančních prostředků podle svých možností a potřeb.*“ (2010: s. 25) Proto i v rámci mezinárodního srovnávání je nutné brát v úvahu odlišnost aplikovaných systémů a institucí.

Aktuálnost tohoto tématu a stále vzrůstající potřeba kvalitní a dostupné sociální a zdravotní péče je odvislá od demografického vývoje populace. Vzhledem k prognózám stárnutí populace a klesající tendenci poskytovaných dotací je komplexní institucionální zabezpečení seniorů (tzv. dlouhodobá péče) velkým problémem. „*Proces stárnutí měřený změnou podílu obyvatel ve věku nad 65 let na celku v nejbližších deseti až patnácti letech bude i nadále vykazovat značnou dynamiku v důsledku přechodu početně silných generací osob narozených ve 40. a 50. letech 20. století přes tuto věkovou hranici.*“ (Wija, 2013: s. 122) Počet seniorů ve věku 75 a více let by se měl podle prognózy příštích let přibližně ztrojnásobit. Prognózy stále se zvyšujících nároků na nutnost dostupnosti péče uvádí také Průša, kdy „... *trendy, které projekce odhaluje, zcela jednoznačně ukazují, že do r. 2025 se výrazným způsobem zvýší potřeba péče o staré občany.*“ (2010: s. 48) „... *v domovech pro seniory budou z více než 95% pouze osoby se střední a těžkou mírou závislosti.*“ (tamtéž: s. 48) „*S narůstajícím věkem pak stoupá počet osob s chronickým onemocněním a disabilitou. Predikce v ČR ukazují na nárůst staré a velmi staré populace obyvatel, nárůst chronické nemoci zejména onemocnění kardiovaskulárních, včetně CMP (cévní mozková příhoda), psychiatrických onemocnění (zejména deprese a demence), neurodegenerativních onemocnění (s nejčastějšími projevy poruchy hybnosti a demence), nádorových onemocnění, degenerativních onemocnění kloubních, diabetu a stárnutí osob se zdravotním postižením.*“ (Zdraví, 2015: s. 28)

---

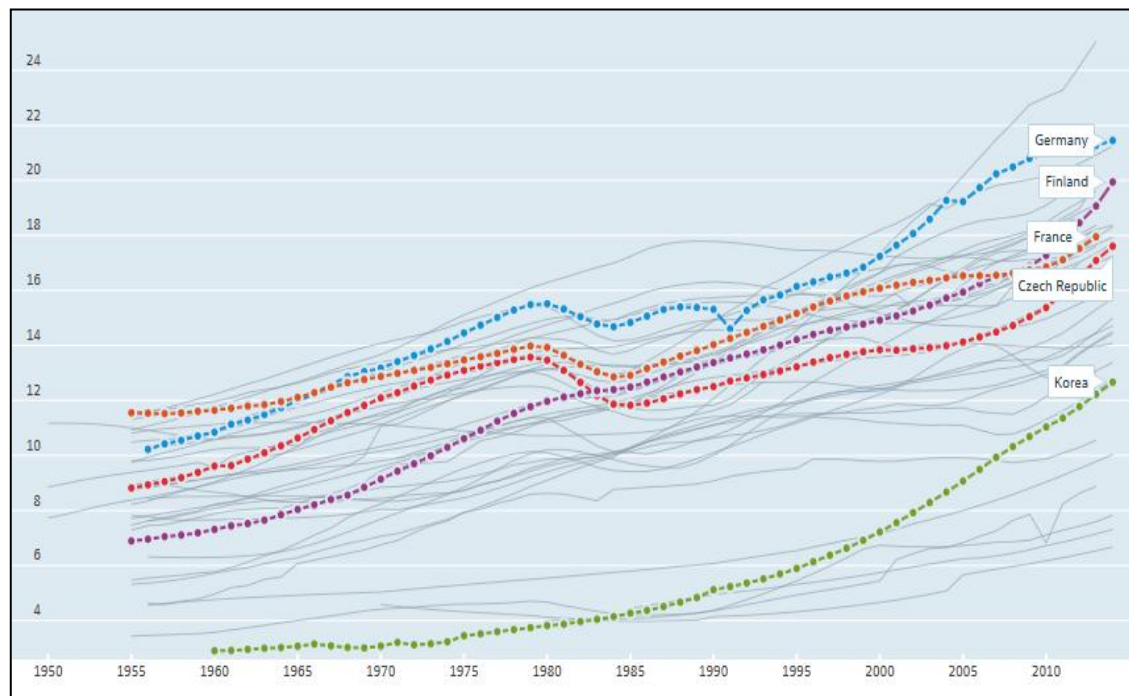
a místní vlády, včetně fondů sociálního zabezpečení). Všechny sociální dávky neposkytované vládními institucemi jsou považovány za soukromé. Soukromé transfery zde nejsou zahrnuty. Čistá celkové sociální výdaje zahrnují veřejné i soukromé výdaje. To také odpovídá za účinek daňového systému prostřednictvím přímého a nepřímého zdanění a daňovým zvýhodněním pro sociální účely. Tento indikátor je měřen jako procento HDP nebo USD na obyvatele.

**Graf. č. 2 Vývoj počtu seniorů ve věku 75+, 85+ a 95+ v letech 2008 – 2060 (prognóza PŘF UK)**



Zdroj: B. Burcin & T. Kučera (PřF UK), Prognóza vývoje obyvatelstva, ČR, 2009 – 2070, střední varianta, obě pohlaví, podrobná věková struktura in Wija (2013)

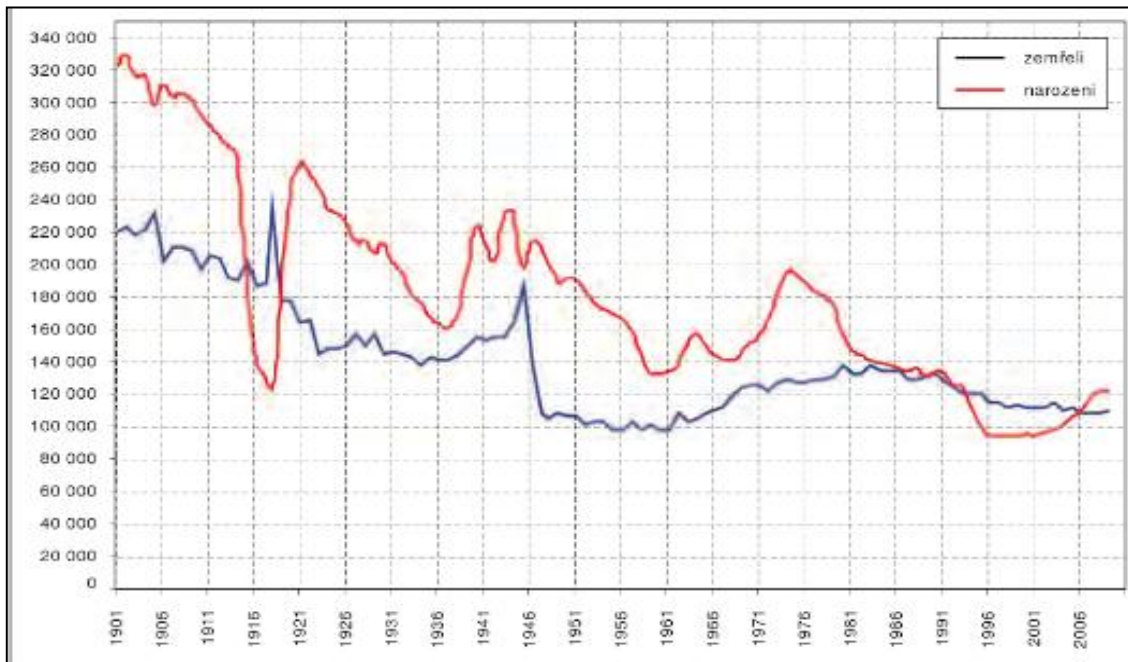
**Graf. č. 3 Vývoj stárnutí populace ve vybraných evropských zemích 1955 – 2014**



Zdroj: OECD (2016), Elderly population (indicator). doi: 10.1787/8d805ea1-en (Accessed on 17 December 2016)



**Tab. č. 3 Narození a zemřelí ČR - absolutní počty 1901 – 2009 (zdroj: data ČSÚ)**



Zdroj: Sak, Kolesárová, 2012: s. 87

Přes dlouhý vývoj poznamenaný společenskou transformací a mezinárodními tendencemi, konkrétněji uvedeno ve druhé kapitole, k současnému pojetí sociální politiky v oblasti sociální péče významně přispěl, po několika letech příprav, pilotních projektů a mezinárodní podpory, z. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále jen z. č. 108/2006 Sb.) a prováděcí Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách (dále jen vyhl. č. 505/2006 Sb.). Jejich účinnost započala od 01. 01. 2007. Jednalo se o rámcový dokument, který komplexně vymezuje sociální tematiku. Uplatněním principu decentralizace a dekoncentrace se i další subjekty staly poskytovateli sociální ochrany. Vznikly nové služby, které dříve neexistovaly, katalogizovány v Registru poskytovatelů sociálních služeb, dávka Příspěvek na péči a standardy kvality poskytovaných služeb, které udávaly minimální standard poskytovaných služeb. Nově byly také služby sociální péče povinny zajistit zdravotní péči. K profesionalizaci sociální práce přispělo také normativní vymezení kvalifikačních předpokladů pro výkon jednotlivých povolání v sociálních službách a vznikla dnes již největší profesní organizace Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR (dále jen APSS ČR), sdružující poskytovatele sociálních služeb napříč ČR.

Nová komplexní právní úprava sociálních služeb i s pozdějšími novelami byla po jejím přijetí v roce 2006 implementována a prověřena v praxi. Komplexní právní

úprava sociálních služeb i s pozdějšími novelami byla přínosná, nicméně nedostačující jednak pro současnost, tak i pro budoucí vývoj společnosti. Již několik let zpětně jsou v oblasti poskytování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb (dále jen PZSS) pro seniory a osoby se zdravotním postižením (předně poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče a s tím spojená i úhrada zdravotních výkonů) spatřovány kontroverzní faktory nejen na straně právních norem, ale i v **jednání a smluvních vztazích aktérů**, kteří jsou v oblasti sociální a zdravotní politiky zainteresováni.

V prostředí praxe PZSS tak došlo po roce 2006 zjevně k situaci, na kterou lze pohlížet jako na svého druhu zajímavý experiment, srovnávající dva v principu odlišné přístupy k organizaci a financování sociálních a zdravotních služeb. Zatímco financování sociálních služeb není postaveno na smluvním vztahu, ale jeho důležitým nástrojem je plánování na komunitní a krajské úrovni, úhrady zdravotní péče je realizována na základě smluvních vztahů mezi PZSS a veřejnými zdravotními pojišťovnami. Smluvní vztahy jsou spojeny v praxi zdravotních pojišťoven s následnými kontrolami a vyúčtováním, jež jsou však realizovány často s velkým časovým odstupem. K jakým potížím (selháním) tato praxe vede je věnována pozornost v kap. č 2 této práce, jejímž předmětem je vstupní analýza výzkumného problému.

Dotčené skupiny aktérů (zde především samotní PZSS) se snaží v posledních několika letech, hledat cesty k řešení potíží s financováním zdravotní péče v PZSS. Pro současnou českou společnost je však charakteristické, že se pozornost soustřeďuje v první řadě na změny (korekce) ve financování a není věnována odpovídající pozornost jiným aspektům: celkový pohled na proces tvorby a realizace obou dotčených veřejných politik (sociální a zdravotní politika), ideová a věcná východiska a provedení institucionálních (reformních) změn, mezinárodní kontext (neoliberalismus, ekonomická globalizace, transformace typu „from state to market“ v zemích střední a východní Evropy). Nejsou tedy kladeny potřebné otázky, vztahující se k porozumění příčinám. (Háva, 2009)

Tab. č. 1 se pokouší o částečné modelové zachycení uvedeného kontextu a je pro tuto práci jedním z prvních analytických rámců. Zvolené dimenze v prvním sloupci odpovídají současné poměrně komplexní víceúrovňové realitě „vládnutí“.

**Tab. 1 Vývoj vybraných událostí institucionálního vývoje sociálních služeb a jeho politického a ekonomického kontextu**

Premiéři vlád		Pithart	Klaus I, II							Tošovský	Zeman					Špidla, Gross, Paroubek					Topolánek I, II			Fischer	Nečas		Rusnok	Sobotka						
Ministři MPSV		Horálek	Vodička							Volák	Špidla					Škromach					Nečas				Drábek			Marksová						
Roky	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	2000	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18				
Globalizace		Washingtonský kons.																			Fin krize													
Vybraná období CR		Transformace a navazující regulace důsledků změn							Příprava na vstup a vstup do EU																									
Vybrané etapy v EU		Sml. o EU (Maastricht)		Evropská sociální charta 1992 – 1999 (ratifikace 1999)							Lisabonská strategie 2000-2010, úsporná opatření (austerity measures)										Strategie Evropa 2020													
Lidská práva, Rada Evropy				ČR členství v Radě Evropy Nová Ústava ČR + Listina ZP							Úmluva o lidských právech a biomedicíně Rada vlády pro lidská práva					Hodnocení implementace lidských práv					Tallinská charta 2008													
Ekonomický vývoj v ČR		Privatizace, ekonomická recese							Měnová krize, ekonomická recese													Finanční krize 2008		Úspory na soc. a zdrav. výdajích										
Konstitucionální vývoj Vláda ČR		Liberální demokracie, zrušení krajů (centralizace)			Ústava ČR LZPS								Kraje (decentralizace)	Euronovela Ústavy ČR 2001			Vstup ČR do EU	OMC – Předběžná národní zpráva o zdravotní a dlouhodobé péči ČR						Programové prohlášení vlády ČR 2014 (sociální služby)										
Ideové změny		Tržní orientace, budování neoliberálního kapitalismu. Sociální služby nebyly v této době předmětem podnikání							Přípravný twiningový projekt ČR-UK, oddělení poskytovatelů a plátců služeb, plánování, plánování, kontrola kvality											Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012		Nová vlna tržně a neoliberálně zaměřených reform. Záměr tržní reformy v oblasti dlouhodobé péče. V letech 2010-2015 projekt „Podpora procesu“ (záměr využití prostředků EU pro fin. Soc. sl.)												
Institucionální změny Veřejná správa											Z. č. 128/2000 Z. č. 235/2000 Z. č. 218/2000 z. č. 250/2000		Z. č. 395/2001 Z. č. 320/2001 Vyhl. č. 40/2001										Z. č. 347/2010 (úsporná opatření)											
Institucionální změny MPSV	100/1988 114/1998	Vyhl. č. 182/1991 (Příloha č. 7)		Vyhl. č. 28/1993 – samostatná ošetrovatelská oddělení Vyhl. č. 82/1993, Vyhl. č. 83/1993, Vyhl. č. 310/1993							Sociální doktrína					Z. č. 108/2006 Vyhl. 505/2006		Z. č. 109/2006 (novela §36)		Vyhl. č. 391/2011			Příprava návrhu tzv. změnového zákona											
Institucionální změny MZ	Novela z. č. 20/1966 Z. č. 160/1992 Z. č. 550/1992 Z. č. 551/1992	Vznik VZP ČR a dalších pojišťoven			Vyhl. č. 305/1996	Z. č. 48/1997 Veřejné zdravotní pojištění	Z. č. 258/2000 Ochrana veřejného zdraví								Odbornost 913 Zvláštní smlouva	Julínková reforma (spoluplatby) Z. č. 109/2006 Vyhl. č. 620/2006		Hegerova tržní reforma Vyhl. č. 391/2011 Z. č. 366/2011 Z. č. 372/2011			Zrušení poplatku za hospitalizaci													
Realizace organiz. změn soc. sl.	Ústavy sociální péče			Ústavy sociální péče + možnost zrealizovat samostatná ošetrovatelská oddělení													Nové služby Národní strategie rady vlády pro seniory		Transformace soc. služeb Metodiky vykazování zdravotní péče		Memorandum APSS ČR, AKČR, VZP ČR													
Realizace změn financování soc. sl.	Rozpočtování sociálních služeb																	Nákup služeb, plánování, vícezdrojové financování		Poplatky ve zdravotnictví		Přechod fin sociálních služeb na kraje od ledna 2015												
Výsledky změn v oblasti soc. sl.																		Nedostatečné úhrady ošetrovatelské a zdravotní péče			Soudní spory PZSS s VZP ČR													
Reflexe změn občany																		Rezidenční péče odborný časopis Rada vlády pro seniory a stárnutí populace Konference jak vykazovat 2008 - 11 Sociální služby odborný čas. Inventura demokracie			Přerušení zákona o dlouhodobé péči Snížení stupně PNP Veřejné protesty odborů													

Zdroj: Autorka, Háva (osobní sdělení)

## 2. Vstupní analýza výzkumného problému

Tato kapitola podává rozbor podstaty zkoumaného problému z pohledu historického vývoje a současné sociální a zdravotní politiky se zachycením institucionálních změn. Součástí kapitoly je vedle prezentace mezinárodního diskurzu sociální a zdravotní péče vybraných zemí uveden i vývoj lidských práv. Analyzovaná oblast se týká hrazení zdravotní péče v PZSS s ohledem na odpovědnost aktérů, dodržování lidských práv a zajištění kvality těchto služeb.

Každá společnost je vystavěna na základech skládajících se z formálních a neformálních pravidel, standardů či norem. Nelze opomenout ani kulturně historický vývoj, tradice a hodnoty společnosti. Chování a jednání aktérů v oblasti sociální a zdravotní péče v ČR je proto determinováno a ovlivňováno formálními a neformálními institucemi. Právní rámec a organizace systému sociální péče jsou v kompetenci Ministerstva práce a sociálních věcí (dále jen MPSV). V případě právního rámce zdravotní péče je tato role zákonem stanovena Ministerstvu zdravotnictví ČR (dále jen MZ ČR). (z. č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České socialistické republiky).

Aktéři, kteří se bezprostředně podílejí na realizaci zdravotní péče v PZSS, jsou ošetřující lékaři a všeobecné zdravotní sestry. Práce všeobecných zdravotních sester je řízena ošetřujícími lékaři. Do PZSS také dochází a ambulantní formou poskytují zdravotní péči další lékaři specialisté. V této souvislosti je zapotřebí věnovat pozornost také specialistům z oboru psychiatrie a způsobu jejich léčby. V případě předepisování psychofarmak totiž vznikají vážná rizika negativních vedlejších účinků (nechutenství, vliv na jednání). Je otázkou jakou pozornost věnují ošetřující praktičtí lékaři těmto skutečnostem a kdo nese v takovém případě celkovou odpovědnost za kvalitu a výsledky poskytované zdravotní péče. O provedených úkonech zdravotní péče jsou vedeny odpovídající písemné záznamy.

Je zřejmé, že kvalita výsledků poskytovaných zdravotních služeb je podmíněna vzájemnou spoluprací a komunikací ošetřujícího lékaře a všeobecných zdravotních sester s ostatními pracovníky PZSS. Velice důležitou otázkou je zde odpovědnost jednotlivých aktérů, protože neuspokojivé skloubení systému sociální a zdravotní péče se vážně dotýká kvality života uživatelů těchto služeb. Dle slov ministryně MPSV M. Marksové „*Je nezbytné zajistit propojení sociální a zdravotní péče v sociálních*

*službách, jak je to běžné ve většině evropských zemí. Prodlužuje se průměrný věk dožití a zvyšují zdravotní problémy seniorů a zdravotně postižených, proto je potřeba zajistit adekvátní zdravotní péči. Není možné, aby sociální služby nedostaly zapláceno za zdravotní úkony, které poskytnou svým klientům.“ (Habáň, 2015)*

Z citovaného výroku však vůbec není zřejmé, co si v tomto případě samotná ministryně MPSV představuje pod propojením zdravotní a sociální péče v sociálních službách a jaké má k dispozici informace o skutečné praxi ve vztahu k jejímu právnímu vymezení.

Je znepokojivé, že mnoho zainteresovaných aktérů v oblasti sociální a zdravotní politiky **hovoří často jenom o potřebě propojení sociální a zdravotní péče**. Tito aktéři se zatím velice málo identifikují s vývojem mezinárodního odborného, ale i politického diskurzu na téma dlouhodobé péče<sup>9</sup> jako výzvy, která vznikla v důsledku prodloužené střední délky života, avšak bohužel v kombinaci s rostoucí zátěží chronickými nemocemi (Rechel, 2014). Česká zdravotní a sociální politika se již před rokem 1990 takovému organizačnímu „propojení“ věnovala v rámci léčeben dlouhodobě nemocných (dále jen LDN) nebo domovů důchodců (dále jen DD). Přirozeně od té doby došlo k vývoji teorie a praxe v oblasti dlouhodobé péče jak na straně zdravotní, tak i sociální. Nechtěnou bariérou efektivního využití takového vývoje se staly reformní změny organizace a financování péče v obou těchto oblastech. Po zvládnutí souvisejících organizačních změn však poměrně dlouho přetrvávají problémy s financováním zdravotní péče v PZSS.

**Potíže s financováním zdravotních služeb vznikají v PZSS.** Předmětem této vstupní analýzy je jejich identifikace. Vzhledem k dlouhodobosti přetrvávání těchto problémů se však vstupní analýza v kap. 2. nutně dostává také k otázkám průběžných příčin systémového charakteru, k nimž došlo v důsledku rozdílů v ideovém a věcném zaměření reforem dvou systémů, které se setkaly v prostředí PZSS. V samotném zdravotnictví došlo velice rychle počátkem 90. let k zásadním tržně orientovaným reformním změnám, motivovaným především úsilím lékařů získat větší míru autonomie. Velice rychle se takový záměr uskutečnil u ambulantních lékařů a existoval silný záměr s cílem privatizace nemocniční péče. Po roce 1992 došlo k oddělení funkcí plátce a poskytovatele služeb a k rozvoji smluvních vztahů. Zatímco z ambulantních

---

<sup>9</sup> Dlouhodobá péče je v mezinárodním diskurzu vymezena následovně: **Long-term care (LTC)** is a variety of services which help meet both the medical and non-medical needs of people with a chronic illness or

lékařů se staly osoby samostatně výdělečně činné, v případě nemocnic se jejich transformace posunula z rozpočtových organizací k příspěvkovým organizacím. Část menších nemocnic s počtem lůžek kolem 200 se po roce 1993 transformovala cestou privatizace na obchodní společnosti. Pokračování tohoto procesu však bylo zastaveno v roce 1995, protože systém financování prostřednictvím zdravotních pojišťoven se mezitím dostal do kritické situace prudce rostoucích výdajů a ztrát. Navíc ekonomice jako celku se nedařilo a její reálný produkt poklesl. Něco takového se v oblasti sociálních služeb nestalo. Zde zůstaly obě uvedené funkce (financování, poskytování) v jejich propojení v rámci veřejné správy. Český zdravotnický systém začal sbírat s provedenými změnami nové zkušenosti. V oblasti sociálních služeb se počátkem 90. let ještě vůbec nerýsovaly tak silné možnosti podnikání jako ve zdravotnictví. (Háva, osobní sdělení)

V souvislosti s existencí problémů s financováním zdravotní péče vzniká také otázka, zda určitá „zahlcenost“ s těmito problémy, které byly každodenním martyriem pro PZSS, neodvádí potřebnou pozornost a kapacitu od otázek řízení kvality poskytovaných služeb a dalších oblastí sociální a zdravotní politiky. Tímto problémem také trpí česká zdravotní politika po roce 1990 obecně. Není možné, že spoléhání se na tržně zaměřené reformy s předpokladem efektivního působení trhu, vede v praxi k takovému problému? Tím, že se systém zdravotního pojištění dostal již po roce 1993 do vlastních problémů, nebylo až tak překvapující, že se profesní a další organizace lékařů (poskytujících akutní medicínskou péči) snažily hledat jiné zdroje nebo růst v těchto oblastech tlumily. To se dotklo oblasti jeslí a LDN a vedlo dokonce až k úsměvné snaze vymezit nový nástroj v podobě tzv. sociální hospitalizace. Společným jmenovatelem těchto snah byl cíl přenést odpovědnost za platbu za péči v těchto oblastech ne zrovna akutní medicíny na jiné plátce. Tento princip přetrvává v myšlení určité části lékařů dodnes. (Háva, osobní sdělení)

V ČR se totiž v politickém a mediálním diskurzu rozšířil argument o tom, že trh je nejefektivnější forma produkce - spotřeby. Z toho vyplývá, že trh vede k optimu, avšak tento argument byl vyvrácen v průběhu 20. století a debata na toto téma byla svým způsobem uzavřena v 60. letech minulého století pracemi Arrowa a Debreu (Cassidy, 2012), přesto trvalo české společnosti ještě poměrně dlouho, než došlo ke

změně. Důrazným impulsem ke změně uvažování byla až finanční krize 2008 - 2009. (Cassidy, 2012)

Přesto jsme v praxi současných reformních směrů v oblasti sociálních a zdravotních služeb svědky snah, založených na představě tržní cesty k dosažení optima. V takových případech však nejde o optimum z hlediska příjemců těchto služeb, ale o cíl zisku na straně subjektů, jež takové služby poskytují. Cestou k optimu (označovaného ve veřejné ekonomii jako optimum druhého řádu) byl v průběhu 20. století realizovaný rozvoj služeb, zajišťovaných veřejným sektorem, a to z veřejných prostředků. Spolupráce veřejného sektoru se soukromým sektorem je od 80. - 90. let realizována formou nákupu služeb. Tyto služby jsou realizovány v neziskovém režimu a navíc se zajištěním požadavků na jejich kvalitu. Jakého optima je přitom dosahováno, je poměrně zásadní otázkou dalšího hodnocení a výzkumu sledujícího míru legitimacy, již je dosahováno. Legitimity nejen ve vztahu k právu, ale také ve vztahu k dosahovaným výsledkům. Nezávislý výzkum představuje „*potřebnou kognitivní podporu či zpochybnění, ospravedlnění či popření.*“ (Habermas, 2000: s. 131)

## **2.1 Vývoj sociální a zdravotní politiky v období 1989 – 2006**

### **První vývojová etapa 1989 – 1998**

Institucionální změny sociální politiky byly ovlivněny různými střetávajícími se přístupy nezdravotní a sociální politice. Vedle koncepcí podporující lidský potenciál a občanskou participaci existovala také koncepce neoliberálně zaměřená. (Potůček, 1995) Po ukončení vlády komunismu se političtí představitelé a celá občanská společnost nejprve začala orientovat směrem liberální demokracie v čele s vládou Občanského fóra (dále jen OF). Záhy se však tato situace začala měnit. ODS byla založena 20. 04. 2001 a současně došlo k rozpadu OF. Druhým subjektem, který vzešel z OF, bylo Občanské hnutí (dále jen OH), kde byl předsedou P. Pithart, který byl také premiérem vlády ČR v letech 1990 - 1992. V. Klaus byl v té době ministrem financí federální vlády. V listopadu 1991 uzavřela ODS koaliční dohodu s KDS. Ve volbách v roce 1992 zvítězila koalice ODS – KDS. V. Klaus se stal premiérem české vlády. Stránský předsedou federální vlády. (Wikipedie, 2015) Sociální politika 90. let byla založena na demokratických principech, občanské participaci a zásadách právního státu.

Vývoj sociální politiky byl směřován k decentralizaci, k posílení funkcí obcí s uplatněním principů subsidiarity a solidarity. Předmětem sociální politiky, mimo všeobecné sociální zabezpečení, byly nově vzniklé sociální události (např.: pokles reálných příjmů nebo ohrožení chudobou nejzranitelnějších skupin obyvatelstva). (Kotous a kol., 2013) Také byly přijaty nejdůležitější sociální právní normy<sup>10</sup> a byla vytvořena záchranná sociální síť. Sociální ochrana<sup>11</sup> byla realizována prostřednictvím nově vystavěných institucí, předně Úřadu práce ČR (dále jen ÚP ČR) a Česká správa sociálního zabezpečení (dále jen ČSSZ). Role sociálního státu byla z důvodu ekonomické neudržitelnosti značně potlačena.

**Box č. 1 Platná právní úprava sociálního práva a norem s tím souvisejících (1989 – 2006)**

- z. č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení (pl. do r. 2011)
- z. č. 114/1988 Sb., ČNR o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení (pl. do r. 2011);
- vyhl. MPSV č. 182/1991 Sb., kterou se provádí z. o sociálním zabezpečení a z. o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení (pl. do r. 2011)
- vyhl. MPSV č. 82/1993 Sb., o úhradách za pobyt v zařízeních sociální péče, ve znění pozdějších předpisů (pl. do r. 2006)
- vyhl. MPSV č. 83/1993 Sb., o stravování v zařízeních sociální péče, ve znění pozdějších předpisů (pl. do r. 2006)
- vyhl. MPSV č. 310/1993 Sb., o úhradě za poskytování sociální péče ve zdravotnických zařízeních (pl. do r. 2006)
- z. č. 129/2000 Sb., o krajích (§14, 26, 59)
- z. č. 128/2000 Sb., o obcích (§35, 50, 133)

Ve zdravotní politice šlo hlavně o liberalizaci celého systému zdravotnictví - privatizace nemocnic, zakládání soukromých ambulancí, svobodná volba lékaře a vznik Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR (dále jen VZP ČR) a dalších zdravotních pojišťoven. (Janečková, Hnilicová, 2009) Kriticky pak byly hodnoceny organizační principy přijaté po roce 1990. V. Klaus byl silným zastáncem transformace státu a státem řízených organizací prakticky výhradně k obchodní společnosti. Tento princip byl také uplatňován ve zdravotnictví. Fakt, že VZP ČR vznikla ze zákona ještě před

<sup>10</sup> Z. č. 463/1991 Sb., o životním minimu, z. č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, z. č. 482/1991 Sb., o sociální potřebnosti a následně z. č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, z. č. 42/1994 Sb., o penzijním připojištění se státním příspěvkem a z. č. 17/1995 Sb., o státní sociální podpoře.

<sup>11</sup> Přijetí termínu "sociální ochrana" dle ustanovení Maastrichtské smlouvy v roce 1992.



působností vlády V. Klause jako veřejnoprávní nestátní organizace, do tohoto rámce příliš nezapadala. Během první vlády V. Klause nebyl dán žádný prostor pro institucionální (právní) vývoj nestátních neziskových organizací, což na jedné straně zablokovalo vývoj aktivit občanské společnosti, ale na druhé straně také nedošlo k vývoji infrastruktury nestátních neziskových organizací poskytujících sociální služby. (viz také Potůček, 1997)

Avšak samotná realizace principu veřejnoprávní korporace v českých podmínkách po roce 1990 s sebou nesla řadu diskutabilních prvků „*Jde např. o využití organizačního principu veřejnoprávní korporace ve veřejném zdravotním pojištění. Správa veřejných zdravotních pojišťoven je v systému veřejnoprávní korporace vykonávána demokraticky zvolenými zástupci lidu a nikoliv zástupci z Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR a dalšími zástupci, kteří jsou jmenováni státní správou nebo dalšími subjekty.*“ (Háva, 2012: s. 20) Pozitivní změnou bylo, že reformy zdravotnických systémů vykazovaly s přijetím demokracie větší míru svobody a participace. (Háva, Hanušová - Mašková, 2009) Přesto však „... *reformy péče o zdraví ve visegrádských zemích se po roce 1990 odvíjí převážně podle tržního scénáře (market driven reforms), odvozeného od diskurzu, probíhajícího počátkem 90. let s přispěním Světové banky, či dalších převážně ekonomických přístupů - (Washingtonský konsensus, Saltman 1992, Ranade 1998), což vedlo k šetřícím strategiím financování zdravotnictví a negativním sociálním důsledkům - nerovnému přístupu ke zdraví a sociálnímu vyloučení.*“ (Háva, Hanušová - Mašková, 2009: s. 12) Financování výkonů zdravotní péče bylo realizováno z fondu veřejného zdravotního pojištění na základě principu platby za výkon dle hodnoty jeho bodu. (Potůček, 1995)

### **Box č. 2 Platná právní úprava týkající se financování veřejných služeb**

- z. ČNR č. 576/1990 Sb., o pravidlech hospodaření s rozpočtovými prostředky České republiky a obcí v České republice (pl. do roku 2000)
- z. č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech
- z. č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů
- z. č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole ve veřejné správě
- z. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
- vyhl. MF č. 40/2001 Sb., o účasti státního rozpočtu na financování programů reprodukce majetku (pl. do roku 2006)

### Box č. 3 Platná právní úprava zdravotnického práva (1989 – 2006)

- z. č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, (který byl několikrát po roce 1990 novelizován, pl. až do r. 2012)
- vyhl. MZ č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi (pl. do r. 2012)
- z. ČNR č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR
- z. ČNR č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních (pl. do r. 2012)
- z. ČNR č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdrav. pojišťovnách
- z. ČNR č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění
- vyhl. MZ č. 305/1996 Sb., o pravidlech hospodaření se zvláštním účtem všeobecného zdrav. pojištění a o jednacím řádu dozorčího orgánu (pl. do r. 2004)
- z. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů
- z. č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů
- z. č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta
- z. č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních

### Druhá vývojová etapa 1998 – 2006

Období let 1998 – 2002 je charakteristické menšinovou vládou sociální demokracie, „*která přirozeně ve svých programech deklaruje velký význam sociální politiky státu.*“, (Kotous a kol., 2013: s. 96) V čele s předsedou vlády M. Zemanem. Koncepce jednotlivých oblastí sociální politiky, díky rozdílným ideologiím různých politických stran a hnutí, postrádala tak dlouhodobý charakter, který mohl být předpokladem funkčního systému. Ve volbách do Parlamentu ČR z 18 politických stran a hnutí dominovala v letech 1998 – 2002 vláda složená z členů: ČSSD, ODS, KSČM, KDÚ-ČSL a US. „*Vzhledem k poměrně slibným výsledkům sněmovních voleb se nabízelo hned několik variant vládních koalic opírajících se o většinovou podporu v PS.*“ (Charvát, 2013: s. 101) Po mnoha jednáních nikoliv koalice ale opoziční strany ČSSD a ODS podepsaly „*Smlouvu o vytvoření stabilního politického prostředí*“ známou jako tzv. opoziční smlouvu, kde „*Klaus nabídl ČSSD originální, i když nestandardní řešení v podobě možnosti tolerance menšinové vlády ČSSD ze strany ODS, výměnou za určitý podíl na vládní politice pro ODS (ovšem v podstatě žádnou politickou odpovědnost)*“ (Charvát, 2013: s. 104)

Oblast sociální politiky byla ovlivněna programovým dokumentem „*Sociální doktrína České republiky*“ platným od roku 2002. U tohoto dokumentu bylo předpokládáno, že „*může představovat minimálně společné programové východisko pro tvůrce a realizátory sociální politiky českého státu v budoucím období.*“ (Potůček, 2002:

s. 7) Doktrína se zaměřovala na rozvoj lidského potenciálu v oblasti vzdělávání, práce a rodiny. Základním požadavkem programu bylo zachování základních lidských a sociálních práv jako stavebního kamene sociální politiky se značnou měrou občanské participace. Sociální doktrína byla založena na hodnotových východiscích humanismu, sociální spravedlnosti, solidaritě, rovnosti, svobodě, odpovědnosti s ideou sociální politiky jako zdroje ekonomického bohatství a kulturního rozkvětu garance lidských práv a svobod.<sup>12</sup>

Doktríně bylo nakloněno i MPSV. (MPSV, 2000) I před Návrh koaliční smlouvy ze dne 8. 7. 2002 mezi ČSSD, KDU-ČSL a US, který v bodě 3 strany zavazuje k jejímu projednání, se tak neuskuteční. „*Ve skutečnosti k tomu po dobu působení vlády premiéra Vladimíra Špidly v letech 2002 – 2004 nikdy nedošlo.*“ (Potůček, 2007: s. 132) Dále Potůček uvádí, že ani koaliční smlouva S. Grosse v roce 2004 se o projednání tohoto dokumentu ani nezmiňuje.

V letech 2002 – 2006 se na zákonodárné moci podílela ČSSD, ODS, KŠČM a nově i koalice KDU-ČSL, US-DEU<sup>13</sup> v čele s postupně se měnícími předsedy vlády V. Špidlou (2004), S. Grossem (2005) a J. Paroubkem (2006). Sociální politika se soustředovala na řešení financování důchodového pojištění a také na tvorbu nového zákona pojímajícího komplexně sociální služby. V oblasti zdravotnictví byly priority nastaveny velmi cíleně. „*Společně s regiony vláda bude podporovat restrukturalizaci současných lůžkových kapacit pro potřeby stárnoucí populace. Posílí úroveň ošetrovatelské a dalších forem dlouhodobé péče, včetně rehabilitace a domácí péče, integrací zdravotních a sociálních služeb.*“ (Programové, 2002: s. 22) „*Zajištění dostupnosti, rovnocennosti a kvality zdravotní péče na nejvyšší dosažitelné úrovni moderní medicíny na základě nových zákonů o zdravotnických zařízeních a o zdravotní péči.*“ (Programové, 2005: s. 4) „*Vláda soustředí pozornost na zabezpečování zdravotně-sociální péče s ohledem na nepříznivý demografický vývoj ve smyslu stárnutí populace, ....*“ (Programové, 2005: s. 16)

Významným rokem pro ČR byl rok 2004. „*Se vstupem České republiky do Evropské unie je spojena permanentní snaha o uplatňování sociálních práv*

<sup>12</sup> Na programovém dokumentu Sociální doktrína České republiky se podíleli během let 1998 – 2001 kromě nezávislých odborníků i zástupci politických stran - KDU - ČSL a ČSSD mj. i Senát ČR. Příprava toho textu byla realizována na základě konferencí pořádaných SOCIOKLUBEM a Vysokou školu ekonomickou v Praze. Dokument byl publikován na stránkách odborného časopisu Sociální politika.

<sup>13</sup> Volby.cz: Český statistický úřad. *Volby do Poslanecké sněmovny Parlamentů ČR* [online]. Český statistický úřad, 2015 [cit. 2016-03-30]. Dostupné z: <http://volby.cz/>

*občanů, na nichž je postavena sociální politika Evropské unie, tj. práva na rovnost, důstojnost a svobodu.*“ (Kotous a kol., 2013: s. 97) Zásadním krokem byla také transformace veřejné správy. V letech 2000 - 2003 vznikly samosprávné celky (kraje a obce). Mnoho poskytovatelů pobytových sociálních služeb přešlo svou správou právě na tyto nové subjekty.

Tab. č. 4 Hlavní etapy vývoje zdravotnického práva v ČR

Výchozí problémy	Transformace 1990 - 1994 Snaha o vytvoření „samoobsluhy“	Nutnost zavést regulace a kontroly 1995 - 1997	Příprava na vstup do EU a na reformu veřejné správy 1998 - 2002	Vstup do EU 2002 - 2006 Střídání vlád a ministrů zdravotnictví	Neoliberální reformy 2006 - 2007 Privatizace pojišťoven a nemocnic
<p>Nadměrná nabídka lůžek a lékařů</p> <p>Nedostatek technologií a léčiv</p> <p>Platová nivelizace s ostatními sektory</p> <p>Zdravotnictví představovalo zbytkový sektor, bylo podfinancováno</p> <p>Státem řízené a financované zdravotnictví (OÚNZ, KÚNZ)</p>	<p>Celý systém byl významně deregulován a dezintegrován.</p> <p>Decentralizace, předchozí organizační uspořádání KUNZ, OUNZ bylo „rozvolněno“ na samostatné nemocnice a ambulantní poskytovatele služeb (privatizace)</p> <p>Zřízeno všeobecné zdravotní pojištění.</p> <p>Od roku 1993 pak model pluralitního veřejného pojištění (28 pojišťoven).</p> <p>Nespravedlivé přerozdělení pojistného – deficitů a přebytků. Smluvní vztahy mezi plátcí a poskytovateli</p>	<p><b>Rostoucí spotřeba</b> neregulovaných služeb a léčiv</p> <p>Deficity zdravotních pojišťoven, řada z nich rychle zanikla. Počet klesl na 9.</p> <p>Nutnost přísnější <b>regulace a kontroly</b> (novelizace zákonů o pojišťovnách)</p> <p><b>Ústavní stížnost</b> na mechanismus vymezení rozsahu služeb. Nový zákon o zdravotním pojištění a zákon o léčivech</p> <p>Zahájen proces <b>restrukturalizace lůžkové péče</b></p>	<p>Nové zákony o zdravotnických prostředcích, ochraně veřejného zdraví, vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví</p> <p>Reforma veřejné správy, zřízeny kraje (2003), zrušeny okresy. Nemocnice převedeny na kraje a odstátněny.</p> <p>Snahy privatizaci nemocnic, převod na obchodní společnosti, vlastněné krajem.</p>	<p>Roste naléhavost řešit nespravedlivé přerozdělování pojistného</p> <p>Snaha opozice brzdít vývoj změn ve zdravotnickém právu. Transplantační zákon</p>	<p>V návaznosti na reformu veřejných financí zavedeny regulační poplatky</p> <p>Balík reformních zákonů</p> <p>Záměr: Privatizace pojišťoven</p> <p>Privatizace velkých nemocnic</p> <p>Zřízení správy zdravotního pojištění</p> <p>Zákony sice připraveny, ale postupně pro kritiku veřejnosti staženy</p>

Zdroj: Háva, Prezentace, Úvod do zdravotnického práva na předmět Zdravotní politika, 2015

Tab. č. 5 Hlavní etapy vývoje sociálního práva v ČR

Výchozí problémy	Dílčí změny 1990 - 1994	Kritická reflexe změn financování sociálně-zdravotních služeb 1995 - 1997	Příprava na vstup do EU a na reformu veřejné správy 1998 - 2002	Vstup do EU 2002 -2006 Střídání vlád a ministrů práce a sociálních věcí	Počátek neoliberalních reforem 2006 - 2007
<p><b>Nekomplexní právní vymezení sociálních služeb.</b></p> <p>Pasivní postavení občana v sociálním systému-</p> <p>Absence kontroly kvality poskytovaných služeb-</p> <p>Nově vzniklé sociální události (např. ohrožení chudobou nejzranitelnějších skupin obyvatelstva).</p> <p>Státem řízený a financovaný sociální systém.</p>	<p>Smluvní vztahy mezi plátcí zdravotní péče a poskytovateli sociální péče právně nevynezeny.</p> <p>Rozpočtový způsob financování.</p> <p>Přechod od decentralizace k přenesení působnosti na nižší celky veřejné správy.</p> <p>Nastavení demokratických principů s prvky liberalismu ve společnosti a přijetí LZPS, garantováno právo na důstojnost, sociální zabezpečení, na zdraví, bezplatnou zdravotní péči.</p>	<p><b>Přeregistrace</b> doporučení MPSV pro ústavy sociální péče registrovat se jako nestátní zdravotnické zařízení.</p> <p><b>Kvalita</b> sociální péče a ani zdravotní péče v zařízení sociálních služeb není právně podložena. Nutné nastavit tyto mechanismy.</p> <p><b>Neakceptace</b> programového dokumentu Sociální doktrína ČR.</p> <p><b>Výzkumy VÚPS</b> prezentují nefungující sociální a zdravotní systém v oblasti poskytování zdravotní péče v zařízení sociálních služeb.</p>	<p><b>Reforma veřejné správy</b>, zřízeny kraje (2003), zrušeny okresy. Ústavy sociální péče převedeny na kraje.</p> <p><b>Přijetí Evropské sociální charty</b> – definování lidských práv závazných pro ČR.</p> <p>Přijetá tzv. “Euronovely“ omezení kompetence Ústavního soudu ČR.</p> <p>Právní normy významné pro tvorbu rozpočtu zařízení sociálních služeb.</p>	<p><b>Twinningový projekt mezi ČR a UK</b></p> <p><b>Lisabonská strategie EU</b> Otevřená metoda koordinace – monitoring dlouhodobé péče v ČR.</p> <p><b>Bílá kniha v sociálních službách</b> jako konzultační a strategický dokument (2003).</p> <p>Veřejně politicky uznán problém stárnutí populace a potřeba řešit sociálně zdravotní péči (programové prohlášení vlády).</p>	<p><b>Účinnost zákona o sociálních službách</b></p> <p>Nastavení kontrolních mechanismů sociální péče ve standardech kvality.</p> <p>Aktivní a autonomní postavení občana (ne však pro všechny výhodné).</p> <p>Komodifikace sociálních služeb, možnosti soukromých aktérů rozvíjet podnikatelské zájmy v oblasti sociálních služeb.</p> <p>Povinnost zabezpečit zdravotní péči přenesena na zařízení sociálních služeb.</p>

Zdroj: Autorka

### **Třetí vývojová etapa 2006 – 2015**

Od roku 2006 vláda pod vedením M. Topolánka I. (ODS) v letech 2006 – 2007 a v letech 2007 – 2009 jako vláda M. Topolánka II. je vláda pravicově orientovaná, což má dopad na sociální politiku. (Wikipedie, 2015) Jde o ukázkou neoliberalně pojatých škrtů ve veřejných výdajích primárním přístupem k daňové politice bez ohledu na sociální důsledky. Výchozí změnou ve zdravotní politice bylo zavedení poplatků, které vedlo k navýšení celkových přímých plateb za zdravotní služby na 16% (což představuje cca 60 mld. Kč přímých výdajů ročně od pacientů). Plánované navýšení až 25-30% nebylo v ČR dosaženo, ale dle jednotného modelu pro visegrádské země se jej podařilo ve stejné době dosáhnout pouze v sousedním Polsku, Slovensku a Maďarsku. Varovným vývojem je také situace v Řecku.<sup>14</sup>

V zemích s nízkým a středním příjmem vedou přímé výdaje za zdravotní služby k popření funkcí pojištění nebo sociálního zabezpečení, které byly zavedeny již v průběhu 19. století. Jejich smyslem je odvrátit realitu a snížit hrozbu takto vzniklé chudoby osob s nízkými příjmy. (Háva, Mašková - Hanušová, 2009)

V rámci mezinárodního diskurzu financování zdravotní péče (Světová banka, WHO) došlo před několika lety v Africe ke zrušení spoluplateb právě z těchto důvodů (odvrácení chudoby). V Africe byly spoluplatby zavedeny v rámci tržně orientovaných reforem.(State, 2013; WHO, 2014)) Jde o příklad kontroverzní situace a zároveň o příklad selhání trhu v oblasti zdravotnictví. Za takové poznatkové situace přistupovaly pravicové vlády v ČR ke zvyšování přímých plateb a připravovaly jejich další navýšení cestou věcného návrhu zákona o dlouhodobé péči. Empirickým dokladem přístupu Topolánkovy vlády je následující ukázkou programového prohlášení: *„Připravovaný návrh reformy veřejných financí bude postaven na těchto principech: snížení celkové daňové a odvodové zátěže pro všechny občany, živnostníky a podniky, uplatnění zásady jediné sazby daní (u DPH s výjimkami), zjednodušení a racionalizace daňového, sociálního, důchodového a zdravotního systému s cílem snížit náklady na jejich správu a omezit byrokracii.“* (Programové, 2006, s. 9) I přes nevyslovení důvěry k programovému prohlášení z roku 2006 je reforma veřejných financí a daňové soustavy významnou součástí strategie vlády *„Vláda si uvědomuje závažnost prohlubování veřejného dluhu a schodku deficitu státního rozpočtu pro fungování státu i české ekonomiky. Proto se zavazuje, že sníží schodek veřejných financí v jednotlivých*

*letech na následující úroveň: v roce 2008 na úroveň 3,0% HDP, v roce 2009 na 2,6% HDP a v roce 2010 na 2,3% HDP.*“ (Programové, 2007: s. 2)

Nicméně dvakrát, jak v roce 2006, tak i v roce 2009,<sup>15</sup> byla vládě vyslovena nedůvěra Poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR (dále jen Poslanecká sněmovna PČR) a nově jmenovaným premiérem se stal J. Fischer.

Počátkem roku 2007 nabývá platnost z. č. 108/2006 Sb. Změnou platných právních norem byla pozměněna i rozpočtová pravidla pro přidělování dotací a financování sociálních služeb převzaly krajské a obecní úřady s rozšířenou působností. Příspěvkové organizace s nemožností vytvářet si vlastní zisk se staly jedny z nejčastějších poskytovatelů sociální péče.<sup>16</sup> Novelizací vyhl. č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, vzniká nová odborná odbornost 913 - Všeobecná sestra v sociálních službách (dále jen odbornost 913). Zdravotní péči tak bylo možné hradit z veřejného fondu zdravotního pojištění, oproti létům minulým, kdy byla zdravotní péče hrazena z rozpočtu zařízení, nikoliv z fondu VZP ČR (Čermáková, 2009). Slibované efektivity a transparentnost od nastavených pravidel nového zákona nebylo dosaženo, jak uvádí Průša (2008) a Víšek, Průša (2012) ve svých publikacích monitorujících vývoj financování sociální péče mezi lety 2007 – 2010, který měl klesající tendenci.

Vláda J. Fischera, složená ze zástupců ODS, ČSSD a Strany zelených mezi léty 2009 – 2010 byla tzv. překlenovací vláda. Vládní prohlášení proto v oblasti sociální a zdravotní neobsahovalo žádné významné změny. (Programové, 2009)

Pro další volební období od roku 2010 až do roku 2013 zaujímal pozici středně pravicová vláda premiéra P. Nečase. Vláda byla složena ze zástupců ODS, TOP 09 a Věcí veřejných. Programové prohlášení vlády mělo spíše regulační charakter v oblasti sociálních služeb. Oblast zdravotní péče byla prosazována jako hlavní programová priorita. Vláda mj. uvedla, že vymezí a nastaví systém zdravotně – sociální péče a zaměří se na dlouhodobou péči poskytovanou mimo pobytové sociální služby. (Programové, 2010) V letech 2012 – 2014 se sociálně zdravotní péče stala i předmětem několika soudních sporů, což zasahovalo do každodenního dění poskytovatelů sociálních služeb a dostupnosti zdravotní péče pro jejich uživatele. Ve spolupráci s APSS ČR, AK ČR a VZP ČR bylo podepsáno Memorandum o dohodě na úhradových

---

<sup>14</sup> Příloha č. 2: Podíl celkových přímých výdajů na zdravotní péči ve visegrádských zemích a Řecku v porovnání s průměrem EU před rokem 2004 a s vybranými členskými státy EU v západní Evropě (graf)

<sup>15</sup> Vláda složena nejen z členů ODS, ale také z členů KDÚ-ČSL a Strany zelených



mechanismech 2012 - 2014 a o dohodě na smírném ukončení soudních sporů s VZP ČR (dále jen Memorandum).

Uzákonění dlouhodobé péče realizováno nebylo, nicméně i vláda J. Rusnoka (nestraní) složená z členů bez politické příslušnosti a jednoho člena KDU-ČSL v letech 2013 až 2014 právní ukotvení dlouhodobé péče podporovala. Po nezískání důvěry od Poslanecké sněmovny PČR byla vláda až do jejího konce vládnoucího období v demisi. (Wikipedie, 2015)

Nově zvoleným i současným předsedou vlády je od roku 2014 B. Sobotka (ČSSD). Vláda byla složena z členů ČSSD, ANO 2011, KDU-ČSL na základě uzavřené koaliční smlouvy na léta 2013 - 2017. Vláda se obecně zasazuje o „*Rozvoj kvalitních a všeobecně dostupných veřejných služeb v oblasti školství, zdravotnictví, sociálního systému, dopravy a bezpečnosti.*“ (Programové, 2014: s. 4) „*V rámci sociálně zdravotních služeb bude tematiku sociálně zdravotní péče ve spolupráci s MZ ČR řešit.*“ (tamtéž: s. 4)

---

<sup>16</sup> Příloha č. 3: Počet a financování sociálních služeb dle právní formy (2014) (tabulka)

**Tab. č. 6a Porovnání vybraných částí programových prohlášení vlád ČR v letech 1998 - 2016 v oblasti cílů MPSV se vztahem k sociálním službám**

M. Zeman 1998	V. Špidla 2002	S. Gross 2004	J. Paroubek 2005	M. Topolánek 2006	M. Topolánek 2007
<p>Vláda považuje vyvážený sociální systém za klíčový faktor zdravého rozvoje společnosti. V zájmu úzké spolupráce se sociálními partnery zvýší význam tripartitních jednání a hodlá s nimi uzavřít dlouhodobý pakt sociální stability. Vláda předloží Parlamentu ČR urychleně ke schválení <b>Evropskou sociální chartu</b></p> <p><b>Sociální pomoci bude prostupovat zásada vytváření lidsky důstojných životních podmínek při pozitivním principu svobodné volby sociálních služeb všem občanům.</b></p>	<p>Nejdůležitějším úkolem vlády bude dobudování sociálních systémů České republiky při plném respektování společně dohodnutých cílů a metod modernizace systémů sociální ochrany v členských zemích Evropské unie.</p> <p>Vláda vytvoří podmínky pro posílení efektivní sítě sociálních služeb v závislosti na vývoji potřeb péče a pro rovnoprávné uplatnění neziskového sektoru v sociálních službách.</p>	<p>Vláda prosadí <b>zákon o sociálních službách, založený na individuálním příspěvku na péči</b>, který vytvoří podmínky pro posílení efektivní sítě sociálních služeb a pro rovnoprávné uplatnění neziskového sektoru v této oblasti při dodržování státem garantovaných standardů kvality, s cílem zajistit dětem, seniorům a osobám sociálně a zdravotně postiženým vysokou kvalitu života, jejich aktivizaci a začleňování do společnosti.</p>	<p>Vláda předloží Poslanecké sněmovně PČR <b>zákon o sociálních službách, založený na individuálním příspěvku na péči</b>, který vytvoří podmínky pro posílení efektivní sítě sociálních služeb a pro rovnoprávné uplatnění neziskového sektoru v této oblasti, s cílem zajistit dětem, seniorům a osobám sociálně a zdravotně postiženým vysokou kvalitu života, jejich aktivizaci a začleňování do společnosti.</p>	<p>Zvláštní pozornost budeme věnovat péči o hendikepované a <b>zavádění zákona o sociálních službách</b>. Budeme podporovat rozvoj individuální sociální péče, zejména zaměstnávání rodinných příslušníků a nezaměstnaných.</p> <p>Zajistíme rovnoprávný přístup ke všem zařízením sociální péče o seniory. Chceme, aby péče o seniory obsahovala širokou paletu služeb, od domovů důchodců, domů s pečovatelskou službou až po různé druhy asistenční a individuální domácí péče. <b>Klient si pak službu vybere podle svých potřeb.</b></p>	<p>V posledních letech došlo k neuvěřitelnému nárůstu sociálních výdajů. Od roku 1999 se zvýšily o více než 70 % a v roce 2007 budou proti roku 2006 vyšší o 70 mld. Kč. Tuto explozi sociálních výdajů je nezbytné zastavit.</p> <p><b>Vláda bude řešit financování péče na rozhraní zdravotního a sociálního systému.</b></p>

Zdroj: Autorka

Tab. č. 6b Porovnání vybraných částí programových prohlášení vlád ČR v letech 1998 - 2016 v oblasti cílů MPSV se vztahem k sociálním službám

J. Fischer 2009	P. Nečas 2010	J. Rusnok 2013	B. Sobotka 2014
<p><b>Vláda bude věnovat zvýšenou pozornost realizaci nově přijatých zákonů v oblasti nemocenského pojištění a sociálních služeb.</b></p> <p><b>Ve spolupráci se zástupci samospráv a dalšími relevantními aktéry zahájí práce na analýze efektivnosti sociálních služeb.</b></p>	<p>Vláda spolu s územní samosprávou zajistí nezbytné finanční prostředky pro efektivní a hospodárné poskytování sociálních služeb a bude usilovat o důslednější kontrolní činnost při jejich poskytování, včetně využívání příspěvku na péči.</p> <p><b>Vláda převede dotační řízení v oblasti sociálních služeb na úroveň krajů a stabilizuje podíl státního rozpočtu na financování sociálních služeb se zohledněním podílu krajů na jejich financování.</b></p> <p>Bude podporovat pokračování transformace pobytových zařízení.</p> <p>Vláda udrží síť a různorodost nabídky sociálních služeb včetně těch, které poskytují nestátní poskytovatelé.</p> <p>Vláda podpoří rozvoj péče o seniory a osoby se zdravotním postižením v domácím prostředí. Odpočet ve stejné výši jako při péči o děti.</p> <p><u>Uvedeno v části ke zdravotnictví</u> Společně s odborníky <b>vláda vymeze dlouhodobou zdravotně-sociální péči a navrhne zavedení uceleného systému zdravotnických a sociálních služeb, včetně způsobu financování.</b></p> <p>Bude podporovat dlouhodobou péči v domácnostech pacientů, terénní a ambulantní služby přizpůsobené potřebám pacienta jako alternativu ústavní dlouhodobé péče. Podpoří rozvoj paliativní a hospicové péče.</p>	<p>V součinnosti s orgány samosprávy a nevládními organizacemi <b>bude řešen systém poskytování a financování sociálních služeb</b>, včetně paliativní péče v zařízeních hospicového typu.</p> <p><b>Vláda bude pokračovat v přípravě nové právní úpravy tzv. dlouhodobé péče.</b></p>	<p>Zajistíme dostupné, kvalitní a efektivní sociální služby především definováním sítě sociálních služeb, posílením role plánování jejich rozvoje a víceletým financováním.</p> <p>Podpoříme variabilitu sociálních služeb dle potřeb uživatelů, včetně podpory osob, které pečují o své blízké v domácím prostředí.</p> <p>Stanovíme jasná pravidla pro výpočet dotace jejich poskytovatelům a pro použití příspěvku na péči.</p> <p><u>Uvedeno v části ke zdravotnictví!!</u> <b>Odstraníme administrativní překážky pro kofinancování sociální a zdravotní péče ze zdrojů sociálního a zdravotního pojištění.</b></p>

Zdroj: Autorka

## **2.2 Vývoj české sociální a zdravotní politiky v kontextu lidských práv**

Definování lidských práv na celosvětové úrovni předcházelo mezinárodní kontext vývoje lidské společnosti (Magna Charta 1215), Deklarace nezávislosti Spojených států Amerických (1776), Deklarace práv člověka a občana (1789) Francie. Lidská práva jsou souborem morálních principů a také právně vymahatelných očekávání norem lidského chování. (Woodwiss, 2005) Na lidská práva lze nahlížet např. z pohledu filosofie jako na něco předem daného (univerzální stav svobody), co předcházelo společenské smlouvě (J. Lock, F. Hutcheson, aj). Skeptičtější pohled ke vzniku a vymezení lidských práv zastával např. J. Bentham ve svém díle *Anarchical fallacies (1843)*. (Waldron, 2015) Nicméně jsou lidská práva definována jako nezcizitelný majetek všech lidských bytostí s principem univerzálnosti, neoddělitelnosti od sebe, rovnosti a zákazu diskriminace. (United, 2016)

V tomto duchu byla vytvořena již v roce 1945 na základě Charty OSN (přijata i ČSR) Všeobecné deklarace lidských práv. Hodnota lidské existence s právními nároky je uvedena v preambuli, v článku 1. *„Všechny lidské bytosti se rodí svobodné a sobě rovné co do důstojnosti a práv.“* V roce 1966 byla artikulace lidských práv vymezena dokumenty *„Mezinárodní pakt o občanských a politických právech“* a *„Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech.“*

*„Čl. 9 Státy, smluvní strany Paktu, uznávají právo každého na sociální zabezpečení, zahrnující v to právo na sociální pojištění.“*

*Čl. 12 1. Státy, smluvní strany Paktu, uznávají právo každého na dosažení nejvyšší dosažitelné úrovně fyzického a duševního zdraví. 2. Státy, smluvní strany Paktu, učiní opatření k dosažení plného uskutečnění tohoto práva, která budou zahrnovat: mj. i vytvoření podmínek, které by zajistily všem lékařskou pomoc a péči v případě nemoci.“*  
(Mezinárodní, 1966: s. 2)

Další velmi významnou oblast ochrany lidských práv přejalo tehdejší ČSR z podnětu Konference o bezpečnosti a spolupráci v Evropě, konané v Helsinkách roku 1975. (Krejčí, 2011)

**Lidská práva jsou v ČR** předně ukotvena v z. č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky. Prvním článkem, odst. 1 a 2 je vymezena forma vlády, a to demokratický

právní stát, který je založený na úctě k právům a svobodám člověka. Dále z tohoto článku vyplývá, že jsme zavázáni k dodržování i mezinárodních práv (OSN, EU, aj). Konkrétní práva jsou dále uvedeny v článku 3, z. č. 2/1993 Sb., Usnesení předsednictva České národní rady o vyhlášení Listiny základních práv a svobod (dále jako LZPS) jako součástí ústavního pořádku ČR. (Ústava ČR, 2015)

Vymezení práv pro oblast poskytování zdravotní péče v PZSS:

- Hlava první, čl. 3, odst. 3., Nikomu nesmí být způsobena újma na právech pro uplatňování jeho základních práv a svobod.
- Hlava druhá, čl. 7, odst. 2., Nikdo nesmí být mučen ani podroben krutému, nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestu.
- Hlava druhá, čl. 10, odst. 1., Každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno.
- Hlava čtvrtá, čl. 31 Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.

Na politické úrovni hlavním orgánem státní správy je dle z. č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České socialistické republiky (dále jen z. č. 2/1969 Sb.) Ministerstvo spravedlnosti (§11), které „*zastupuje Českou republiku při vyřizování stížností na porušení Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod a jejích Protokolů a Mezinárodního paktu o občanských a politických právech a koordinuje provádění rozhodnutí příslušných mezinárodních orgánů.*“ Dále je dodržováním a naplňováním (vnitrostátních i mezinárodních) lidských práv zodpovědný orgán, Rada vlády pro lidská práva, zřízená v roce 1998, ministr pro lidská práva, rovné příležitosti a legislativu a předseda Legislativní rady vlády. Nestranným, nezávislým a monokratickým státním orgánem je veřejný ochránce práv.<sup>17</sup>

Ochrana ústavnosti a základních lidských práv a svobod dle LZPS a dalších ústavních zákonů ČR je v kompetenci Ústavního soudu ČR sídlícího v Brně. Mimo níže uvedené mezinárodní právo i Ústava ČR byla měněna na základě přijetí tzv. „*euronovely*“ z roku 2001 aplikované do národního práva z. č. 395/2001 Sb., Ústavní zákon, kterým se mění ústavní z. č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, ve znění pozdějších předpisů, platným od 01. 06. 2002. Právní norma vymezuje nejen dle čl. 1,

odst. 2) povinnost ČR dodržovat závazky, které pro ni vyplývají z mezinárodního práva, ale také významně ovlivňuje kompetence Ústavního soudu ČR. Ústavní soud ČR do roku 2002 disponoval dle čl. 87 kompetencí zrušit zákon, předpis či jejich jednotlivé ustanovení, jsou-li v rozporu s ústavním zákonem, zákonem nebo mezinárodní smlouvou podle čl. 10. Přičemž čl. 10 hovoří o závaznosti a přednosti mezinárodního práva před právem národním v otázce ochrany lidských práv a svobod. „*Dřívější znění článku 10 Ústavy ČR totiž v případě konfliktu mezi vnitrostátním zákonem a mezinárodní smlouvou (o lidských právech a základních svobodách) považovala mezinárodní smlouvu (její ustanovení) za referenční kritérium, dle něhož mohla být ustanovení vnitrostátního zákona či zákon jako takový zrušen.*“ (Kučerová, 2012: s. 95) S přijetím z. č. 395/2001 Sb. byla tato kompetence o ochraně lidských práv a svobod Ústavnímu soudu ČR zrušena. (Háva, 2008)

**Z výčtu mezinárodního práva** je pro ČR závazná především Smlouva o Evropské unii (Maastricht) podepsána v 07. 02. 1992 (Treaty on European Union), která vstoupila v platnost 01. 11. 1993 (platná do roku 2009). Obsahem smlouvy bylo ustanovení o činnosti tzv. Společenství (The Community) čl. 3, písm. o) přispět k dosažení vysoké úrovně ochrany zdraví. Detailněji uvedeno v hlavě X Veřejné zdraví, čl. 129, který vymezuje povinnost Společenství přispívat k zajištění vysoké úrovně ochrany lidského zdraví vzájemnou spoluprací mezi členskými zeměmi a v případě potřeby poskytnutím podpory v jejich činnosti. Jde zde především o prevenci nejzávažnějších nemocí, podporování výzkumu příčin a přenosů těchto nemocí.<sup>18</sup>

Následujícím dokumentem je Evropská sociální charta obsahující sociální a hospodářská práva. Charta byla přijata 18. října 1961 v Turíně. ČR tuto chartu podepsala v roce 1992, jejíž ratifikace byla až 3. listopadu 1999 po vyslovení souhlasu Parlamentu ČR. Charta obsahuje jak jednotlivá práva na ochranu zdraví, tak i práva využívání sociální péče. (Hýbnerová, 1992)

Dalším významným dokumentem je Listina (Charta) základních práv Evropské unie vyhlášena 1. 12. 2000 (Nice), která se stala právně závaznou až s přijetím Lisabonské smlouvy v roce 2009 s konkrétními právy:

---

<sup>18</sup> Vláda České republiky: Rada vlády pro lidská práva. *Vláda české republiky* [online]. Praha, 2016. [cit. 2016-03-26]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/rlp/rlp-uvod-17537/>

## Kapitola III -

- čl. 21 Ochrana před diskriminací, hlavně z důvodu postižení a věku,
- čl. 25 Práva starších osob na důstojný a nezávislý život a na jejich aktivní účast na společenském a kulturním životě.

## Kapitola IV -

- čl. 34 Sociální zabezpečení a sociální pomoc, kde je uznáváno a respektováno právo na sociální služby zajišťující ochranu pro případ jako je závislost na stáří,
- čl. 35 ochrana zdraví, zahrnující právo na prevenci, ochranu zdraví a právo na zdravotní péči. (Charta, 2009)

Lisabonská smlouva podepsána 13. 12. 2007 (Lisabon), byla přes odmítavý postoj tehdejšího prezidenta Václava Klause (Klaus, 2009) přijata od 01. 12. 2009. Tato smlouva vymezuje sdílenou pravomoc členských států a unie v „*Čl. 2, písm. k) ke společným otázkám bezpečnosti v oblasti veřejného zdraví, pokud jde o hlediska vymezená v této smlouvě.*“ (Lisabonská, 2008: s. 64) Unie má pravomoc dle „čl. 2e), písm. a) provádět činnosti, jimiž podporuje, koordinuje nebo doplňuje činnosti členských států mj. i v oblasti ochrany a zlepšování lidského zdraví.“ (tamtéž: s. 64) Dále v „*Článku 5a Při vymezování a provádění svých politik a činností přihlíží Unie k požadavkům spojeným s podporou vysoké úrovně zaměstnanosti, zárukou přiměřené sociální ochrany, bojem proti sociálnímu vyloučení a vysokou úrovní všeobecného a odborného vzdělávání a ochrany lidského zdraví.*“ (tamtéž: s. 65) Konkrétněji je pojata i oblast veřejné zdraví pod čl. 152 se zaměřením např. na „*sledování vážných přeshraničních zdravotních hrozeb, včasné varování před nimi a boj proti nim.*“ a „*Podněcuje zejména spolupráci mezi členskými státy zaměřenou na zlepšení vzájemného doplňování jejich zdravotních služeb v příhraničních oblastech.*“ (tamtéž: s. 110)

Dalším důležitým a více věkově specifikovaným dokumentem je Evropská charta práv pacientů seniorů týkající se kvalitní a dostupné sociální a zdravotní péče. Tento dokument propojuje v případě péče o seniory tyto dvě od sebe těžko oddělitelné disciplíny s následujícími úkoly:

- „*posilovat dobré zdraví a pohodu starého člověka, předcházet nemocem a nesoběstačnosti či je zmírňovat;*
- *léčit pacienta v případě onemocnění;*

---

<sup>18</sup> COUNCIL OF THE EUROPEAN COMMUNITIES COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES. *Treaty*

- pomáhat starším pacientům vést plnohodnotný a nezávislý život aktivních a platných členů lidského společenství;
- zajistit kontinuitu mezi zdravotnickými a sociálními službami s cílem, aby starší občan zůstal co nejdéle ve svém domě a komunitě s tím, že hospitalizace či pobyt v instituci mu budou umožněny v případě, kdy se stanou nezbytnými;
- garantovat, aby nedocházelo k diskriminaci z důvodu věku, pohlaví, náboženského přesvědčení, národnosti občana, či místa kde právě žije.“ (Venglářová, 2007: s. 91)

Některé body této charty nejsou stále v ČR uvedeny do praxe. Především kontinuita sociální péče a zdravotních služeb není institucionálně zajištěna. Problematická je i dostupnost sociálních služeb a s tím i spojená skrytá diskriminace z důvodu (ne)priznaného Příspěvků na péči zájemce o služby či jeho zdravotní pojišťovna (otázka hrazení péče). Právní ochrana nesoběstačných seniorů z důvodu vysokého věku a zhoršeného zdravotního stavu je více definována v mezinárodních právních aktech než ve vnitrostátních právních normách, což vede k neustále se opakujícím problémům na poli sociálně zdravotní péče.

S ochranou práv osob v seniorském věku se dále můžeme setkat např. v dokumentech: Doporučení Evropské alzheimerovské společnosti k použití omezujících prostředků v péči o pacienty s demencí, Chartě práv tělesně postižených osob, Chartě práv umírajících, u Práv duševně postižených a v celé řadě etických kodexů. (Malíková, 2011) Respektování důstojnosti a lidských práv nebývalo vždy samozřejmostí. Ve své publikaci to dokládá všeobecným pohledem např. Malíková (2011).<sup>19</sup> Obrázek o některých dříve nazývaných DD doložila i ve své řeči poslankyně Alena Hanzlové (1987) „*Jsou případy kdy na jednom pokoji je umístěno 10-14 starých lidí.*“ (Hanzlová, 1987: s. 1)

---

on european union. 1992.

<sup>19</sup> „Předchozí umístování seniorů do jediné formy institucionální péče, státních domovů důchodců, bylo obvyklým a téměř výhradním způsobem řešení snížené soběstačnosti nebo úplné nesoběstačnosti seniorů. Poskytovanou péčí (bez ohledu na kvalitu) financoval stát. Nebyla možnost výběru a volby. Pokud se o skutečně nesoběstačného seniora nemohla postarat rodina, zbývala jediná volba – ústavní péče. Senior většinou neměl možnost vyjádřit sek poskytované zdravotní nebo sociální péči a fungovalo rozhodování o něj bez něj. Poslední léta svého života tito senioři trávili většinou na vícelůžkových pokojích. Práva seniorů byla často porušována.“ (s. 29 – 30)



## **2.3 Současný systém sociální péče v ČR po přijetí z. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách**

Služby sociální péče zaštiťují výčtem svých základních činností<sup>20</sup> zabezpečení lidských potřeb pro necelé 2% seniorské populace. Dle z. č. 108/2006 Sb. v §38 „*Napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.*“ Osobám, které jsou jednou z nejzranitelnějších skupin obyvatel. Osobám, které jsou znevýhodněné a omezené při zabezpečování osobních potřeb, sociálních rolí, v komunikaci a v neposlední řadě i na participaci života společnosti. (Kalvach, 2011) Provázanost sociální a zdravotní péče by měla být v následujících letech nevyhnutelným cílem, o jehož dosažení by se zodpovědná ministerstva s dalšími aktéry měla bezmezně usilovat.

### **2.3.1 Organizace a financování sociální péče**

System organizace a financování sociální a zdravotní péče je od sebe striktně oddělen. (Malíková, 2011; Dvořáčková 2012) Ústředním orgánem je MPSV, které vytváří kompletní koncepci systému, strategie a ekonomiky sociální péče, jak v národním, tak i v mezinárodním měřítku. Principem decentralizace vznikla nová pluralita subjektů zabezpečujících sociální péči. Od roku 2007 se sociální péče nese v duchu transformace, deinstitutionalizace a humanizace služeb. Jde zde o nastavení služeb (provozování a struktura) dle individuálních potřeb klienta. Pojetí sociální péče vycházelo z následujících dokumentů:

- Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné druhy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatel a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti
- Národní akční plán sociálního začleňování na léta 2006 - 2008, 2008 - 2010
- Bílá kniha v sociálních službách
- Z. č. 108/2006 Sb. (MPSV, 2015)

<sup>20</sup> Příloha č. 4: Základní činnosti pobytových sociálních služeb (tabulka)

Sociální služby může poskytovat fyzická či právnická osoba<sup>21</sup> na základě oprávnění o rozhodnutí o registraci, které vydává krajský úřad či příslušné ministerstvo.

Poskytovateli mohou být:

- „*nestátní neziskové organizace*;
- *obce a kraje*;
- *organizační složky obcí a krajů*;
- *příspěvkové organizace obcí, krajů, MPSV*;
- *podnikatelské subjekty - právnické i fyzické osoby*“ . (Poláková, 2013: s. 31)

Nejčastěji využívanými pobytovými sociálními službami pro seniory se sníženou soběstačností zejména např. z důvodu věku, chronického duševního onemocnění a osoby se stařečkou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby, jsou DS, DOZP a DZR. Pobytové služby mají charakter celoročního ubytování s poskytováním komplexních služeb od stravování až po ošetřovatelskou péči.

**Tab. č. 7 Kapacita pobytových sociálních služeb vždy k 31.12.**

Rok / Služba	DS	DOZP	DZR
2010	37.818	14.396	8.822
2011	37.616	13.978	9.727
2012	37.447	13.820	10.740
2013	38.091	13.423	12.048
2014	37.327	12.926	14.354

Zdroj: MPSV (2010 - 2014)<sup>22</sup>

Nejvíce kapacitní službou je DS. Obloženost<sup>23</sup> lůžek pobytových služeb je těsně pod hranicí 100%. (MPSV, 2010) Přičemž neuspokojených žadatelů bylo např. v roce 2013 60.809 (DS - 45.321, DZR - 15.488 žadatelů). (MPSV, 2014a)<sup>24</sup> „*Podmínkou zachování lidské důstojnosti seniora, který v důsledku své sociální situace potřebuje pobytovou sociální službu, je dostupnost této služby. Opak způsobuje starým lidem a jejich blízkým obrovský stres a důsledek bývá i přežívání po nemocnicích a léčebnách*

<sup>21</sup> Také zahraniční právnická osoba na území České republiky.

<sup>22</sup> Snížení počtu kapacity v letech 2011, 2012 a 2014 je způsobeno přeregistrací části služby DS na DZR.

<sup>23</sup> Obloženost - ukazatel využití lůžkového fondu v procentech (Okurka, Hugo, 2009)

*dlouhodobě nemocných, kde pacient nemůže zůstat, až pomine indikace pro jeho další pobyt.“ (Veřejný, 2013: s. 9)*

Financování sociálních služeb je rozloženo na několik aktéru.

- MPSV – účelná dotace ze státního rozpočtu na financování běžných výdajů souvisejících s poskytováním sociálních služeb (§ 101a).
- Příspěvek od zřizovatele (např. obec, kraj)
- Dotace z ÚP ČR (např. na pracovní místa)
- Tržby z prodeje služeb (zejména úhrady za ubytování a stravu, Příspěvek na péči)
- Sponzorské dary

V z. č. 108/2006 Sb. je rozsah, podmínky zabezpečení a hrazení zdravotní péče vymezeno v § 36. Tento paragraf odkazuje na zdravotní právní normy, dále uvedené v kap. 2.4.

## **2.4 Systém české zdravotní péče po roce 2006**

Zdravotní péče je realizována v rámci modelu nestátního veřejného zdravotního pojištění se silným zastoupením státu. Ústředním orgánem je MZ ČR a dalším velice důležitým orgánem je VZP ČR. Zdravotní politika je také podmíněna mezinárodními institucemi, např. WHO nebo EK. (Janečková, Hnilicová, 2009)

### **2.4.1 Organizace a financování zdravotní péče**

Poskytování zdravotní péče v PZSS je upraveno z. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen o zdravotních službách) . Ošetrovatelská péče může být poskytována pouze na základě oprávnění. Toto ustanovení dle §11 není pro PZSS povinné. Výkon ošetrovatelské péče dle §11, písm. b) se plně odkazuje na §36 z. č. 108/2006 Sb. a je aplikována dle odbornosti 913<sup>25</sup> odborným zdravotním personálem (z. č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících

---

<sup>24</sup> Data mohou být však zkreslena, protože jedna žádost se nerovná jednomu seniorovi. Vzhledem k cílové skupině je zde promítnut také faktor mortality, který nedovoluje uvést reálný počet přeživší žadatelů.

<sup>25</sup> Vyhl. MZ ČR č. 134/1998 Sb., o seznamu zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami; metodika MPSV, Holmerová, Válková, 2011

zákonů (dále jen zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)). Základní rámec práce všeobecné sestry je uveden v tabulce č. 7.

Dále zdravotní péči upravuje z. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (dále jen z. č. 48/1997 Sb.) v §22 o zvláštní ambulantní péči. S poskytováním zdravotní péče jsou spojeny další povinnosti, např. dle z. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, §45, odst. 2, písm. n)

*„n) uzavřít pojistnou smlouvu o pojištění své odpovědnosti za škodu způsobenou v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, a to v rozsahu, v jakém lze rozumně předpokládat, že by jej mohla taková odpovědnost postihnout; toto pojištění musí trvat po celou dobu poskytování zdravotních služeb; kopii pojistné smlouvy je poskytovatel povinen zaslat příslušnému správnímu orgánu nejpozději do 15 dnů ode dne zahájení poskytování zdravotních služeb.“*

Financování zdravotní péče je realizováno od roku 2006 pod vedením MZ ČR na základě systému zdravotního pojištění. Věcné plnění zdravotní péče (vyjma rehabilitační, změna rok 2011) je založeno na smluvním vztahu podle tzv. Zvláštní smlouvy<sup>26</sup> mezi poskytovatelem sociálních služeb a VZP ČR (nebo dalšími zdravotními pojišťovnami).

Příslušná zdravotní pojišťovna zvláštní smlouvu uzavře na žádost poskytovatele sociálních služeb. Podmínkou k uzavření smlouvy je poskytování ošetrovatelské péče zdravotnickými pracovníky poskytovatele sociálních služeb způsobilými k výkonu zdravotnického povolání. (§17a) Smlouvy obsahují způsob úhrady, výši úhrady a regulační omezení úhrady stanovené na určité období. Smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb lze uzavřít pouze pro zdravotní služby, které je poskytovatel oprávněn poskytovat (odbornost 913). Součástí smlouvy je vždy výčet zdravotních výkonů<sup>27</sup> ze seznamu zdravotních výkonů, publikovaný formou vyhlášky. Smlouva uzavřená mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem sociálních služeb se řídí tzv. rámcovou smlouvou na základě dohodovacího řízení, jehož aktérem je i MZ ČR. MZ ČR posuzuje legislativní správnost právního aktu a soulad s „*veřejným zájmem na zajištění kvality a dostupnosti hrazených služeb, fungování systému zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění (dále jen "veřejný zájem")*“, a poté je vydá jako vyhlášku.“ (§17) Dále stanoví vyhláškou seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a s pravidly pro jejich vykazování.

<sup>26</sup> Z. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, §17a)

<sup>27</sup> Příloha č. 5: Výkony odbornosti 913 (tabulka)

Platby za provedenou ošetrovatelskou péči jsou poskytovány dle tzv. úhradových dodatků. Tyto dodatky jsou sjednávány pouze na období jednoho roku a jsou regulované příslušnou vyhláškou *“o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro určitý rok.”* Jelikož je ošetrovatelská péče z veřejných zdravotních pojišťoven podhodnocena, (Koubová, 2016; Horecký 2013 - 4) je ošetrovatelská péče hrazena dále např. z příspěvku zřizovatele (dle specifických podmínek), úhrad klientů a případně ze sponzorských darů.

Stanovení léčebného postupu a následné vykázání zdravotního výkonu k proplacení je možné pouze na základě indikace ošetroujícího lékaře ve smluvním vztahu k PZSS. (§17, 18) V PZSS je hrazena pouze ošetrovatelská a rehabilitační péče dle §22.<sup>28</sup>

**Tab. č. 8 Charakteristika práce všeobecné sestry v sociálních službách**

<b>Činnost</b>
V souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu.
Vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřicích technik používaných v ošetrovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy).
Sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce pacientů, to je dech, puls, tělesnou teplotu, krevní tlak a další tělesné parametry.
Pozoruje, hodnotí a zaznamenává stav pacienta do zdravotní dokumentace.
Zajišťuje a provádí vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami (diagnostickými proužky).
Hodnotí a ošetroje poruchy celistvosti kůže.
Provádí nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti.
Edukuje pacienty, případně jiné osoby zapojené do ošetrovatelského procesu.

Zdroj: Holmerová, Válková, 2011, s. 5 - 6

**Paliativní a symptomatická péče** o osoby v terminálním stavu, poskytovaná ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu (a domácí péče) je hrazena právě a jenom tam (§22a). Současný trend však ukazuje, že paliativní péče je běžně poskytovaná i u poskytovatelů pobytových sociálních služeb. *„Zdravotní stav uživatelů,*

<sup>28</sup> §22 Hrazenými službami je i zvláštní ambulantní péče poskytovaná pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně, smyslově nebo mentálně postiženým a závislým na cizí

*kteří byli a jsou v současné době do domovů pro seniory přijímáni, bývá obvykle velmi těžký a neřídka je jejich pobyt v novém domově otázkou jen několika málo měsíců, či dokonce dnů.“* (Dražilová, 2014: s. 24) V roce 2000 byl realizován kurz v rámci mezinárodního projektu ELNEC s cílem rozvinout a zlepšit poskytovanou paliativní péči zdravotních sester ve zdravotnických zařízeních. Dražilová (2014) uvádí, že: *„Česká praxe však ukázala, že na rozvoj komplexní paliativní péče, která do poslední chvíle zachovává důstojnost umírajícího jako hodnotného člověka, jsou kromě hospiců mnohem lépe než běžné nemocnice připravena pobytová zařízení sociální péče.“* (tamtéž: s. 25) I když se poskytovatelé pobytových sociálních služeb potýkají v otázce paliativní péče s nemálo překážkami, např. nedostatek pracovníku služby, absence permanentní přítomnosti ošetřujícího lékaře nebo psychiatra. Hrazení paliativní péče lze dle z. č. 48/1997 Sb. v §22a uplatnit pouze jako *„poskytovanou ve zvláštním lůžkovém zařízení hospicového typu a domácím prostředí.“* Nicméně *„... ke 30. 1. 2013 zdravotní pojišťovny zatím bohužel neuzavřely smlouvu s žádným poskytovatelem zdravotních služeb s výkony odbornosti 720 (paliativní medicína).“* (Sláma, Kabelka, Špinková, 2013: s. 8) Dle Strategie rozvoje paliativní péče v ČR na období 2011 - 2015 je v kapitole financování paliativní péče v závěru uvedeno, že *„Současný stav paliativní péče v České republice je nedostatečný a neodpovídá aktuálním potřebám; je nezbytné prostřednictvím legislativních a systémových změn dosáhnout změny této situace.“* (Strategie, 2010: s. 14) A pokud je tato péče poskytována *„tak především v lůžkových hospicích, neboť v jiných zařízeních pro ni nejsou vytvořeny dostatečné organizační, zákonné a ekonomické podmínky.“* (tamtéž: s. 14) <sup>29</sup>

#### **2.4.2 Diskurz sociálně - zdravotní péče v mezinárodním kontextu**

Poskytování zdravotní péče v PZSS ale i v domácím prostředí je v zahraničí nazýváno tzv. *“dlouhodobou péčí“* (Long term care - LTC). Dle OECD je definována jako rozsah služeb osobám s omezenou mírou funkční kapacity, fyzické nebo kognitivní, a které jsou v důsledku toho závislé delší dobu na pomoci se základními

---

pomoci a paliativní péče, poskytovaná pojištěncům v terminálním stavu, v jejich vlastním sociálním prostředí.

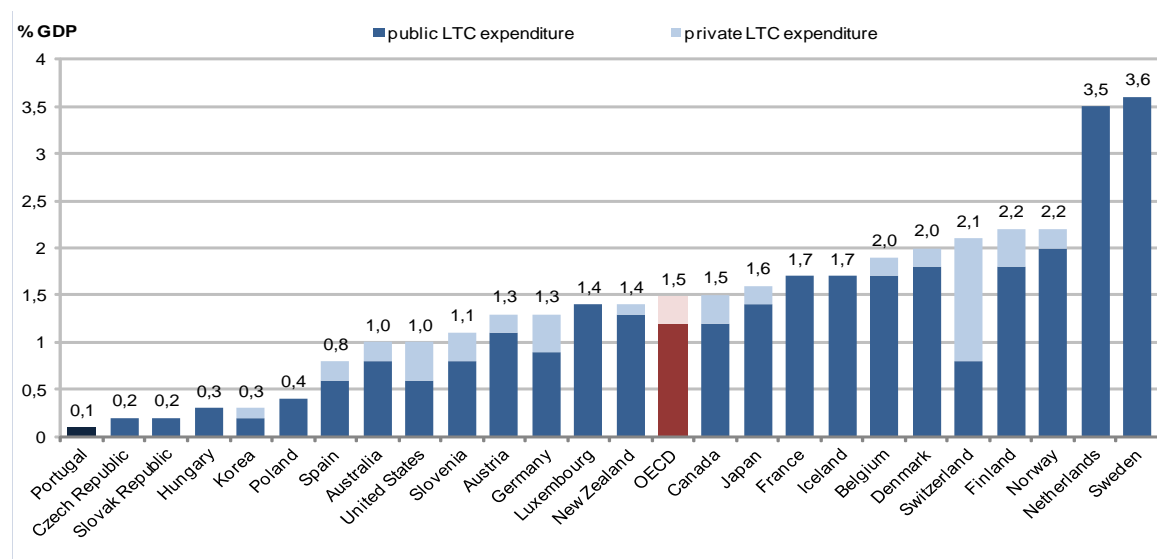
<sup>29</sup> Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 - 2015: Část III materiál č.j. 03468/11-OLP. Praha, 2010. Dostupné také z: <http://www.vlada.cz/assets/ppov/rlp/cinnost->

každodenními činnostmi. Osobní péče je často poskytována v kombinaci se základními lékařskými službami, jako je ošetrovatelská péče (pomoc při krytí ran, léčba bolesti, léky, sledování zdravotního stavu), prevence, rehabilitace nebo služby paliativní péče. (A Good, 2013)

Národní program přípravy na stárnutí uvádí, že „*Dlouhodobá péče je péče zdravotní i sociální. Zdravotní a sociální potřeby jsou u části starších osob neoddělitelné. Tyto osoby potřebují jak zdravotní, tak sociální péči. Systém dlouhodobé péče musí vycházet z integrace zdravotních a sociálních služeb ústavních, ambulantních a poskytovaných v domácnosti.*“ (MPSV, 2010a)

Diskurz o dlouhodobé péči na národní úrovni, který probíhal hlavně v letech 2009 - 2012, byl opíráno o poznatky OECD, WHO, EU/EC. Celkové výdaje na tento druh péče jsou hodnoceny v zemích OECD na průměrné úrovni 1,5 % HDP, přičemž největší cílovou skupinou příjemců péče jsou ženy převážně ve věku nad 80 let. (Háva, 2013; Colombo, 2011)

**Graf. č. 4 Podíl veřejných a celkových výdajů na LTC v zemích OECD, 2008**



Zdroj: OECD Health Data 2010; Háva, 2013<sup>30</sup>

rady/zasedani-rady/Strategie-paliativni-pece\_schvaleno-RLP.doc. Zápis z čtvrtého zasedání Výboru pro lidská práva a biomedicínu v roce 2010 6. září 2010, schválení strategie.

<sup>30</sup> Notes: Data for Austria, Belgium, Canada, the Czech Republic, Denmark, Hungary, Iceland, Norway, Portugal, Switzerland and the United States refer to only health-related long-term care expenditure. In other cases, expenditure relates to both health-related (nursing) and social long-term care expenditure. Social expenditures on LTC are estimated at 1% of GDP (Source: Czech Ministry of Health, 2009). Data for Iceland and the United States refer to only to nursing long-term care in institutions. Data for the United States underestimate expenditure on fully private LTC arrangements. Data for Poland exclude

Například v Německu je systém dlouhodobé péče aplikován v tzv. „modelu dceřiné společnosti“. Je to povinný a univerzální systém sociálního pojištění (LTCD). Od roku 1995 je to pátý pilíř systému sociálního zabezpečení a následuje zdravotní pojištění. Tento systém pojištění vytváří základnu podpůrné péče a navíc je dále kombinován s poradenstvím a se snahou integrovat různé výhody z oblasti sociální i lékařské pomoci pod jednu střechu. (Schultz, 2010)

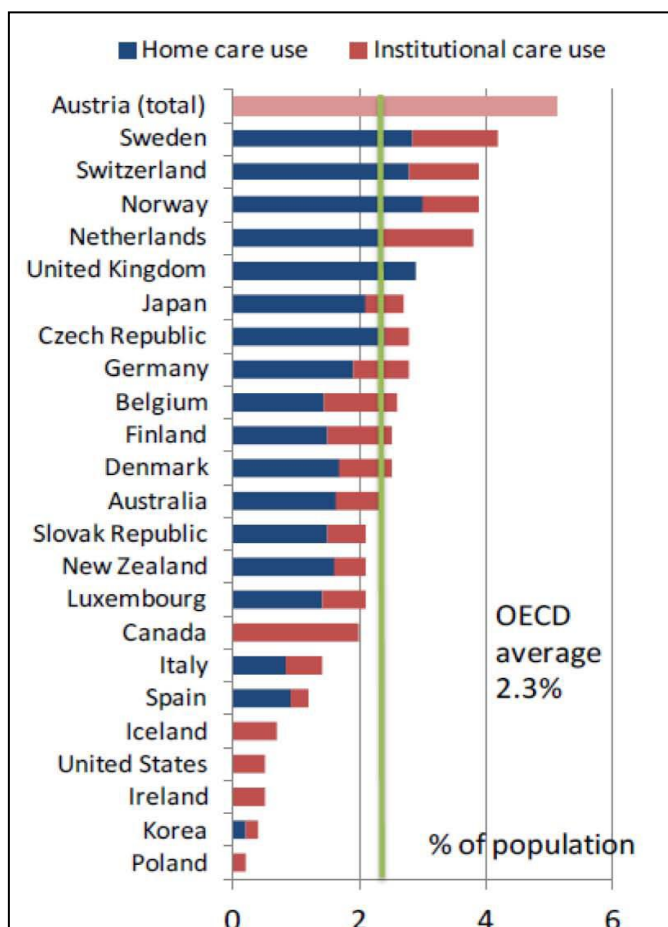
Rakouský systém dlouhodobé péče (LTC) je systém podobný jako v ČR. Jde zde o peněžitou dávku (Příspěvek na péči) a o věcné dávky. Zatímco zdravotní péče je financována a organizována ze systému tzv. sociálně zdravotního pojištění, dlouhodobá péče je poskytována sociálními službami organizovaných komunit a z velké části je financována prostřednictvím daní. Oproti ČR zde existuje úzká souvislost mezi službami dlouhodobé péče a systémem sociálního pojištění. Vstup příjemce do systému dlouhodobé péče je organizován či iniciován poskytovatelem zdravotních služeb (např. rodinný lékař). (Riedel, Kraus, 2010)

Systém LTC se v Itálii vyznačuje vysokou mírou institucionální fragmentace. Financování, správa a organizace je rozložena na místní (obce) a regionální orgány, s různými způsoby ve vztahu k institucionálnímu modelu každého regionu. Aktéři - obce, místní zdravotnické orgány, pečovatelské domy a Národní institut sociálního zabezpečení, ale i ostatní hráči se přímo podílejí na organizaci služeb LTC. Navíc, v Itálii je významný podíl výdajů LTC financován přímo z domácností. Dlouhodobá péče je dodávána ze strany veřejných i soukromých akreditovaných poskytovatelů zdravotní a osobní sociální péče. Národní a místní daně jsou hlavními zdroji financování veřejných výdajů na dlouhodobou péči. (Tedeschi, Gabriele, 2010)

*„Obecným trendem, zjištěným z mezinárodního srovnání (OECD), je závislost výše veřejných výdajů na oblast dlouhodobé péče s objemem péče, poskytované neformální formou“, která v ČR přes všechny své problémy převažuje nad institucionální. (Háva, 2013: s. 14) Péče poskytovaná neformálními pečovateli i v ostatních zemích OECD z výrazné většiny převažuje. Neformální pečující, převážně rodinní příslušníci, jsou pro systém dlouhodobé péče nezastupitelní. Pečujícími jsou převážně ženy s minimálními spíše symbolickými možnostmi podpory, což pro další vývoj LTC není příznivé. (Colombo, 2011)*



**Graf č. 5 Podíl veřejných a celkových výdajů na LTC z HDP v zemích OECD, 2008**



Zdroj: Colombo, 2011: s. 7

## 2.5 Kontroverzní faktory systému sociální a zdravotní péče

Obecně formulované cíle sociální politiky se od cílů zdravotní politiky výrazně neliší. V obou případech jde o podporu a rozvoj života člověka.<sup>31</sup> Sociální politika svým charakterem působnosti směřuje k „... vytvoření lidsky důstojných podmínek života a zajištění rovných příležitostí všem; rovný přístup ke... zdravotní péči, a to na dostatečně kvalitní úrovni.“ (Krebs, 2007: s. 37) Zdravotní politika se soustřeďuje na aktivity ochrany a rozvoje zdraví lidí po celý život člověka za účelem snížení výskytu nemocí nebo jiných poškození zdraví. V rámci dlouhodobého programu Zdraví pro všechny v 21. století, přijatém vládou v roce 2002, také na podporu aktivního stárnutí a zajištění financování zdravotnictví, na zásadách rovného přístupu,

<sup>31</sup> Uvedeno také v Inovace systému kvality sociálních služeb, (2013: s. 3) Zacielení je sice jiné (v jednom případě je úkolem působit na zdraví, ve druhém případě zase na sociální začlenění), ale smyslem obou typů služeb je působit na kvalitu života.

efektivitu, solidaritu a optimální kvalitu.<sup>32</sup> Realizováno činnostmi ex-post a ex-ante. (Krebs, 2007; Zdraví 21, WHO) Nicméně normy a hodnoty, které dané rezorty zaujímají, nejsou totožné, což vede k rozdílným cílům daných politik. (Mátl, Jabůrková, 2007) S tím souvisí hlavně v oblasti zdravotní politiky upřednostnění tržně orientovaného postoje před sociální spravedlností a solidaritou.

Adekvátní a důstojné zabezpečení potřeb uživatelů sociálních služeb je těsně spjaté s kvalitou péče a s propojeností obou segmentů. Vzhledem k zjevným diferencím přetrvávajících v zajišťování zdravotní péče poskytované v sociálních službách vzniká rozpor jak na úrovni komplexnosti systému (organizace, financování a propojenost systému), tak i na úrovni její kvality. Propojení sociální péče s péčí zdravotní znázorňuje model č. 1.

V PZSS žijí senioři, kteří v důsledku své nesoběstačnosti a závislosti na pomoci druhé osoby potřebují určitý rozsah péče. Fyzické, psychické a sociální schopnosti a dovednosti seniorů a jejich výkon je podmíněn převážně zdravotním stavem. V pobytových sociálních službách, i když to nejsou zdravotnická zařízení, je opodstatněné dostatečnými měrou a v řádné kvalitě poskytovat nejen úkony péče o vlastní osobu seniora (strava, hygiena, výkon fyziologické potřeby, obstarávání osobních záležitostí aj.), ale také poskytovat zdravotní služby. Praxe však ukazuje, že právě zde vzniká problém.<sup>33</sup>

Problém lze klasifikovat jako „*odchylku od očekávaného standardu fungování*.“ (Kepner, Tregoea, 1981 in Veselý, Nekola, 2007: s. 193) Dále např. Duckner (1945) ve své práci popsal problém „*jako situaci, ve které máme cíl, ale neznáme cestu k němu*.“ (Veselý, 2005: s. 8) Problém svým charakterem spadá do kategorie sociálních problémů. Dotýká se práv a hodnot lidského života určité (poměrně velké) skupiny obyvatel. Problém je vnímán nejen osobami, kterých se přímo dotýká, ale je diskutován i na poli širším (politickém) Na definici sociálního problému můžeme nahlížet z pohledu objektivního, subjektivního nebo z přístupu, který oba tyto pohledy kombinuje. (Petrušek, Maříková, Vodáková, 1996) Petrušek a kol. vymezují objektivnost problému jako „... *stavy nebo takové druhy chování, které komplikují dosahování společenských cílů, poškozují plynulé fungování společnosti a narušují* -

<sup>32</sup> Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti\\_2461\\_1101\\_5.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html)

<sup>33</sup> Z pohledu lékařů na tuto situaci upozornil např. Brouzek „Většina klientů domovů pro seniory má problémy s mobilitou či psychickým funkce takového rozsahu, že je potřeba poskytovat jim odborné zdravotnické služby v samotném domově. Nakonec snadný přístup ke zdravotnickým službám je často jeden z významných důvodů žádosti o přijetí.“ *Rezidenční péče, 1/2015, s. 7*

*sociální rovnováhu (R. K. Merton, R. A. Nisbet aj.)“ (1996: s. 846) Problém může být uvažován i v rovině subjektivní, „podle něhož je problém to, co je za problém pokládáno, co je takto pojmenováno a označeno, protože neexistují inherentně, objektivně patologické sociální stavy na straně jedné a na druhé straně situace nemusí být problémová, jakkoliv dramaticky a šokujícím způsobem může na vnějšího pozorovatele působit, pokud jako problémová není definována samotnými aktéry (poprvé p. s. takto formuloval již v r. 1938 J. H. S. Bossard).“ (tamtéž: s. 846)*

Jádrem problému je nedostatečně funkční systém v poskytování zdravotní péče v PZSS. Spornými determinanty jsou zejména:

1. odpovědnost za výkon zdravotní péče,
2. organizace a financování zdravotní péče,
3. kvalita poskytovaných zdravotních (s tím souvisejících sociálních) služeb.<sup>34</sup>

### **2.5.1 Oblast odpovědnosti**

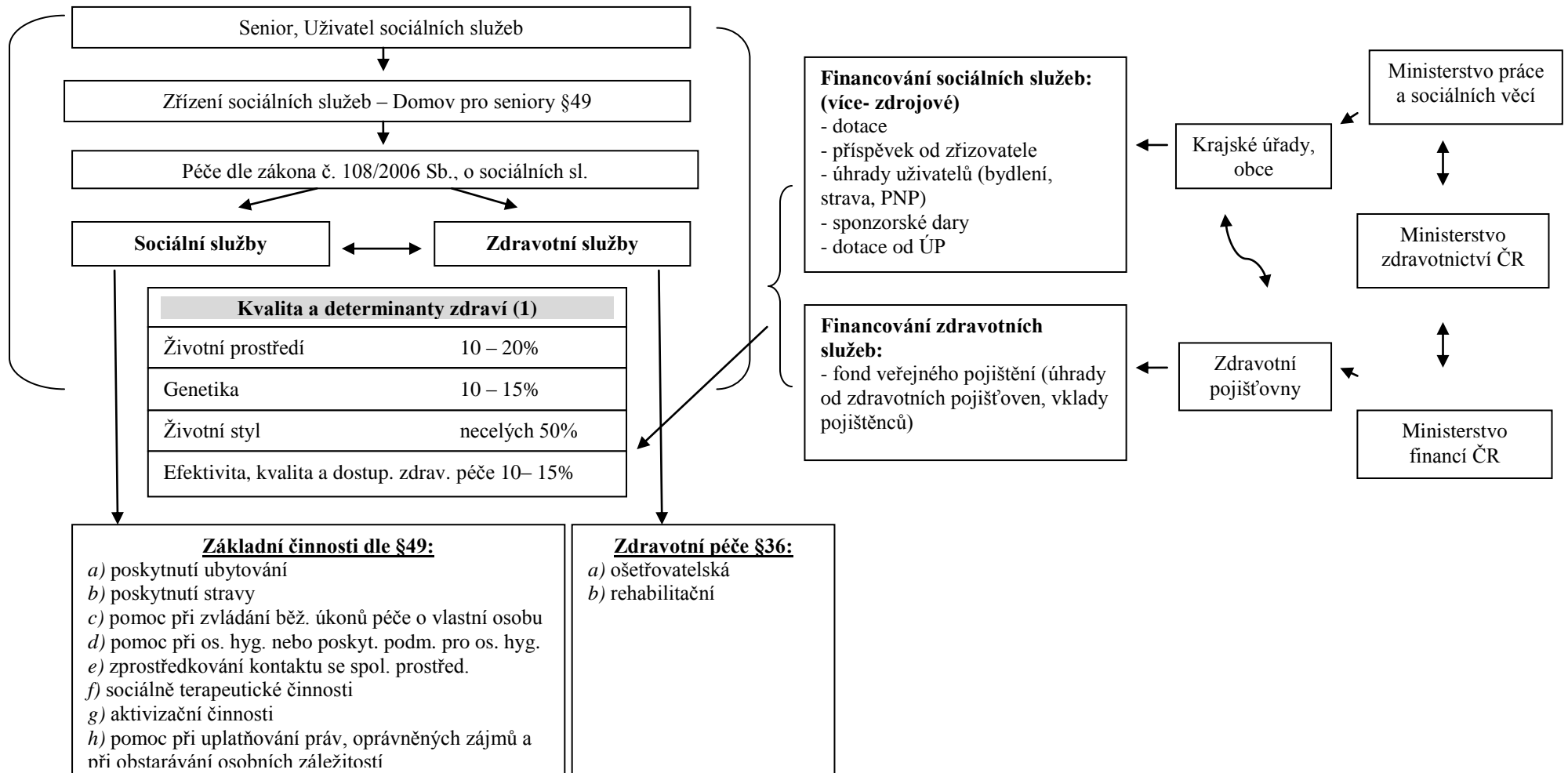
Odpovědnost je pojem zahrnující rozměr právní, morální a etický. V oblasti zdravotní péče lze odpovědnost rozdělit na odpovědnost z hlediska výkonu zdravotní péče a z hlediska organizace a financování, přičemž každá tato oblast obsahuje všechny tři své rozměry. Z hlediska práva je dle z. č. 2/1969 Sb., §9, odst. 1) MPSV ústředním orgánem státní správy mj. i pro sociální péči. MZ ČR dle §10, odst. 1) je ústředním orgánem státní správy mj. pro zdravotní služby, ochranu veřejného zdraví, pro poskytovatele zdravotních služeb v přímé řídicí působnosti a pro zdravotní pojištění. Pro ministerstva dále vyplývají povinnosti dle §22.

#### **Box č. 4 Znění §22 Zásady činnosti ústředních orgánů státní správy**

§22 „Ministerstva zkoumají společenskou problematiku v okruhu své působnosti, analyzují dosahované výsledky a činí opatření k řešení aktuálních otázek. Zpracovávají koncepce rozvoje svěřených odvětví a řešení stěžejních otázek, které předkládají vládě České socialistické republiky. O návrzích závažných opatření přiměřeným způsobem informují veřejnost.“

<sup>34</sup> Příloha č. 6: Strom problémů (schéma)

### Model č. 1 Model propojenosti sociální a zdravotní péče v návaznosti na kvalitu života a zdraví



Zdroj: Autorka, (1) Kebza, 2005

Dotyčná ministerstva mají dále za povinnost předkládat podklady pro zhotovení veřejného rozpočtu, řádně ošetřují právními normy oblasti, které se jich týkají, a zabezpečují úkoly vyplývající z mezinárodních smluv. (§23 - 25)

Výkon zdravotní péče je plně v kompetenci samotných poskytovatelů sociálních služeb prostřednictvím vlastního odborného zdravotního personálu a smluvních lékařů. Poskytování zdravotní péče je těsně spjaté se zdravotním stavem uživatelů a neposkytnutí zdravotní péče se může projevit na možném ohrožení lidského života. Dostupnost a kvalita zdravotní péče, jako jedné z nejvyšších hodnot, se dotýká důstojnosti a rovného přístupu k lidským právům.

Hledisko organizace a financování zdravotní péče je v kompetenci státní správy a VZP ČR jako právnické osoby zřízené státem. Úroveň odpovědnosti je v rovině nastavení rovného a spravedlivého systému přístupu ke zdravotní péči. Role a odpovědnost zainteresovaných aktérů je znázorněna v níže uvedené tabulce.

Tab. č. 9 Role a odpovědnost zúčastněných aktérů v oblasti sociálně zdravotní péče

Subjekt	Aktéři	Dokument	Oblast péče	Právní vymezení
<b>Poskytovatel sociálních služeb</b>	Statutární zástupce	Registrace služby, standardy kvality sociální služby, LZPV a etické kodexy.	Personální a hmotné zabezpečení dostupné a kvalitní zdravotní péče.	Z. č. 108/2006 Sb., §36; LZPS
	Lékař	Smlouva s PZSS a zdravotní pojišťovnou.	Indikace léčby (výkonů) dle zdravotního stavu uživatele.	Z. č. 372/2011 Sb.; Vyhl. č. 134/1998 Sb.
	Zdravotnický personál	Zdravotnická dokumentace, doklad ORP, etický kodex.	Zdravotní výkony dle potřeb uživatelů služby (ne jen z odbornosti 913).	Metodický pokyn VZP ČR; Metodika k zajištění zdravotní péče v rámci procesu transfer. soc. služeb, (MPSV) Holmerová, Válková, 2011
<b>Zřizovatel sociálních služeb</b>	Krajský úřad, obecní úřad, ostatní	OK Systém – elektronická forma žádosti, registrace služby. Metodické pokyny.	Financování sociální péče, přehled o personálním zajištění služby. Kontrola služeb.	Z. č. 108/2006 Sb., Z. č. 372/2011 Sb.; Vyhl. č. 134/1998 Sb.
<b>MPSV</b>	Odbor sociálních služeb, sociální práce a sociálního bydlení Rada vlády pro seniory a stárnutí populace	Tvorba zákonných norem, vyhlášek, metodických pokynů vymezující sociální služby.	Dotace na sociální služby Kontrolní systém, Analýza, výzkum Zpracování koncepcí rozvoje.	Z. č. 108/2006, Sb., z. č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech; z č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole ve veřejné správě a další právní normy účetního charakteru
<b>Ostatní</b>	APSS ČR, Veřejných ochránce práv	Memorandum (2012 - 2014) Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv (DS a DZR)	Vyjednávání podmínek pro realizaci zdravotní péče v PZSS. Upozornění na nevyhovující financování zdravotní péče.	Pouze jako doporučení.
<b>VZP ČR</b>	Správní a dozorčí rada	Zvláštní smlouva; "Úhradová" vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok	Zabezpečení zdravotní péče, Úhrada zdravotní péče, regulace úhrad, kontrola vykazované péče. Návrh ZPP.	Z. č. 372/2011 Sb. Vyhl. č. 134/1998 Sb.
<b>MZ ČR</b>	Odbor zdravotních služeb, odbor dohledu nad zdravotním pojištěním	Tvorba zákonných norem, vyhlášek, metodických pokynů vymezující sociální služby.	Zabezpečení kvality a ochrany zdravotní péče, Kontrolní systém Analýza, výzkum Zpracování koncepcí rozvoje.	Z. č. 2/1969 o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy; Z. č. 372/2011 Sb., Vyhl. č. 134/1998 Sb.

Zdroj: Autorka

## 2.5.2 Oblast organizace a financování

Nejpalčivějším problémem jak sociální péče, tak i zdravotních služeb je jejich financování. Výdaje mají postupně zvyšující se tendenci, což se značně dotýká veřejných financí.

**Tab. č. 10 Výdaje na sociální službu Domov pro seniory 2010 – 2014**

Domov pro seniory (v tis. Kč)					
Zřizovatel služby	2010	2011	2012	2013	2014
Stát, krajský úřad	5.078.599	4.928.431	4.858.636	4.978.987	4.956.853
Obecní úřad	4.145.246	4.267.604	3.932.173	4.093.278	4.324.079
Ostatní (nestátní)	1.156.755	764.098	1.407.845	1.591.528	1.626.402
<b>Celkem</b>	<b>10.380.600</b>	<b>9.960.133</b>	<b>10.198.654</b>	<b>10.663.793</b>	<b>10.907.334</b>

Zdroj: Statistická ročenka MPSV 2010 - 2014

Financování zdravotních služeb je ovlivněno nejasně definovaným právním rámcem. Jde o uplatnění pseudo-tržního přístupu na vztah mezi plátcem a poskytovatelem formou (zvláštní) smlouvy. Smluvní vztah vytváří stavy neurčitosti, může vést také k nerovným podmínkám. Komplikace spojené s úhradou zdravotní péče v PZSS se vyskytovala už od 90. let. Neblaze také působí probíhající soudní spory se PZSS a VZP ČR, rozsáhlé revize a každoroční regulace hodnoty bodu prostřednictvím tzv. úhradových dodatků.

Nedostatečné financování komplikuje kvalitní poskytování služeb. Z pohledu poskytovatele jde o každodenní problém, jak zabezpečit chod po materiální, odborné a personální stránce. Ze strany uživatelů sociálních služeb jde o (ne)uspokojení základních lidských potřeb a o rovný přístup ke zdravotní péči.

V roce 2008 byl realizován projekt v rámci VÚPSV, „Analýza systému poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v PZSS a LZS v kontextu zákona o sociálních službách a zákona o veřejném zdravotním pojištění“. Z výzkumu vyplynulo, že lze odhadovat náklady na ošetrovatelskou a rehabilitační péči ve výši 5,2 mld. Kč, přičemž dle výroční zprávy VZP ČR za rok 2008, zdravotní pojišťovna poskytla pouze 620 mil. Kč. Z následující tabulky je patrné, že ani platby v roce 2014 zdaleka nepokrývaly náklady na poskytovanou zdravotní péči v PZSS. „Průměrná výše nákladů poskytované

*ošetřovatelské a rehabilitační péče činí v domovech pro seniory v rozmezí 5086 - 5719 Kč na jednoho klienta měsíčně.*“ (Jeřábková, Průša, 2010: s. 2)

**Tab. č. 11 Výdaje (v tis. Kč) na zdravotní péči dle poskytovatele péče 2010 - 2014**

Forma péče	Skutečnost	Skutečnost	Skutečnost	Skutečnost	Oček. skut.
	2010	2011	2012	2013	2014
Ošetřovatelská a rehabilitační v ZPSS	966.880	1.101.431	1.013.380	1.103.620	1.182.626
Lůžková zdravotní celkem	111.815.570	113.050.713	113.765.701	112.733.567	121.865.664
Následná lůžková	6.003.204	5.987.577	5.971.935	5.785.193	6.813.262

Zdroj: Výroční zpráva VZP ČR 2010 - 2014

Nedostatečné úhrady za zdravotní péči vzhledem k nákladům na zdravotnický personál (všeobecné sestry) a samovolné regulační mechanismy VZP ČR prezentoval např. Ing. T. Havlásek, člen Výkonné rady Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR a ředitel Domova u lesa Tavíkovice, p. o., který zachytil v tab. č. 12 vývoj plateb VZP ČR v letech 2007 - 2014. Domov u lesa je pobytové zařízení pro osoby se zdravotním postižením s kapacitou 102 lůžek a na pozici zdravotní sestry je zaměstnáno 6 všeobecných sester. Zdravotní péče byla poskytována u 51 klientů.

**Tab. č. 12 Vývoj (v tis. Kč) nákladu Domova u lesa 2007 - 2014**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Celkové os.náklady	16 186	16 709	17 114	18 325	19 750	20 172	20 256	20 360
Os.náklady zdrav. sester	2 498	2 793	2 781	2 978	3 176	3 332	2 730	2 850
Platby ZP	1 126	761	811	547	829	783	221	116
... z toho VZP	526	505	397	241	424	414	144	75

Zdroj: Havlásek, 2015

za I.Q 139  
za zbytek roku 82

Tabulka zachycující vývoj plateb zdravotního pojištění od VZP ČR ukazuje rapidní snížení úhrad zdravotní péče. Od roku 2012 (tab. č. 13) v rámci regulace hodnoty bodu dochází k ponížení plateb z veřejného zdravotního pojištění. Následkem toho PZSS v roce 2013 vstupuje do soudního sporu. Na situaci reagovali i smluvní



lékaři zařízení. „Oš. lékaři přestali od 1. 4. 2013 indikovat jako hrazené jakékoli podání léků per os s tím, že za to budou postihováni od VZP. Pokles ročních úhrad ZP z 800 tis. Kč na 110 tis. Kč.“ (Havlásek, 2015: s. 5)

**Tab. č. 13 Regulace plateb vykázané zdravotní péče Domov u Lesa 2007 - 2015**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
úctováno VZP	526	505	397	241	424	414	144	75	
Regulace dle VZP						-74	170% z roku 2010	105% z roku 2013	100% z roku 2013
						340	720	151	144

Zdroj: Havlásek, 2005

Další pohled k vykazování zdravotní péče v PZSS prezentuje viceprezident APSS ČR Ing. J. Procházka, který se ve své prezentaci zaměřuje na časový výkon 06613 Ošetrovatelská intervence<sup>35</sup> odbornosti 913<sup>36</sup>. „PZSS každou hodinu vzniká na úhradu osobních nákladů 1 úvazku všeobecné sestry ztráta ve výši 67 (80) Kč. Za rok ztráta činí 130 650 (156 000) Kč. Počet všeobecných sester v PZSS v roce 2013 - 4816 přepočtených úvazků. Celková ztráta za rok 2014 činila 751 296 000 Kč. Celková předpokládaná ztráta v roce 2015 = 629 210 400 Kč.“ (Procházka, 2012: s. 9)

Vývoj hodnoty bodu není pro PZSS příznivý, což vede k podhodnocení práce všeobecných sester v PZSS oproti všeobecným sestřím pracujícím v nemocničních zařízeních.

**Tab. č. 14 Vývoj hodnoty bodu 2007 - 2015**

Období	Hodnota bodu
1. 1. 2007 do 30. 6. 2008	1,00 Kč/bod
1. 7. 2008 do 31. 12. 2008	1,03 Kč/bod
1. 1. 2009 do 31. 12. 2014	0,90 Kč/bod
1. 1. 2015	0,99 Kč/bod

Zdroj: (Novák, 2015: s. 6)

<sup>35</sup> Popis výkonu je uveden v Příloze č. 5: Výkony odbornosti 913 (tabulka)

<sup>36</sup> Příloha č. 7: Porovnání osobních nákladů všeobecné sestry v sociálních službách s úhradou za výkon 06613 - rok 2014 a 2015 (tabulka)

Další srovnání prezentoval Ing. P. Bořanský ředitel DS Severní Terasa, p. o. V následující tabulce je možné zaznamenat, že vykazovaná zdravotní péče dle počtu vykázaných bodů v roce 2009 výrazně stoupla až o 275.770. Následně v roce 2010 klesá počet ošetřených pojištěnců (UOP), což zapříčinilo rozsáhlé revize VZP ČR. V roce 2012 je opětovný nárůst počtu bodů při zachování počtu UOP, ale dochází k poklesu nákladů na UOP, což je důsledek regulační činnosti VZP ČR vztažené k roku 2010 a zrušení materiálového výkonu 06623 u podávání léku per os. V roce 2013 je také méně ošetřených pojištěnců VZP ČR, což mohlo zapříčinit, vzhledem k regulacím ze strany VZP ČR preregistraci pojištěnců k jiným pojišťovnám.

**Tab. č. 15 Provozně ekonomické ukazatele VZP ČR v letech 2008 - 2013**

Zdroj: VZP	Rok					
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Počet IČZ	536	549	558	568	583	596
Počet bodů (tis.)	601 694	877 464	826 790	886 911	912 272	857 226
Počet UOP	46 749	46 607	44 541	45 430	45 602	45 046
Počet bodů/UOP	12 871	18 827	18 562	19 523	20 005	19 030
Náklady (tis.Kč)	620 132	789 724	743 344	798 889	749 219	799 036
Náklady/UOP (Kč)	13 265	16 944	16 689	17 585	16 430	17 738

Zdroj: Bořanský, 2015: s. 2

Porovnání počtu bodů a nákladů odbornosti 913 u čtyř nejmenovaných zařízení je znázorněno v příloze č. 7. V uvedených tabulkách jsou dále vyčísleny ztráty PZSS na úhradách vykonané zdravotní péče v letech 2012 a 2013, které dosahují např. u zařízení č. 1 v roce 2013 až 528.345 Kč. (Bořanský, 2015)

Oba rezorty se shodují, že systém financování zdravotní péče není vyhovující a hrazení zdravotní péče je podhodnocené.<sup>37</sup> Zdroje financování jsou navíc pro poskytovatele sociálních služeb nejisté (zálohově hrazená zdravotní péče, krátkodobé strategie podporovaných služeb, omezené zdroje z evropských grantů aj). K zálohovým fakturám za vykázanou zdravotní péči se Ing. P. Bořanský vyjadřuje následovně: *„Postup VZP při stanovení tzv. předběžných měsíčních úhrad nemá oporu v úhradové vyhlášce, na kterou se VZP tak ráda odkazuje, ani ve zvláštní smlouvě. Konstantní*

<sup>37</sup> J. Procházka ředitel Palaty Praha - Ztrátu vyčísлил na 67,-Kč/hod. práce 1 SZP. Ročně (2013) je ztráta ve výši 156.000,-Kč. V rámci celé ČR (2014) jde o částku 751.296.000,-Kč. (Sociální služby, 1/2015)

*judikatura soudu prvního stupně ve sporech o úhradové dodatky jednoznačně dovozuje, že „strana žalovaná nepostupovala v souladu s uzavřenou smlouvou, když jednostranně zavedla zálohové platby oproti sjednanému způsobu úhrady zdravotní péče.“ Jeden senát odvolacího soudu v ústním odůvodnění svého potvrzujícího rozsudku dokonce uvedl, že tímto způsobem vlastně PZSS „úvěrují“ VZP a že to je nepřijatelné. Pokud by PZSS vyhovělo a zaslalo VZP fakturu znějící jen na výši zálohy (předběžné měsíční úhrady), pak VZP bude mít za to, že PZSS její návrh akceptovalo, a tak se také bude hájit u soudu (zkušenost z předchozích soudních jednání). **Předběžné zálohy jsou tedy možné jen v případě, že se na tom obě smluvní strany dohodnou!**“ (2015: s. 23)*

Zdravotní a sociální péče je realizována nejednotným systémem bez existence realizovatelné koncepce systému dlouhodobé péče, jak je zvykem už i v jiných evropských zemích. K dobrým vztahům nepřispívá ani fakt, že ministr S. Němeček na tiskové konferenci „Zdravotnictví 2015“ uvedl, že „... české zdravotnictví je na tom po ekonomické stránce v porovnání s obdobím před zhruba rokem až rokem a půl velmi dobře. Výrazně se zlepšila finanční situace nemocnic, lázeňských zařízení i zdravotních pojišťoven, dokonce Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, která poslední roky hospodařila se ztrátou, je letos po pěti letech poprvé v „černých“ číslech.“ (Kašpárek, 2015: s. 12) Což vzhledem k okolnostem pravděpodobně neplatí pro ošetrovatelskou a rehabilitační péči v PZSS. Na propojenost sociální a zdravotní péče je rozporný pohled z řad aktérů MPSV a MZ ČR. Vývoj a argumentace diskurzu je předmětem kap. č. 6. Upozorňováno je především na nerovnosti při čerpání zdravotní péče, podhodnocené technické a materiální vybavení poskytovatelů sociální péče aj. Nejkontroverznější faktory jsou uvedeny v tab. č. 16.

Důkazem toho mohou být soudní spory započaté od roku 2012 o hrazení zdravotní péče, enormním nárůstu kontrol z VZP ČR u poskytovatelů sociálních služeb, jednostranné zavedení regulace, sestupné hodnoty bodu a zálohové platby.

---

T. Havlásek ředitel Domova u lesa Tavíkovice - Uvedl poměr výnosů od ZP 0,4% k nákladům na zdravotní péči, které činí 10% (v rámci rozpočtu zařízení).

**Tab. č. 16 Nejvýznamnější kontroverzní faktory**

<b>Faktory</b>	<b>Důkazy</b>	<b>Publikace</b>
Neúplnost, mlhavost a různost výkladu právních norem.	Paragrafové znění z. č. 108/2006 Sb.; Z. č. 48/1997 Sb.; Z. č. 372/2011 Sb., o zdrav. službách; vyhláška MZ č.134/1998 Sb., o seznamu zdrav. výkonů s bodovými hodnotami. Články v odborných časopisech.	Zákony a vyhlášky Odborný časopis Rezidenční péče 1/2015 Sociální služby 1,4,5/2015.
Nefunkční dialog mezi aktéry sociální a zdravotní politiky.	Kontrakční povinnost mezi VZP ČR a poskytovateli soc. služeb. Soudní spory, nedostatečná fakturace, neoprávněná regulace hrazené péče aj.	Periodikum Sociální služby 5/2015 Prezentace ze seminářů z PS ČR <sup>38</sup>
Nedostatečné naplnění a diskriminace lidských práv.	Právo na zdraví. Rozdílné proplácení zdravotní péče dle místa čerpání péče (nemocnice x PZSS).	Ústava ČR; ZPP Čermáková 2009
Nepružnost sociálního a zdravotního systému na potřeb příjemců služby	Zvyšující se nároky na ošetrovatelskou péči, zvýšení počtu příjemců příspěvku na péči	Dvořáčková 2012 Víšek, Průša, 2012
Financování sociální a zdravotní péče v PZSS.	Příspěvek od zřizovatele, státní dotace (MPSV), úhrada od uživatelů sociálních služeb, úhrady zdravotních pojišťoven, dotace z ÚP ČR, sponzorské dary	Výroční zprávy poskytovatelů soc. sl., webové stránky MPSV Malíková 2011 Dvořáčková 2012 Kalvach 2011
Technicky-administrativně náročné vykazování výkonů zdravotní péče.	Úhradová vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok (2012 - 2015). Články v odborném časopise.	Vyhlášky, Průša, 2009 Sociální služby 2015, web Health and Social Insider Monitor (HASIM)

Zdroj: Autorka

### 2.5.3 Oblast kvality

Kvalita je ve slovnících definována jako vlastnost nebo soubor vlastností nějaké věci, v tomto případě služby. Její rozměr vypovídá jak o kvalitě (vlastnostech), tak o kvantitě (množství). Konkrétněji kvalitu u zdravotní péče vyjadřují definice WHO, dále např. Gladkij (2003), Škrla (2003), Jarošová (2000), (Příbylová, 2012). Druhy indikátorů kvality v poskytování ošetrovatelské péče uvádí také v periodiku Hygiena Plevová, Adamicová (2013).

**Kvalita sociální péče** je normativně vymezena z. č. 108/2006 Sb., §2, odst. 2 „Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob“ a z. č. 255/2012 Sb., o kontrole (kontrolní řád). Dodržovat tzv. Standardů kvality poskytovaných služeb (§88, odst. h)) je jednou z povinností poskytovatelů sociálních služeb.

<sup>38</sup> Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/hp.sqw?k=99&o=7&ido=1127&td=19&cu=8>

Kontrola kvality tzv. inspekce podléhá od 01. 01. 2015 dle §97 odst. 1) orgánům MPSV (před tímto datem kontrolu prováděl místně příslušný ÚP ČR). Dalším orgánem, který je oprávněný provádět kontrolu je zřizovatel poskytovatele sociálních služeb, např. krajský úřad. V neposlední řadě je to i ombudsman, jako ochránce lidských práv. Každá organizace by také měla mít zpracovaný vnitřní plán kontroly a další nástroje např. dotazníky spokojenosti, postup řešení stížností a připomínek aj. pro zvyšování kvality poskytované služby.

Předmětem inspekce je:

- plnění povinností poskytovatelů sociálních služeb stanovených v §88 a 89 z. č. 108/2006 Sb.,
- zpracované standardy kvality sociálních služeb.

Další dokument, který přispívá ke zkvalitnění poskytovaných služeb, je od APSS ČR *Doporučené standardy kvality pro domovy pro seniory ČR, 2015*. Tato publikace se soustřeďuje na oblast: ubytování, stravování, kultura a volný čas, patrností a péče. *„Rozsah a objem zdravotní péče není součástí standardu kvality, neboť její nastavení je v plné kompetenci ošetřujících lékařů, kteří zpravidla nejsou zaměstnanci poskytovatelů.“* (Doporučení, 2015: s. 22)

Kontrola kvality se potýká hned s několika nedokonalostmi. To, zda je služba poskytována v souladu s potřebami a očekáváním jejich uživatelů, je měřeno hlavně z pohledu administrativní činnosti (tvorba metodických pokynů, interních předpisů a pravidel). Důkazem toho je i znění §99 *„Kvalita sociálních služeb se při výkonu inspekce ověřuje pomocí standardů kvality sociálních služeb. Standardy kvality sociálních služeb jsou souborem kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami.“* Součástí prováděné kontroly jsou i osobní rozhovory s personálem a uživateli služby. Další zjištění, jak lépe zpracovat oblast měření a kontroly kvality sociálních služeb, jsou uvedeny v *Národní strategii rozvoje sociálních služeb 2015*. Mezi nejdůležitější nedostatky patří:

- uživatel sociálních služeb není v centru pozornosti při měření kvality služby;
- není hodnoceno, jakou změnu života u uživatelů sociální služby využívání služeb způsobuje;
- neexistují jednoznačné výklady kvalitativních měřítek pro poskytování služeb;

- chybí provázanost výsledků/výstupů činností sociální služby ve vztahu k uživatelům. (MPSV, 2014a)

**Oblast kvality zdravotních služeb** je normativně vymezena z. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách jako právo pacienta dle §28, odst. 3, písm. „k) *na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí při zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.*“

Poskytování zdravotních služeb provádějí standardy ošetrovatelské péče. Tyto normy se týkají struktury, procesů a výsledků poskytování zdravotní péče.<sup>39</sup> Díky nim je možné zdravotní péči měřit, hodnotit a usilovat o určitou kvalitu výsledků. Ošetrovatelská péče je vymezena ve věstníku č. 9, MZ ČR 2004 jako činnost zaměřená „... zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Ošetrovatelství se významně podílí i na prevenci, diagnostice, terapii i rehabilitaci.“ (Špaček, 2004: s. 2) Koncepce ošetrovatelství v ČR vychází a je podložena dokumenty z organizací např. OSN, WHO, EU aj.

Zavedení systému hodnocení kontroly vychází z doporučení Rady Evropy již z roku 1997. V mezinárodním měřítku se kvalitou a bezpečím zabývá Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQuA). Dále ve spolupráci s WHO jsou nastaveny akreditační principy, které stanovují plnění následujících požadavků:

- zaměření na pacienta, respektování jeho práv;
  - odpovědnost poskytovatele zdravotních služeb za kvalitu péče, monitorování a kontinuální zlepšování;
  - optimální využívání zdrojů, řízení rizik;
  - proces jasného řízení v organizaci;
  - zahrnutí všech činností do strategického plánování;
  - kontakt s přímými poskytovateli zdravotních služeb v příslušném regionu.
- (Hodnocení, 2012)

Kvalita je převážně posuzována z informačních systémů či registrů (§70 - 78) na bázi sběru kvantitativních dat. Hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb upravuje §98. Je to dobrovolný proces skýtající hodnotící standardy,

<sup>39</sup> Konkrétněji se týkají kategorií a kvalifikace ošetrovatelského personálu; realizace ošetrovatelského procesu; ošetrovatelské dokumentace; pracovních postupů; vybavení a personálního obsazení pracoviště z hlediska ošetrovatelské péče. (Janečková, Johnová, 2013)

jež jsou obsahem prováděcího právního předpisu vyhl. č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Kompetentními k provádění kontroly kvality a bezpečí mohou být jak fyzické nebo právnické osoby. Tyto osoby však musí mít uděleno oprávnění od MZ ČR k provádění této činnosti. Hodnotící standardy určující kvalitu péče, jsou založené převážně na administrativních úkonech (stanovování a vyhodnocování interních postupů, evidenci a vyhodnocování nežádoucích událostí, zásadách vedení zdravotnické dokumentace, aj) personálním zabezpečení, ale také i na sledování a vyhodnocování spokojenosti pacientů.

Ke kvalitě se dále vztahují vyhl. č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče a vyhl. č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. (Zdraví, 2015)

Z. č. 48/1997 Sb. se zaměřuje spíše než na kvalitní poskytování zdravotních služeb, tak na řádná technická a administrativní opatření vykázaných zdravotních úkonů a jejich hrazení z fondu veřejného zdravotního pojištění. *„Zdravotní pojišťovny kontrolují využívání a poskytování hrazených služeb a jejich vyúčtování zdravotní pojišťovně, a to z hlediska objemu a kvality, včetně dodržování cen u poskytovatelů a pojištěnců.“* (§ 42) Dále je v odst. 3 uvedeno, že *„Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazených služeb, zdravotní pojišťovna takové služby neuhradí.“*

Malá pozornost je věnována možnostem uživatelů sociálních služeb hodnotit kvalitu poskytovaných zdravotních služeb. *„Vzhledem k rozsahu a změně poskytovaných služeb je nutné nadefinovat nové a aktuálnější specifické standardy kvality, které budou přednostně monitorovat vývoj funkčního stavu pacienta.“* (Zdraví, 2015: s. 18)

Zdůvodnění vymezení výzkumného problému dané problematiky vychází z osobního zájmu a z profesních zkušeností (administrativní náročnost vykazování ošetrovatelské péče, nehumánní přístupu kontrolorů, penalizace PZSS, nevydefinování pravidel řádného vykazování, stres a strach z postihu při výkonu této činnosti aj.) z PZSS pro seniory. Během několikaleté praxe při výkonu poskytování sociální služby jsou spatřovány stále se opakující problematické oblasti, které nejsou adekvátně řešeny. Nároky ošetrovatelské péče, které se vyskytují v PZSS, nejsou předmětem zájmu realizátorů politik a přímá práce s uživateli služeb je až druhotnou činností. Tyto problémy jsou identifikovány v kap. 2, částečně jsou zde identifikovány také jejich systémové příčiny, podmíněné rozdílnými přístupy ke změnám organizace

a financování v oblastech sociálních a zdravotních služeb. Dalšími detaily v oblasti příčin a diskurzu cest k řešení se bude zabývat vlastní empirická část.

#### **Box č. 5 Výzkumný problém**

Při implementaci nového systému sociálně zdravotní péče v ČR se po roce 2006 nepodařilo uspokojivě vyřešit vzniklé problémy s financováním a organizací zdravotní péče v PZSS.

### **3. Cíle a výzkumné otázky diplomové práce**

Výzkumné cíle a otázky, spolu s odpovídajícími zdroji dat a použitých metod pro jejich sběr a zpracování, jsou uvedeny v tab. č. 17.



**Tab. č. 17 Přehled cílů, otázek, zdrojů data a použitých metod výzkumu**

<b>Výzkumný problém:</b> Při implementaci nového systému sociálně zdravotní péče v ČR se po roce 2006 nepodařilo uspokojivě vyřešit vzniklé problémy s financováním a organizací zdravotní péče v PZSS.			
<b>Výzkumné cíle</b>	<b>Výzkumné otázky</b>	<b>Data</b>	<b>Metody</b>
Posouzení legitimacy formulovaných cílů, uskutečněných a dalších diskutovaných změn.	Jaká byla ideová východiska, která předcházela vzniku z. č. 108/2006 Sb., o soc. službách?	Právní normy – zákony, vyhlášky, Bílá kniha v soc. sl. (2003) Důvodová zpráva z. č. 108/2006 Sb. Programová prohlášení vlád (1993 - 2015) Ústava ČR, LZPS, Lidská práva, Výzkumné zprávy VUPSV	Institucionální analýza (ideová východiska)  CDA s využitím vybraných teoretických poznatků
	Jak byly reflektovány a řešeny problémy implementace z. č. 108/2006 Sb. v letech 1998 - 2006 a v letech 2006 – 2015 na úrovni nastolení politické agendy (top-down)?		
Zjistit příčiny, které způsobují problém financování zdravotní péče v PZSS.	Co vedlo k problémům financování zdravotní péče v PZSS?	Výstupy aktérů z jednání v PSČR (2/2015) Národní strategie MZ ČR, MPSV Zákonné opatření Senátu, Nařízení vlády; Metodické pokyny VZP ČR, MZ ČR, MPSV	Věcná interpretace právních norem, metodických pokynů a strategických dokumentů  Interpretace sekundárních dat o financování
Reflexe participace aktérů z lokální a regionální úrovně na identifikaci problému a jeho řešení (down-up).	Jak přispělo jednání iniciativy APSS ČR při řešení vymezeného problému?	Diskurz v odborných časopisech Soudní rozhodnutí z let 2012 - 15 Dokumenty AK ČR a APSS ČR – smírčí jednání	Interpretace veřejného diskurzu (CDA).  Argumentační analýza soudních dokumentů a metodik
	Jaké byly reakce krajských úřadů na problém s nedostačující úhradou zdravotní péče v PZSS?	Metodiky KÚ pro PZSS Dokumenty AK ČR a APSS ČR – smírčí jednání	

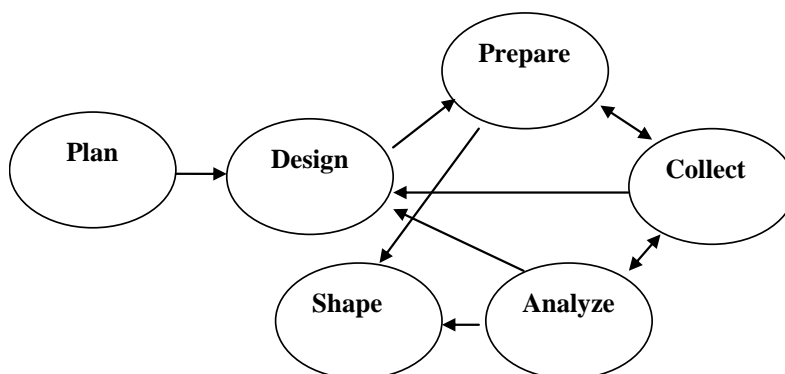
Zdroj: Autorka

## 4. Metody práce

Metodická část práce využívá kvalitativní metodický přístup. Volba tohoto přístupu je dána předmětným zaměřením výzkumného problému, v němž sehrávají klíčový význam realizované reformní změny po roce 1990 v ČR v oblasti sociální a zdravotní politiky. Při tvorbě a realizaci veřejných politik jde o vybrané případy konkrétních změn v platné právní úpravě. Tyto změny jsou iniciovány jednáním aktérů a důsledky takových změn mají celospolečenský rozměr, týkají se integrace lidského jednání ve společnosti. Hendl (2005) k této metodě výzkumu uvádí, že *„Nezůstáváme na jejich povrchu, provádíme podrobnou komparaci případů, sledujeme jejich vývoj a zkoumáme příslušné procesy. Citlivě zohledňujeme působení kontextu, lokální situaci a podmínky.“* (Hendl, 2005: s. 53) S kvalitativním přístupem jsou spojované určité výzkumné tradice nebo školy, jako např. diskurzivní analýza, jejíž původ je v sociologii a lingvistice. Vzhledem k charakteru zkoumaného sociálního problému mohou být poznatky z jiných (sociálních) věd velice přínosné.

Postup neboli plán výzkumné části práce je inspirován přístupem amerického sociologa Yina.

**Obr. č. 2 Výzkumný plán**



Zdroj: Yin, 2009

Výzkumným designem této práce je případová studie, zaměřující se na politický a veřejný diskurz a příčiny neshod mezi sociálním a zdravotním rezortem v oblasti hrazení zdravotní péče v PZSS. Předmětem zájmu případové studie je poukázat na platnost argumentů jednotlivých aktérů a vývoj řešení této situace. Nekola k případové studii uvádí, že *„V případové studii jde o zachycení složitosti případu, o popis vztahů v jejich celistvosti.“* (Hendl, 2005: s. 104)

Případová studie obsahuje několik schematických kroků, jejichž proces není pouze lineární, ale jednotlivé části se opětovně dle potřeb výzkumu prolínají. (Yin, 2009: s. 1)

Stavebním kamenem výzkumného plánu je analýza problémové situace (nedostatečné finanční plnění ze strany VZP ČR poskytovatelům pobytových sociálních služeb). K vysvětlení či objasnění příčin vzniklého stavu, který má negativní dopad na fungování sociálně zdravotní péče o seniory v ČR a především na uživatele těchto služeb. Na základě vstupní analýzy výzkumného problému jsou formulovány výzkumné cíle a otázky, blíže uvedeny v kap. 3.

Sběr dat je proveden záměrným výběrem. Dokumenty politické praxe byly vybrány chronologicky dle doby vzniku. Data jsou zpracovávána metodou institucionální analýzy, kritické diskurzivní analýzy a interpretace právních norem. Závěrem výzkumné části práce je zpráva a prezentace získaných výsledků.

Případová studie je explanatorně zaměřená. *“Explanatorní studie podává vysvětlení případu tím, že rozvádí jednotlivé příčinné řetězce, které lze u případu identifikovat. Přitom obvykle využívá nějakou teorii.”*, (Hendl, 2005: s. 110)

#### **4. 1 Metody sběru dat**

Výběr a následné použití dat je přizpůsobeno k charakteru zvoleného tématu. Data se týkají sociální a zdravotní tematiky se zaměřením na poskytování institucionální zdravotní péče seniorům. Metodou sběru dat je vyhledávání primárních dokumentů politické praxe, včetně souvisejících právních norem. Primárním zdrojem dat jsou zde také odborné články dvou časopisů, které poskytují informace o probíhajícím diskurzu zkoumaného problému (1. Rezidenční péče: odborný čtvrtletník pro management ústavů sociální péče. Praha: MARCOM; 2. Sociální služby - časopis Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR). Na rozdíl od analýzy politiky jsou tato data ve vztahu k jejich výzkumnému zpracování primárního charakteru, neboť jsou předmětem jejich zpracování při aplikaci zvolených výzkumných metod.

V případové studii jsou použity hlavně články odborných časopisů Sociální služby (2009, 2014, 2015), Rezidenční péče (2010 – 2012, 2014, 2015), dokumenty Vlády ČR, ministerstev, parlamentních seminářů (Programové prohlášení vlád z období 1998 - 2014, návrhy zákonů, důvodové zprávy, strategické dokumenty a plány, záznamy ze seminářů Poslanecké sněmovny PČR, publikace a zprávy zájmových

skupin (APSS ČR) výzkumu realizovaného VÚPSV, právní normy, texty zainteresovaných aktérů k danému tématu, články běžných periodik a práce studentů.

Yin ve své práci uvádí, že čím více zdrojů je k dispozici, tím lépe. (Yin, 2009). Texty jsou dle jednotlivých otázek analyzovány dle jejich míry obecnosti a závaznosti od všeobecně platných dokumentů po právní normy až k metodickým pokynům zainteresovaných aktérů. Veškeré dokumenty jsou zaznamenány v souhrnném formuláři. Je zde uveden název dokumentu, datum vzniku, autor, místo výskytu. Texty jsou dále podle příslušnosti autora zastupující daný obor rozděleny na oblast sociální, zdravotní a tzv. neutrální (vláda, media, aj.). Společná všem textům je tematika sociálně zdravotní péče o seniory v PZSS.

## **4. 2 Metody výzkumu**

K zodpovězení jednotlivých otázek, které naplňují cíl práce, jsou využity tyto metody: institucionální analýza, kritická diskurzivní analýza a interpretace právních norem.

### **4.2.1 Institucionální analýza**

Společnost tvoří hodnoty a normy, a proto jsou instituce neodmyslitelnou součástí jejího fungování. ČR, ale i jiné evropské státy, které v rámci institucionální změny v 90. letech začaly vytvářet a přejímat nová pravidla založená především na neoliberálním pojetí (např. Washingtonský konsenzus), se až do současnosti potýkají s negativními sociálními důsledky. V případě sociálně zdravotní péče, je to nejednotnost systému a nejasně definovaná odpovědnost aktérů.

North chápe instituce jako „*pravidla hry ve společnosti*“ (1990: s. 3). Spolu s Tangem se shodují na tom, že „*instituce jsou lidmi vytvořená omezení, jež ovlivňují strukturu politické, ekonomické a sociální interakce.*“ (Tang, 2011: s. 5; North, 1990: s. 3)

Metoda institucionální analýzy umožňuje porozumění sociálnímu vývoji společnosti a změnám, ke kterým dochází. Nástrojem změny je předně právní norma, tedy formální instituce. Neodmyslitelným základem nejen pro oblast sociálního práva by měla být etika, lidská práva a ideje demokracie. North (1990) ve své práci věnující se institucím zdůrazňuje opodstatněnost a váhu právě neformálních pravidel před pravidly formálními.

S právní normou je úzce spjata i legitimita. „*Legimita tvorby pravidel fungování, ..., odvisí od možnosti spravedlivé a rovnoprávné participace všech zúčastněných, což by sice formálně měla zajišťovat pravidla pro politické rozhodovací procesy (demokracie, volby, reprezentace zájmů, respektování principů dlouhodobější povahy jakými jsou lidská práva, veřejná správa, fungování právního státu, dělba moci, transparentní přístup k informacím, role výzkumu), avšak záleží také na sociální odpovědnosti (legimitě) jednání zmocněných aktérů.*“ (Háva, 2015: s. 3)

North přirovnává jednání/rozhodování aktérů vedoucí k institucionálním změnám k teorii her, což u řady ekonomů není tak výrazným překvapením. Podobný přístup lze nalézt u sociologa Luhmana. Naopak Habermas takový nekognitivní (relativizující) přístup kritizuje. Jeho pojetí legitimacy v pozdní době kapitalismu je odvozeno od kognitivních přístupů, korespondující se standardy vědeckého přístupu. (Habermas, 2000)

Rozhodování aktérů provést institucionální změnu závisí podle Northe na několika faktorech. Jsou to především: výhody, které rozhodnutí přináší, dokonalé informace o provedené změně, díky nimž může aktér předejít nezamyšleným negativním důsledkům a počet aktérů. Při velkém počtu aktérů je nesnadné dojít ke shodě. Každý aktér je motivován jinými idejemi a skrytými zájmy. Výzkum těchto faktorů nám pomůže ozřejmit procesy vedoucí k institucionálním změnám. (1990)

Jednání aktérů a jejich racionální volba není podmíněné pouze institucemi samotnými, ale také jak uvádí přední sociolog A. Giddens (1999) dalšími determinantami jako jsou např. biologické instinkty, prostředí aj. (Tang, 2011)

Předmětem individuálního přístupu je:

- jednání a přístup zainteresovaných aktérů,
- využití poznatků, ideologicky odvozená argumentace, přístup založený na důkazech a vědeckých poznatech,
- základní porozumění institucionálním změnám,
- znalost kontextu (např. historický vývoj) odehrávající se institucionální změny
- výsledky institucionálních změn v praxi. (Háva, 2015)

Metoda institucionální analýzy poukazuje na soulad či rozpor jednání aktérů s platnými právními normami a veřejným zájmem, jejich legitimitou, udržitelností a hodnocení sociálních důsledků aplikace institucionální změny.

V rámci institucionální analýzy je nejen v kap. 6 tato metoda použita k zachycení časové dimenze (1998 - 2015). Vzhledem k dlouhému časovému úseku a mnoha událostem jsou vybírány důležité události a vzniklé dokumenty, které jsou zpracované v boxech (analýza vybraných událostí) a tabulkách (morfologická analýza vybraných událostí, etapy vývoje sociální a zdravotní politiky v daném období, analýzy zachycující de facto veřejně politický proces v jeho fázovém modelu).

#### 4.2.2 Diskurzivní analýza a kritická diskurzivní analýza

Pojem diskurz pochází z latinského slova *“discurrere”* a znamená rozbíhat se, promlouvati, mluvit. *„V současné době je diskurz chápán jako uspořádaný soubor vět o daném předmětu, konkrétní podoba vědění.“* (Petrušek a kol., 1996: s. 213) *„Diskurs může zaprvé znamenat konkrétní způsob smýšlení o problému. Dále může představovat soubor výpovědí, které se vztahují k určitému tématu (tento soubor lze označit také jako „diskursivní pole“).“* (Háva, Tušková, Müller, 2011: s. 3) Pro definování diskurzu je podstatný vztah aktérů (mluvčí – příjemce) k sociálnímu prostředí více než k jeho obsah. (Harrington, 2006) Existují také různé druhy konceptů diskurzu. Lze je rozdělit na diskurz, který mají aktéři (mluvčí výpovědi) ve své moci a diskurz, který aktéři ve své moci nemají.

Předním představitelem analýzy diskurzu byl v 60. letech 20. století M. Foucault, jehož teoretické pojetí diskurzu je spojeno s věděním a mocí. Diskurzivní analýzou (dále jen DA) jako metodou analýzy mluveného či psaného jazyka lze rozlišit různý význam výpovědí. Výpověď je chápána jako jazyková událost sdělena v určitý čas a na určitém místě. (Harrington, 2006) Jednotliví aktéři do diskurzu vstupují s určitou úrovní rozvoje poznání, zkušenostmi, zvyklostmi a očekáváním dle společenské skupiny, do které náleží, proto se cesty smýšlení o různých událostech vstupujících do diskurzu různí a argumentace na danou událost je odlišná. Další determinantou diskurzu je stupeň demokratického vývoje a otevřenost komunikace v dané společnosti, zájem o veřejný zájem, existující subjektivní zájmem jednotlivých aktérů, boj o moc, aj. (Háva, Tušková, Müller, 2011)

DA nalézá své uplatnění i v jiných humanitních a společenských vědách, jako jsou např. lingvistika, sociologie či ekologie. Směry vychází z hermeneutiky, fenomenologie, sociálního konstruktivismu a v neposlední řadě i z (post) strukturalismu. (Háva, Tušková, Müller, 2011) Předmětem studia analýzy je řečový (psaný) projev v širším kontextu (prostředí), jehož sdělením formuje a ovlivňuje příjemce. *„Jazyk hraje*

klíčovou roli v utváření sociální reality. Prostřednictvím popisu a pochopení jazykové výpovědi dochází k různorodým způsobům utváření jednotlivých významů a konstruktů světa v měnícím se sociálním kontextu. „ (Gulová, Šíp, 2013: s. 170)

Diskurz je vystaven na ontologických předpokladech a to především na tom, že realita je utvářena skrze jazyk, přičemž se jazyk v jednotlivých diskurzích může lišit. Jednotlivé diskurzy jsou přetvářeny podle tzv. diskurzivní praxe. K zachycení změny diskurzů je nutné vnímat analýzu kontextu sdělení. (Jorgensen, Phillips, 2002 in Háva, Tušková, Müller, 2011). *“Diskurz, čili způsob reprezentace světa (přirážování označovaného k označujícímu), pak dává světu smysl, vysvětluje ho a pojmenovává.“* (Háva, Tušková, Müller, 2011: s. 6) Proměnu diskurzu a zásady pro jeho studium se zabývá M. Foucault ve svém díle Archeologie vědění (1969). (Harrington, 2006)

K analýze veřejné (sociální či zdravotní) politiky je více vhodná metoda kritické diskurzivní analýzy (dále jen CDA). Předními představiteli tohoto směru jsou R. Wodak, N. Fairclough a T. van Dijk. Například dle N. Fairclougha lze k analýze textu přistupovat z hlediska trojrozměrného pojetí roviny obecnosti.

### Obr. č. 3 Trojrozměrné pojetí rovin diskurzu



Zdroj: Fairclough, 1992: s. 73

CDA se zabývá jak transparentní tak i méně transparentní strukturou vztahů dominance, diskriminace, moci a kontroly v projevu jazyka. Analýza si klade za cíl kriticky zkoumat sociální nerovnost, vyjádřenou skrz jazyk nebo diskurz. (Wodak, Meyer, 2011: s. 2)

CDA využívá pro interpretaci zkoumaného diskurzu „opěrné body“ v existující domácí a mezinárodní úrovni poznatků různých vědních disciplín, souvisejících

s tematickým zaměřením zkoumaného diskurzu. CDA je tedy multidisciplinárně orientovaná, podobně jako veřejná politika. Jsou přitom využity, jak teorie středního rozsahu, tak i obecné teorie. Takový přístup umožňuje např. posuzovat poznatkovou úroveň konkrétního typu veřejné politiky ve vybrané zemi. Touto určitou srovnávací cestou na úrovni poznání lze také interpretovat stupeň legitimacy dané politiky, pokud jde o pravdivost/objektivnost východisek, jež jsou použita při argumentaci zkoumané politiky. Pro výzkumné zaměření CDA je podstatné rozlišit typy použitých poznatků (popisné, konstruktivní nebo kriticky zaměřené). (Háva, Tušková, Muller, 2011)

Filosofické kořeny CDA, stejně jako vývoje řady dalších kvalitativních výzkumných metod používaných ve společenských vědách, spočívají ve fenomenologické filozofii. Filosofem, který poukázal na krizi evropských věd, byl ve 30. letech 20. století Edmund Husserl (Husserl, 1996). Následující metodický posun společenských věd od pouhých faktů při využití pozitivních metod k využití kvalitativních metod otevřel možnosti kritické interpretace. Tento vývoj nepochybně přispěl také k rostoucí kritice metodických zjednodušení neoklasické ekonomie (homo economicus). V samotné veřejné politice jsme svědky podobné vývojové cesty od pozitivních a technologicky orientovaných přístupů amerických autorů „policy analysis“ k diskurzivnímu obratu (Guy Peters, 2016).

K aplikaci metody CDA jsou v teoretické části práce (kap. 5) uvedeny odborné publikace, které byly pro tento účel využity.

### **4.2.3 Interpretace právních norem**

*„Interpretací práva se rozumí výklad práva, tj. právního textu (zákona, dalších právních předpisů a jiných psaných pramenů práva), ale také smluv a jiných právních úkonů, ..., apod.“* (Gerloch, 2013: s. 128) Výklad právních norem prostupuje celou diplomovou práci. Předně se jedná o výklad a sledování změn sociálních právních norem, které jsou můstkem k zdravotnickému právu. Předmětem interpretace je §36 z. č. 108/2006 Sb., který je dále specifikován zdravotnickým právem.

*„Cílem interpretace práva je objasnit smysl právního textu (objekt výkladu práva) a určit právní normy, pravidla chování, která jsou v textu obsažena.“* (Škop, Macháč, 2011: s. 96)



## 5. Teoretická východiska

Vybraná teoretická východiska svou explanační a predikční funkcí blíže vysvětlují a objasňují zkoumaný problém. Výkladový rámec vybraných teorií zachycuje jak širší veřejně politický kontext vývoje naší společnosti, tak i definuje současný stav sociálních a zdravotních služeb.

Širší koncept práce je založen především na zachycení politického systému ČR v rámci teorie transformace, teorie neoliberalismu, teorie demokracie, veřejný zájem, teorie institucionální změny, teorii sociálního státu a teorie tvorby veřejné sociální a zdravotní politiky a mezinárodních dokumentů EU, WHO, OECD.

Užší konceptuální rámec zahrnuje již specifitější teoretické vymezení, týkající se poskytování zdravotní péče v PZSS (dlouhodobá péče): sociální politika, sociální stát, zdravotní politika, zdravotnický systém.

V této kapitole je věnována pozornost především institucionální teorii (Tang 2011) ve vztahu k veřejné politice (Howlett, Ramesh 2009; Guy Peters 2016). Tématem, které si zaslouhuje pozornost z hlediska existujícího teoretického diskurzu, je ekonomie zdraví, a to především přístupy k mechanismům úhrad poskytovaných zdravotních služeb. Tato oblast je zde založena na vývoji teoretického diskurzu nejen samotných úhrad, jak je lze nalézt v učebnicích ekonomie zdraví (Culyer 2000; Smith a kol. 2011), ale také diskurz reprezentovaný třemi publikacemi, zaměřenými na aktivní přístupy k úhradám, které nespolehají pouze na finanční nástroje, ale reagují na potřebu úzkého vztahu ke zdraví, kvalitě poskytovaných služeb a k činnostem na straně poskytovatelů. Zde jde o následující publikace, jimž není v ČR věnována odpovídající pozornost. (Háva, osobní sdělení)

1. Ovretveit, J. *Purchasing for Health*. Budkingham, Open University Press 1995
2. Cashin, Ch. et al. *Paying for Performance in Health Care*. Implications for health systém performance and accountability. England, Open University Press 2014
3. Figueras, J. R. Robinson, a E. Jakubowski. *Purchasing to improve health systems performance*. England, Open University Press 2005

**Tab. č. 18 Vybrané teorie ovlivňující vývoj, nastavení a fungování sociální a zdravotní politiky v ČR**

<b>Teorie</b>	<b>Pojmy</b>	<b>Autor</b>	<b>Publikace</b>
<b>Transformace</b>	Transformace Reforma Privatizace	Potůček 1994 Večerník, 1997,2002 Havelka, Müller 1996 Klusoň 2007	Analýza událostí veřejné politiky v ČR Transformační procesy v socio-ekonomické perspektivě, Procesy transformace a teorie modernizace Úvahy post – transformační
<b>Demokracie</b>	Lidská práva Svoboda Veřejný zájem Občanská participace	Bureš 2012 Dahl 1995 Purkrábek 1999 Znoj, Bíba, Vargovčíková, 2014	Česká demokracie po roce 1989 Demokracie a její kritici Veřejný zájem Demokracie v postliberální konstelaci
<b>Neoliberalismus</b>	Neoliberalismus	Harvey 2005 Heywood 2008, 2004 Steger 2005 Saad-Filho, Johnston 2005	History of Neoliberalism Politické ideologie, Politologie Neoliberalism Neoliberalism – A Critical Reader
<b>Institucionalismus</b>	Institucionální teorie	Tang 2011	A General Theory of Institutional Change
<b>Sociální stát</b>	Sociální stát (welfare state)	Castles 2010 Pierson, 1994 Večeřa, 2001 Keller, 2005 Soderstrom, 2008	The Oxford Handbook of the Welfare State Dismantling the Welfare State? Sociální stát: východiska a přístupy Soumrak sociálního státu The economics of social protection
<b>Zdravotní politika, zdravotnický systém</b>	Cíle Funkce Zdrav. péče Fond veř. zdrav.	Buse 2005 WHO 2000 Singh 2008 Háva 2013	Making Health Policy Health systems:Improving Performace Chronic disease management Diskurz reformy dlouhodobé péče v ČR v letech 2010-2012
<b>Dlouhodobá péče</b>	Long-term care Chronic care management	Saltman 1997 Singh 2006 Rechel 2014	Euroepan health care reform Chronic disease management
<b>Ekonomie zdraví</b>	Úhrady a nákup zdravotních služeb	Ovretveit 1995 Figueras 2005 Cashin 2014	Health economics Purchasing for Health Purchasing to improve health systems performance Paying for performance
<b>Sociální politika</b>	Cíle Funkce Sociální péče	Baldock 2003 Potůček, 2006 Kresb 2010	Social Policy Sociální politika
<b>Lidská práva</b>	Historie a teorie lidských práv	Detels 2004 Blahož 2005	Oxford Textbook of Public Health Sjednocující se Evropa a lidská a občanská práva (kapitola 1. Teorie lidských práv)

Zdroj: Autorka

### **5.1 Teorie institucionální změny**

Lidská společnost je strukturovaný systém, jehož součástí je kolektiv jednotlivců, formální a neformální instituce, organizace, prostředí a vztahy. Systém

je funkční dle stanovených pravidel. Nejčastěji používanými pravidly jsou formální instituce vznikající za použití moci.

Vývoj společnosti je podmíněn institucionální změnou. Obecná teorie institucionální změny neexistuje, ale stejně jako jiné sociální teorie, je založena na třech základních faktech, a to, že jednotlivec je v podstatě egocentrický, prosazující své osobní zájmy, zdroje v populaci jsou omezené a populace je čím dál tím více náročnější. Institucionální změna je proces. Aktéři ovlivňující tento proces, změnu formálních institucí se musí potýkat s několika problémy. Prvním z nich je omezená úroveň poznání a vědomostí, zapříčínující nepředvídatelné dopady rozhodnutí. Druhou problematickou oblastí je počet a různost aktérů s partikulárními zájmy. Třetí oblastí je distribuční efekt institucí. (Tang, 2011)

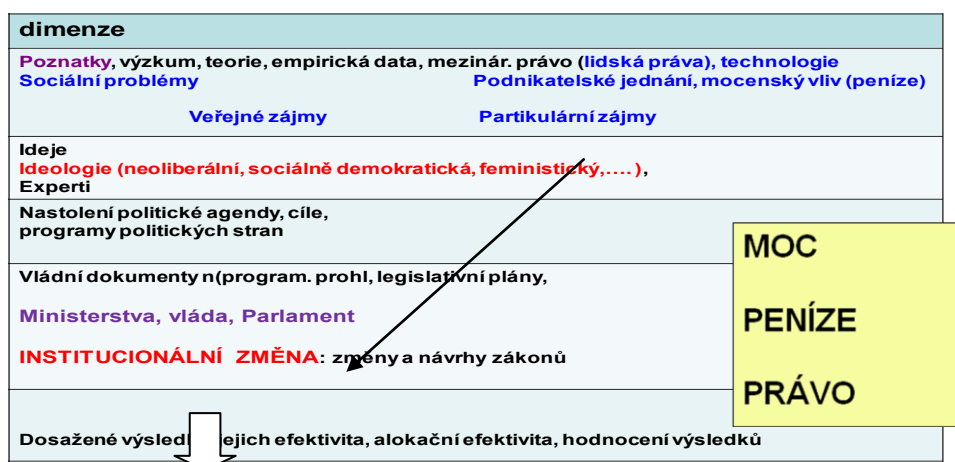
Tang (2011) uvádí dva hlavní přístupy k institucionální změně. Institucionální změny lze dosáhnout harmonickým nebo konfliktním přístupem jednání aktérů. „V harmonickém přístupu, jsou instituce výsledkem agentů, kteří spolu spolupracují, řeší své střety zájmů a rozvíjí své vlastní blaho.“ (Tang, 2011: s. 12) Oproti tomu konfliktní přístup je založený na protichůdných zájmech jednotlivých aktérů, proto výsledky institucionální změny rozvíjí mnohem více zájmy veřejné než partikulární. Oba přístupy však mají své nedokonalosti.

Vývoj procesu institucionální změny se skládá z pěti etap:

- „generování idejí pro konkrétní institucionální uspořádání;
- *politická mobilizace*;
- *boj o moc navrhopvat a diktovat konkrétní institucionální opatření (tj. stanovit zvláštní pravidla)*;
- *stanovení pravidel*;
- *legitimizace, stabilizace a reprodukce.*“ (Tang, 2011: s. 34)

Institucionální změny mají přímý dopad a regulují životní podmínky jednotlivců. Opodstatněnost demokratických hodnot, lidských práv a veřejného zájmu je neodmyslitelnou součástí při realizaci těchto změn. Opomíjení veřejných zájmů a upřednostňování zájmů partikulárních či zájmu neoliberálně orientovaných může vést k nepřilíh pozitivním sociálním a následně pak i ekonomickým důsledkům týkajícím se některých cílových skupin obyvatel, např. nesoběstačných seniorů.

Obr. č. 4 Institucionální změna - model

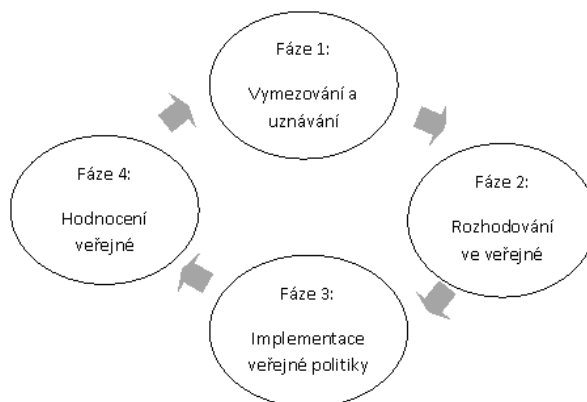


Zdroj: Háva, Prezentace, Téma VE 5: Institucionální ekonomie (IE) na předmět Veřejná ekonomie, 2016: s. 26

## 5.2 Model veřejně politického procesu

K lepšímu porozumění procesu veřejně politického procesu, který „je zpravidla vytvářen na mnoha místech současně, neustále se proměňuje, většinou zde neexistuje jasný kauzální řetěz kroků a celkově jde o velmi komplexní a víceúrovňový proces“ (Veselý, Nekola, 2007: s. 44) je možné použít zjednodušený následující model. Komplexnější model veřejně politického cyklu uvádí např. Dror (1968). (Potůček, 2010)

Obr. č. 5 Fázový model veřejně politického procesu



Zdroj: Howlett, Ramesh 1995, upraveno autorkou, Prezentace na předmět Veřejná politika, Potůček, 2015

Fázovým modelům a jeho jednotlivým částem se věnují např. i Jones (1970), Colebatch (2005), Kingdon (1984), Presman a Wildawsky (1973). (Nekola, Veselý, 2007) U z. č. 108/2006 Sb. je možné sledovat všechny jeho části od vymezení a uznání problému (debaty do konce roku 2006) až po jeho hodnocení v praxi, které dále vedlo k opakování tohoto cyklu.

S první etapou fázové modelu je úzce spjata např. teorie nastolení agendy. (Theodoulou, 1995; Kalvas, 2009; Škodová, 2008) Distribuce témat v tzv. aréně veřejné politiky, jejíž kapacita je omezená, je odvislá od pnutí a vztahů ze subsystému zahrnující prvek veřejnosti, politiky a médií. Problém nepropojenosti sociálně zdravotní péče existoval již před rokem 2007 a z. č. 108/2006 Sb. tuto problematiku řešil pouze částečně. Ani opětovně započatý politický proces snažící se o implementaci zákona o dlouhodobé péči v letech 2009 - 2012 nebyl úspěšný. Problém sociálně zdravotní péče byl veřejně politicky uznán jako naléhavý a na základě rozhodování ve veřejné politice, které směřovalo k ekonomicky nevýhodnému řešení pro uživatele tohoto druhu služeb, nebyl, i přes argumentaci úspor veřejných financí, přijat.

Rozhodování ve veřejné politice, které vede k úspěšné implementaci je založeno na racionálním přístupu aktérů. Omezená racionalita a inkrementalita při rozhodování vede k selhání dané politiky. Racionalita je zde chápána jako osvícenská tradice víry v rozum nikoliv v kontextu ekonomické racionality (teorie racionální voly).

**Tab. č. 19 Srovnání racionální a inkrementálního přístupu při rozhodování**

<b>Srovnání racionálního a inkrementálního přístupu (Ch. E. Lindblom, 1968)</b>	
<b>Racionálně – komplexní základ</b>	<b>Inkrementální přístup</b>
Objasnění hodnot nebo cílů odlišných od obvyklých podmínek pro empirické analýzy alternativních politik.	Výběr cílů hodnot a empirické analýzy potřebné akce nejsou odlišné od sebe navzájem, ale jsou úzce spjaty.
Politická formulace se proto blíží závěrům analýzy: první závěry jsou izolované, pak prostředků, které jejich dosažení jsou vyhledávány.	Vzhledem k tomu, že prostředky a závěry nejsou zřetelné, jsou závěry analýzy často nevhodné nebo omezené.
Test tzv. "dobré" politiky je v tom, že může být prokázáno, že k požadovaným závěrům bylo dosaženo nejvhodnějšími prostředky.	Test tzv. "dobré" politiky je typický v tom, že se různé analýzy se ocitnou přímo dohodnout na politice (bez jejich souhlasu, který je k dohodnutému cíli nejvhodnějším prostředkem).
Analýza je komplexní; každý důležitý relevantním faktorem je vzat v úvahu.	Analýza je drasticky omezena: a) důležitá možné výsledky jsou zanedbávány, b) důležitých alternativní politiky potencionální jsou zanedbávány, c) důležitých ovlivněné hodnoty jsou zanedbávány.
Lze často a silně spoléhat na uplatnění teorie.	Posloupnost srovnání výrazně snižuje nebo zcela eliminuje závislost na teorii.

Zdroj: Potůček, 2010a

Rozhodnutí, jež mění životní podmínky dotčených osob, je založené na hodnotových východiscích dané společnosti vycházejících z idejí především demokracie a částečně i z idejí sociálního státu, ale také z pojetí neoliberalismu či kapitalismu a hodnot a idejí, které zastávají a reprezentují aktéři zodpovědní za veřejně politická rozhodnutí. Nejzákladnějšími hodnotami vedle přirozeného práva jsou hodnoty lidských práv a svobod na národní, ale i mezinárodní úrovni. (EU, Rada Evropy) Velice významné místo ve společnosti zaujímají také etické hodnoty. *„Etika veřejné politiky, to je mnohem více než jen to, zda se politici při svém rozhodování ohlížejí i na etické hodnoty. Každý aspekt a každá fáze veřejné politiky se mohou etiky dotýkat a všichni zúčastnění aktéři musí řešit etické otázky. Poradci, analytici, ti, kdo rozhodují, administrátoři i lidé, kteří politiku hodnotí, nesou etickou odpovědnost. Odpovídají za své jednání v roli zástupců veřejnosti, za metody, které používají, za to, na co se zaměřují, i za výsledky politiky.“* (Brown, 2010: s. 379 in Potůček, 2010) Hlediskem, které je nutné posoudit u každého rozhodnutí je legitimita nejen k právu samotnému, ale i k dotčeným osobám. Legitimita v politologii vyjadřuje *„oprávněnost politického systému vystoupit jako politická moc (vydat právní akty a jiné mocensky sankcionovaná rozhodnutí).“* (Žaloudek, 1996: s. 212) Legitimní rozhodnutí vede k zlepšení životních podmínek občanů, jichž se zákony a změny týkají.

Evalvace realizované politiky, zda bylo dosaženo vytyčených cílů lze hodnotit např. pomocí srovnávací analýzy či provedením analýzy nákladů a přínosů. (Potůček, 2010) Vedle ekonomických (např. dle výše HDP) nebo také statistických metod, které jsou hlavním předmětem zájmu, lze účinnost politiky a hodnocení (pozitivních či negativních) sociálních dopadů implementované politiky zjistit i podle širších indikátorů znázorňujících úroveň životních podmínek a lidského rozvoje (např. ukazateli HDI, GNI, GNH). (Potůček, Musil, Mašková, 2008)

### **5.3 Pojem veřejný zájem**

S problematiku zabezpečení osob ve stáří je veřejný zájem velice úzce spjat. Vzhledem k dispozicím, které osobám ve vysokém věku spíše ubývají (ekonomické zabezpečení, adaptabilita na současný způsob života, fyzické a psychické omezení aj.) bude stále více kladen tlak na posílení zodpovědnosti uspokojení těchto (základních životních) potřeb přecházet na společenské a politické instituce. (Purkrábek, 1999) Co je a není veřejným zájmem, vychází z idejí a hodnot uznávaných ve společnosti

a prosazovaných veřejných, soukromých či jiných zájmů ve veřejné politice. Veřejný zájem může mít několik dimenzí, přičemž dimenze veřejného zájmu vznikající převážně na základě individuálních zájmů má jasné sociální negativní dopady na kvalitu života osob, kterých se bezprostředně dotýká.

Charakteristickými znaky veřejného zájmu jsou především vůle subjektů (občané, politici aj) naplnit hodnoty, které jsou vnímány jako prioritní; týkají se všech osob nebo omezené skupiny osob; týkají se kvality života, životních potřeb subjektů; týkají se zajištění a rozdělení vzácných statků; je složen z více segmentů (ekonomický, politický, kulturní, sociální aj); je strukturován do určitého času, místa, objektu či zdroje vzniku; uznání veřejného zájmu ve veřejné politice. (Purkrábek, 1999)

Veřejný zájem lze chápat také jako obecné blaho či dobro, společné dobro (sociální nauka katolické církve), společné blaho (Martenas, 1991), nadindividuální zájem (Ochrana, 1999) nebo jako obecný zájem (Lisabonská smlouva).<sup>40</sup>

Zabezpečení pobytových sociálních služeb včetně zdravotní péče vzhledem k prognózám vývoje stárnutí populace, nízké porodnosti a dalším veřejně známým vlivům je sociálním problémem, který je potřeba veřejně řešit. Vznik tohoto veřejného zájmu se opírá o historický vývoj sociální a zdravotní péče o nesoběstačné seniory a o rozsáhlý mezinárodní diskurz tzv. dlouhodobé péče. (OECD, EU)<sup>41</sup> V popředí veřejné politiky, prostřednictvím vládních programů je problém zajištění sociálně zdravotní péče řešen až v několika posledních letech. Proces uplatnění veřejného zájmu, který je realizovaný, znázorňuje níže uvedená tabulka.

**Tab. č. 20 Proces uplatnění veřejných zájmů**

<b>Proces uplatnění veřejných zájmů</b>			
<b>Identifikace</b>	<b>Formulace a prezentace</b>	<b>Uznání rozhodnutí</b>	<b>Realizace</b>
Analýzy situace. Zajištění sociálních problémů. Informační dialog. Hodnotové souvislosti.	Programy politických stran. Požadavky a návrhy občanů, státu, samospráv, zájmových organizací, masmédií.	Programová rozhodnutí státu, samospráva a nevládních organizací. Stanovení priorit řešení.	Veřejně politický opatření. Správní opatření. Participace občanů a zájmových organizací.

Zdroj: Purkrábek, 1999, upraveno autorkou

<sup>40</sup> Potůček, Martin. Prezentace na předmět Veřejná politika Veřejné zájmy a veřejná politika, 2015

<sup>41</sup> Box 3.2 Mezinárodní diskurz dlouhodobé péče v posledních 10 letech v OECD, Háva, 2012: s. 94

Podobně jako v období studené války a ve 20. letech dvacátého století, kdy v popředí zájmu byly spíše zájmy růstu ekonomiky na úkor jiných oblastí, tak i v současnosti se objevují tendence potřeby formulované ve veřejném zájmu (zajištění sociální a zdravotní péče pro nesoběstačné seniory) řešit po ekonomické linii (nastavení ekonomické udržitelnosti systému, spoluplatby uživatel služeb aj). Otázka, která z navrhovaných řešení vyvstává, zní, zda je tato problematika řešena v zájmu uživatelů sociálních a zdravotních služeb, vzhledem k nezadatelným lidským právům a kvalitě života těchto osob.

#### ***5.4 Ekonomie zdraví, teorie úhrad zdravotních služeb***

Problematice úhrad zdravotní péče věnuje systematickou pozornost obor ekonomie zdraví (health economics). Základní přehledné poznatky poskytují větší monografie (např. Culyer, Newhouse, 2000; Glied, Smith, 2011). Podrobnější teoretický diskurz přístupů k nákupu zdravotních služeb (purchasing to improve health systems performance) nebo vývoj nových metod úhrad (paymynet for performance) lze nalézt v publikaci (Figueras 2005; Cashin a kol., 2014)

Intenzivní diskurz úhrad zdravotní péče ve vztahu k veřejným financím a příjmové úrovni zvláště ve státech s nízkými a středními příjmy se odehrává v rámci OECD (OECD 2014 a WHO 2010, 2013).



## 6. Výzkumná část - institucionální analýza vývoje

Empirická část práce se zaměřuje s využitím výzkumné metody institucionální analýzy na jednotlivé etapy přípravy, tvorby a implementace z. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se zaměřením na průběžné hodnocení příčin vznikajících problémů spojených s financováním zdravotní péče v ZPSS.) Jde o časové období 1998 – 2015. Komplexnost zkoumaného procesu změny organizace a financování v oblasti sociálních (sociálně zdravotních) služeb je modelově zachycena v tab. č. 21. na následující straně.

S využitím poznatků institucionální teorie (Tang, 2011) je využita metoda institucionální analýzy (Háva, 2014) a metoda interpretace práva ke zpracování primárních dat, jimiž jsou zde právní normy a související dokumenty politické praxe/politického diskurzu (programová prohlášení vlády ČR, strategické dokumenty MPSV se zaměřením na sociální služby) a dokumenty veřejného/občanského diskurzu, výsledky výzkumu, realizovaného v ČR (VÚPSV). Předmětem této práce není mediální diskurz. V rámci uplatnění metody CDA jsou zjištěné argumenty diskutovány s využitím vybraného okruhu teorií, publikovaných v odborné literatuře (teoretický diskurz).

Záměrem uvedeného typu metodického přístupu je neomezit se pouze na základní analytický popis, ale interpretovat zkoumané procesy také z kritického hlediska. S využitím kombinace uvedených typů diskurzů lze zjišťovat jejich rozdíly. Veřejný a výzkumný diskurz jsou zdrojem reflexe zkoumaného problému s financováním zdravotních služeb a jsou dokladem komunikativní pospolitosti dotčených aktérů. Platformou této komunikace je APSS ČR.<sup>42</sup> Tato aktivita vytváří předpoklad pro občanskou participaci poskytovatelů při tvorbě, realizaci a hodnocení vývoje v oblasti sociálních služeb.

---

<sup>42</sup> K 20. 12. 2016 sdružuje APSS ČR **1.625 členů**, 1.030 organizací a 2.318 registrovaných služeb, 595 členů Profesionálních svazů. Zdroj: <http://www.apsscr.cz/>

**Tab. č. 21 Morfologická analýza procesu změn organizace a financování v oblasti sociálních (sociálně-zdravotních) služeb v letech 1998 - 2015**

Časová osa	1998 - 2005	2006 - 2009	2010 - 2013	2014 - 2015
<b>Politická, ideová a věcná východiska</b>	Vláda (1) menšinová ČSSD, (2) koalice CSSD, KDU, US-DEU Liberální demokracie Lidská práva Osobní zodpovědnost Sociální soudržnost	Vláda ODS Transformace sociálních služeb Úspora veřejných financí („škrty“) Privatizace zdrav. Minimalizace finanční krize	Vláda ODS „Nutné“ úspory veřejných financí („austerity“) Vymezení dlouhodobé péče včetně financ. jako podnikatelského záměru	Vláda koalice ČSSD, ANO, KDU Podpora financování sociální oblasti
<b>Příprava instituc. změny</b>	Výzkumné projekty VÚPSV Národní vzdělávací fond (standardizace a kvalita sociálních služeb) <b>Twinningový projekt</b> ČR a VB Kooperace v rámci EU	Výzva ke strategii dlouhodobé péče (v gesci MZ) a integrace soc. a zdrav. sl. <b>Započítání činnosti expertního panelu</b> na problematiku dlouhodobé péče	Pokračování expertního panelu <b>Věcný návrh zákona o dlouhodobé péči</b> Memorandum optimalizace sítě sociální a zdravotní péče	<b>MPSV s MZ ČR problémy ve strategii</b> (příprava návrhu tzv. změnového zákona)
<b>Instituc. změna</b>	Ústava ČR Z. č. 128/2000 Sb. Z. č. 129/2000 Sb. Evropské soc. charta	<b>Z. č. 108/2006 Sb.</b> Vyhl. č. 505/2006 Sb. Z. č. 109/2006 Sb. Vyhl. č. 620/2006 Sb.	<b>Pozastaven návrh zákona o dlouhodobé péči</b> Vyhl. č. 391/2011 Sb. Z. č. 366/2011 Sb. Z. č. 372/2011 Sb.	<b>Obě ministerstva nejsou schopna problémy efektivně řešit, nezabývají se totiž příčinami, ale se o řešení pouze cestou parametrických úprav v úhradách</b>
<b>Implement. změna a nové problémy</b>	Průběžně sice reflektovány problémy, ale jejich úroveň nebyla dostatečně objektivizována ve vztahu k nákladovým analýzám	Problém zpřístupněna široké (na základě zdravotního stavu) cílové skupině seniorů (2007) <b>Problematické financování sociálních služeb (problém na straně MZ ČR)</b>	<b>Přetrvávající problémy s financováním zdravotní péče</b>	
<b>Výsledky a jejich reflexe</b>	Zákon o sociálních službách dlouhodobě odkládán	Nerovné postavení sociálních služeb a VZP ČR  Podfinancování sociálních služeb Ohrožení kvality poskytovaných služeb	<b>Soudní spory s VZP</b>  Ohrožení kvality poskytovaných služeb	<b>Diskurz problémů v Parlamentu (semináře)</b>

Zdroj: Autorka

### 6.1 Ideová východiska přípravy z. č. 108/2006 Sb. v období 1989 – 2006

Rozvoji oblasti dlouhodobé péče nebyla v ČR v 90. letech ze strany tvůrců sociální a zdravotní politiky věnována pozornost, která by byla srovnatelná s odpovídajícími přístupy v zahraničí (diskurz ve WHO, OECD, EU a politika jednotlivých zemí, včetně EU viz. také kap. 4 této práce). V ČR nebyl v terminologii

sociální a zdravotní politiky používán pojem dlouhodobá péče ve významu srovnatelném s mezinárodním diskurzem. Namísto toho se zde počátkem 90. let objevil pojem „sociální hospitalizace“, vyjadřující realitu přehlíživého, ale i nekompetentního přístupu MZ ČR k dlouhodobé péči. MZ ČR se dokonce snažilo formulovat vyhlášku o sociální hospitalizaci (Háva, osobní sdělení).

Odpovědná ministerstva (MPSV a MZ ČR) se po roce 1990 věnovala primárně jiným tématům. Na MPSV došlo např. poměrně rychle k formulaci zájmu o rozvoj fondových penzijních systémů, byly zde projednávány přípravné kroky zaměřené na očekávanou nezaměstnanost. Na MZ ČR byly velice rychle koncipovány změny v oblasti organizace a financování zdravotních služeb. Vlivnými participujícími aktéry zde byli zástupci lékařských profesí nově vzniklé České lékařské komory a početná zájmová skupina, již se podařilo vytvořit nepřehledný a nefunkční pluralitní systém veřejného zdravotního pojištění, vedoucí k miliardovým finančním ztrátám. Výsledkem rozdílných aktivit zájmových a profesních skupin a deficitů odpovědnosti na straně MZ ČR byla nevyváženost alokace finančních zdrojů ve zdravotnictví. Zpočátku také velmi rychlý a nekontrolovaný růst celkových výdajů na zdravotnictví.

Marginalizovanou oblastí se stala zdravotní péče, poskytovaná jak v LDN, tak i v DD. Zdravotní péče v jeslích (resp. její úhrada) byla vyškrtuta zcela. MZ ČR se opakovaně snažilo převést odpovědnost za financování zdravotní péče v DD, ale i v LDN na MPSV. Tyto snahy vedly ke zhoršení spolupráce a důvěry mezi oběma ministerstvy.

Pokus o přesun odpovědnosti na MPSV za financování zdravotní péče v DD a LDN se sice lobistům na MZ ČR nepodařil, ale jejich úsilí se zejména po roce 1997 přeneslo do roviny tzv. úhradových vyhlášek, které se staly „silovým“ nástrojem alokace financí především do akutní medicíny (Háva, osobní sdělení).

Postoj k seniorům se začal postupně měnit, jakmile ČR podala žádost o členství v EU a začala se realizovat přístupová jednání. Ze strany EU byla v oblasti rozvoje sociální politiky realizována pomoc formou projektů Phare, a to jak ve vztahu ke státní správě, tak také na podporu vysokoškolského vzdělávání v této oblasti.

### **Box č. 6 Vybrané události veřejné politiky - kontext ideového vývoje přístupu k dlouhodobé péči v ČR**

- Washingtonský konsensus (1989) a navazující přístupy k transformačním změnám ve střední a východní Evropě
- tržně orientované reformy v oblasti zdravotní a sociální péče v zahraničí (nákup služeb, „purchasing“)
- přijetí nové ústavy a LZPS (1992)
- programové prohlášení vlády V. Klause 1992 - 1998
- ČR podala žádost o členství v EU 17. 01. 1996
- Sarajevský atentát
- programové prohlášení vlády M. Zemana 1998 – 2002
- ČR ratifikovala Evropskou sociální chartu (1999)
- změna Ústavy ČR tzv. „euronovelou“ (2001)
- twinningový projekt Podpora MPSV při reformě sociálních služeb 2000 – 2003
- uzavřeno přístupové jednání ČR s EU o sociální politice a zaměstnanosti (01. 06. 2001)
- programové prohlášení vlády V. Špidly 2002 – 2004
- Bílá kniha v sociálních službách (2003)
- vláda S. Grosse 2004 – 2005 a vláda J. Paroubka 2005 – 2006
- Důvodová zpráva návrhu zákona o sociálních službách (2005)
- Předběžná národní zpráva pro Evropskou komisi o zdravotní a dlouhodobé péči v České republice (2005), v rámci Lisabonské strategie (2000 – 2010)

Nezanedbatelnými souvisejícími kroky vývoje právního státu v ČR bylo přijetí nové Ústavy ČR s platností od 1. ledna 1993 a také členství v mezinárodní organizaci Rada Evropy (30. června 1993). Rada Evropy je založena jako mezinárodní organizace se sídlem ve Štrasburku (nezávislá na EU) a funguje na principu diskuse a hledání společných řešení v ekonomických, sociálních, kulturních, vědeckých, právních a administrativních otázkách a v udržování a rozvoji základních lidských práv a svobod.

Vláda ČR v letech 1998 – 2002 projevila formou twinningového projektu s Velkou Británií zájem o britské zkušenosti z oblasti organizace a financování sociálních služeb. Tento projekt otevřel příležitost pro bližší seznámení se s nástroji používanými ve Velké Británii. Tento vývoj postupně směřoval k realizaci institucionální změny v podobě zákona č. 108/2006 Sb.

**Cílem této části empirického výzkumu** je reflexe „legitimity formulovaných cílů plánovaných institucionálních změn v problematice řešení dlouhodobé péče o seniory v kontextu lidských práv“. Takto formulovaný cíl je zaměřen na sledování

ideových, hodnotových, úzce zájmových a věcných východisek jak ve vztahu k příjemcům služeb a jejich právům, tak také ve vztahu k tvůrcům dané politiky a k zákonodárnému rozhodnutí. Legitimita odůvodnění institucionálních změn je v této práci pojata jako legitimita práva. Tento pojem je v literatuře předmětem intenzivních diskusí (Příbáň 1997; Habermas 2000). Příbáň (1997) uvádí následující dílčí charakteristiku legitimacy práva: „*Míra legitimacy práva a panství není potom mírou souhlasu subjektů moci a práva, nýbrž vyplývá z paradigmatického vztahu mezi právním systémem a jeho okolím. Právo je totiž legitimní v míře, v jaké je otevřeno kritice zvnějšku.*“ (s. 155.)

Sociální a zdravotnické právo jsou součástí pozitivního práva, vznikajícího v průběhu zákonodárného procesu rozhodnutím prostou většinou. Takový rozhodovací postup poměrně snadno může vést ke změnám s rizikem omezené legitimacy (historie 20. století nám předvedla, jak poměrně snadno lze při vyřazení pojistek přirozeného práva takovou cestou legalizovat i počátky totalitního režimu; avšak z téže historie je také patrné, jak se mezinárodní společenství po druhé světové válce opět vrátilo k obnovení pojistných mechanismů cestou lidských práv. (Háva, Mašková, Teršová, 2011)

Pojistku v tvorbě veřejné politiky ve vztahu k ratifikovaným lidským právům sehrávají mechanismy na ochranu lidských práv, avšak i tyto mohou být v praxi legislativního obcházeny či mohou selhat. Další úrovní mechanismu na ochranu lidských práv na národní úrovni je pak příslušný Ústavní soud. Praxe vývoje českého ústavního práva však vedla cestou Euronovely Ústavy ČR v roce 2001 k vyřazení i tohoto mechanismu (Háva, 2008; Rychetský, 2013). Za takových podmínek lze v ČR po roce 2001 poměrně snadno dojít k tvorbě práva s omezenou legitimitou. V případě vztahu k lidským právům (zde pak především k článku 12. Mezinárodního paktu hospodářských, sociálních a kulturních práv) a při cílené změně použité terminologie samotných právních norem vzniká neurčitá situace i pro případ soudních sporů (Řezníčková, 2015).

Avšak legitimitu práva zde nevztahuji pouze k očekávání občanů o tom, že budou naplněna jejich Českou republikou jinak ratifikovaná lidská práva. Legitimita práva je zde posuzována také z hlediska kvality (tedy i výsledků a dostupnosti) poskytovaných sociálních a zdravotních služeb. Diskurz poznatků o vývoji přístupů

k sociálním a zdravotním službám je možné na mezinárodní úrovni dále sledovat s využitím dokumentů WHO, OECD, EU, Rady Evropy a také s využitím odborné literatury z oblasti sociální a zdravotní politiky, včetně politické filosofie a souvisejících oblastí teorie práva.

Ideová východiska jsou v této práci sledována s využitím vybraných událostí veřejné politiky a jejich souvisejících dokumentů s využitím metody kritické diskurzivní analýzy, sledující jednak formulaci cílů a záměrů v rámci nastolení agendy veřejné politiky, jednak odůvodnění sledovaných cílů. Vybrané argumenty z dokumentů politické praxe a formulace z právních norem jsou vyznačeny pro lepší přehlednost modře.

Výchozími dokumenty pro diskurzivní analýzu ideových východisek ČR po roce 1989 jsou programová prohlášení vlád ČR. První prohlášení vlády samostatného státu byla **za vlády V. Klaus (ODS) 1993 - 1998 a J. Tošovského (nestraník) 1998**. Programová prohlášení byla založena na hodnotách budování demokratického a právního státu. Sociální soudržnost, prosazována až v dalších letech, byla upozaděna před individualitou a osobní zodpovědností. *„Vláda vychází z toho, že především občan je odpovědný za své sociální postavení a že obec a rodina tvoří základní sociální prostor, v němž se utváří existenční zázemí jednotlivce. Stát k tomu vytváří podmínky, zejména právní, ekonomické a organizační.“* (Prohlášení, 1992: s. 11) *„Vláda vychází z předpokladu, že je nezbytné posílit odpovědnost občana za své zdraví.“* (tamtéž: s. 13)

Rozsáhlejší programové prohlášení vlády představil **v letech 1998 - 2002 M. Zemana (ČSSD)**. Cílem vlády bylo vedle podpory vzdělání a zlepšení uplatnění se na trhu práce také stát se společností solidarity uplatněním principu sociální soudržnosti. *„Z tohoto hlediska chce vláda rozvíjet myšlenku trvalého a mnohostranného sociálního dialogu a jako jeden z partnerů se tohoto dialogu aktivně účastnit. Není možné, aby například přístup ke vzdělání nebo poskytnutá zdravotní péče závisely na jiných parametrech, než jsou schopnosti uchazeče o vzdělání nebo stav zdravotního ohrožení. Ekonomické možnosti země budou přitom samozřejmě vždy omezovat kapacitu poskytovaných veřejných služeb v těchto oblastech.“* (Prohlášení, 1998a: s. 2)

Ideová orientace vlády byla nastavena mezi těmito mantinely: *„Vláda odmítá ideologický fundamentalismus, který v komunistické podobě vedl k eliminaci*

soukromého sektoru. Vláda však nesdílí ani ultraliberální názory na omezování veřejného sektoru. Hlásí se k myšlence Evropské unie o trvalém partnerství mezi oběma sektory a je si vědoma toho, že v konkrétní praktické politice je nutné vždy znovu hledat křehkou a v čase se měnící rovnováhu mezi nimi. “ (tamtéž: s. 2)

**Tab. č. 22 Vybraná navrhovaná opatření vlády (1998) M. Zemana**

<b>Vybraná navrhovaná opatření vlády M. Zemana v letech 1998</b>
Reforma veřejné správy, jde zde o vytvoření vyšších územně samosprávných celků.
Přijetí Sociální charty Rady Evropy.
Naplnění všech atributů demokratického právního státu v ČR zaručeným LZPS a ratifikace úmluv o lidských právech.
Změna Ústavy ČR, (princip priority evropského komunitárního práva před právem vnitrostátním).
Doplnění Ústavy o institut veřejného ochránce lidských práv a svobod.

Zdroj: Programové, 1998: s. 5 - 6

V oblasti sociální byla opatření formulována pouze obecně s tím, že „*Sociální pomocí bude postupovat zásada vytváření lidsky důstojných životních podmínek při pozitivním principu svobodné volby sociálních služeb všem občanům, včetně etnických a ostatních menšin.*“ (tamtéž: s. 16) V oblasti zdravotnictví, „*Zdraví občanů vláda chápe jako veřejný zájem,.... Významnější omezení solidarity ve financování zdravotní péče je proto pro vládu ve vztahu k občanům s nízkými příjmy, nemocným a starým, nepřijatelné.*“ (tamtéž: s. 18)

Tehdejší sociální zabezpečení (také i péče) bylo právně vymezeno ještě z předrevolučního období. Sociální zabezpečení bylo regulováno **z. č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení**. Pobytové sociální služby byly nazývané ústavní sociální péčí o staré občany (§73).

„§89 *Starým občanům, zejména těm, kteří pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují soustavnou péči, se poskytuje zejména bydlení, zaopatření, v případě potřeby osobní vybavení, zdravotní péče, rehabilitace, kulturní a rekreační péče v ústavech sociální péče pro staré občany, pokud zdravotní stav nevyžaduje léčení a ošetřování v ústavním zařízení léčebně preventivní péče. Ústavní péče se poskytuje formou celoročního,...., pobytu.*

„§93 *Za pobyt v ústavech sociální péče hradí občané náklady za stravu, bydlení a nezbytné služby. Výši nákladů, způsob jejich úhrady a případy, kdy se úhrada nákladů nepožaduje, stanoví prováděcí předpis*<sup>43</sup>.“

Ústavy sociální péče dle z. č. 114/1988 Sb., o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení (§45, písm. a)) konkrétněji popisovala vyhl. č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení (dále jen. vyhl. č. 182/1991 Sb.). Jednalo se o DD (§72)<sup>44</sup> a domovy – pensiony pro důchodce (§73).<sup>45</sup> (§61, odst. 61 písm. i) a j))

Poskytování pobytových sociálních služeb bylo však regulováno *Přílohou č. 7 Zdravotní postižení podmiňující a vylučující přijetí do ústavů* vyhl. č. 182/1991, Sb. Příloha v bodě 6 vymezovala zdravotní stavy, které poskytování pobytové sociální služby vylučovalo. Příloha vyhlášky vymezovala 21 zdravotních stavů kontraindikujících k poskytnutí služby, např. stavy po zlomeninách a amputacích, omezují nebo znemožňují pohyb vedoucí ke snížené soběstačnosti, či postižení smyslových orgánů (sluch a zrak), které zapříčiňuje sníženou orientaci osoby.

Z výše uvedeného by mohlo být snadno vyvozeno, že v ústavech sociální péče té doby žili uživatelé více soběstační než v současné době. Průša a kol. však uvádí, že *„vzhledem ke zdravotnímu stavu a věku obyvatel domovů důchodců je třeba hodnotit zdravotnickou péči poskytovanou obyvatelům těchto zařízení jako nutnou a neodkladnou, přičemž jejím odložením by mohlo dojít k vážnému zhoršení jejich zdravotního stavu*<sup>46</sup>.“ (2009: s. 12) Navzdory veškeré potřebnosti byla zdravotní péče

<sup>43</sup> Vyhl. č. 149/1988 Sb., federálního ministerstva práce a sociálních věcí, kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení

<sup>44</sup> „Domovy důchodců jsou určeny především pro staré občany, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu a kteří pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují komplexní péči, jež jim nemůže být zajištěna členy jejich rodiny ani pečovatelskou službou nebo jinými službami sociální péče, a dále pro staré občany, kteří toto umístění nezbytně potřebují z jiných vážných důvodů. Nemohou však být přijati občany, jejichž zdravotní stav vyžaduje léčení a ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení.“

<sup>45</sup> „Domovy-penzióny pro důchodce jsou určeny pro staré občany, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu a jejichž celkový zdravotní stav je takový, že nepotřebují komplexní péči, za předpokladu, že jim budou poskytnuty služby potřebné vzhledem k jejich věku a zdravotnímu stavu. (2) Do domovů-penziónů pro důchodce se přijímají občany, jejichž zdravotní stav a věk umožňuje vést poměrně samostatný život ve vhodných podmínkách. (3) V domovech-penziónech pro důchodce se poskytuje ubytování a základní péče. Současně jsou ústavem vytvářeny podmínky pro rozvoj kulturního a společenského života a zájmové činnosti obyvatel ústavu. Podle možností ústavu a požadavků obyvatel domovů-penziónů pro důchodce lze obyvatelům poskytovat i další placené služby uvedené v příloze č. 6, která je součástí této vyhlášky.“

<sup>46</sup> Znalecký posudek Geriatrické kliniky VFN a 1. lékařské fakulty UK v Praze in Průša a kol., 2009



sociálními právními normami vymezena velice stroze a do roku 2007 se rozvíjela velice pozvolně.

Částečná změna nastala v době, kdy byla vyhl. č. 182/1991 Sb. v roce 1993 (Vyhl. č. 28/1993, Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení) novelizována. Ústavní zařízení sociální péče mohla vybudovat samostatná ošetrovatelská oddělení pro ošetřování uživatelů upoutaných na lůžko nebo vyžadujících jinou náročnou ošetrovatelskou péči. Navíc v DD mohla být zřízena samostatná ošetrovatelská oddělení pro ošetřování osob trpících demencí. Což sebou nese větší potřebnost zdravotní péče o tyto osoby.

Poskytování zdravotní péče prvotně řešil **z. č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu** (dále jen z. č. 20/1966 Sb.):

*„§11, odst. (1) Stát poskytuje zdravotnické služby svými zařízeními v souladu se současnými poznatky lékařské vědy.*

*„odst. (2) Zdravotnické služby jsou poskytovány všem občanům Československé socialistické republiky bezplatně v rozsahu, za podmínek a ve zdravotnických zařízeních stanovených v tomto zákoně a v předpisech vydaných k jeho provedení.“*

Do konce roku 1991 nebyla rozlišena zdravotnická zařízení od tehdejších ústavů sociální péče.<sup>47</sup> Novelou z. č. 548/1991, Sb., kterým se mění a doplňuje z. č. 20/1966 Sb. ve znění z. č. 210/1990 Sb. a z. č. 425/1990 Sb. s účinností od 01. 01. 1992, byly ústavy sociální péče z poskytování zdravotní péče vyloučeny na základě znění §11 *„Zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy.“*

Další významnou právní normou byl z. č. 48/1997 Sb. vymezující hrazení péče s účinností od 01. 04. 1997.

*„§13, odst. (1) Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče poskytnutá pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav.“*

*„odst. (2) Zdravotní péče hrazená v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem (dále jen "hrazená péče") zahrnuje: a) léčebnou péči ambulantní a ústavní (včetně diagnostické péče, rehabilitace a péče o chronicky nemocné),...“*

<sup>47</sup> K úhradě zdravotní péče před vznikem VZP a systému veřejného pojištění uvádí např. Misconiová, Merhautová, Průša, (2003: s. 4) *„Dříve stát ústavům, které byly rozpočtovými organizacemi, jednou platbou prostřednictvím okresních úřadů hradil jak náklady na zdravotní péči, tak i náklady na vlastní sociální služby poskytované ústavem. Od zavedení systému zdravotního pojištění jsou však ze strany státu tyto složky péče v ústavech sociální péče financovány odděleně – náklady zdravotní péče jsou povinny hradit zdravotní pojišťovny, zatímco sociální péče je hrazena ústavům sociální péče formou příspěvku na lůžko.“*

Úhrada zdravotní péče byla definována:

„§17, odst. (1) *Za účelem zajištění věcného plnění při poskytování zdravotní péče pojištěncům uzavírají Všeobecná zdravotní pojišťovna a ostatní zdravotní pojišťovny, zřízené podle zvláštního zákona,<sup>28) 48</sup> smlouvy se zdravotnickými zařízeními o poskytování zdravotní péče. Smlouvu o poskytování zdravotní péče lze uzavřít jen na ty druhy péče, které je zdravotnické zařízení oprávněno poskytovat. Smlouvy se nevyžadují při poskytnutí nutné a neodkladné zdravotní péče pojištěnci.*“

Zde je jasně uvedeno, že zdravotní pojišťovny mohou uzavřít smlouvu pouze se zdravotnickými zařízení a stavy sociální péče zde zmíněné nebyly.

Všeobecně bylo definováno poskytování zdravotní péče v §18, odst. 1, 2 a odst. 3, písm. c):

„(1) *Zdravotní péči poskytují ve zdravotnických zařízeních, nebo je-li to nezbytné s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, na jiném místě, kde je nutno péči poskytnout, zdravotničtí pracovníci,<sup>29) 49</sup> popřípadě další odborní pracovníci ve zdravotnictví, a to v rozsahu své odborné způsobilosti. Jiní zdravotničtí pracovníci než lékaři poskytují hrazenou péči na základě ordinace ošetřujícího lékaře, není-li dále stanoveno jinak.*“

„(2) *Zdravotní péče je pojištěnci poskytována formou ambulantní nebo formou ústavní péče.*“

„(3) *Ošetřujícím lékařem se rozumí: c) lékař poskytující pojištěnci zdravotní péči v zařízení ústavní péče.*“

Zdravotní péči hrazenou ze zdravotního pojištění byla dle §22 tzv. zvláštní ambulantní péče. Tato péče byla „*poskytovaná pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně, smyslově nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci, v jejich vlastním sociálním prostředí; tato péče se poskytuje jako zdravotní péče v ústavech sociální péče*“, (§22, písm. d)) . Průša a kol. ve výzkumné monografii uvádí, že VZP ČR odmítala hradit zdravotní péči svým pojištěncům dle LZPS čl. 31<sup>50</sup> z důvodu nepřesnosti právních norem. „*VZP tvrdila, že ústavy sociální péče nejsou zdravotnickými zařízeními ve smyslu §11 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, a že s nimi tedy ani nemůže uzavírat smlouvy na úhradu poskytované zdravotní péče.*“ (Průša a kol., 2009: s. 10)

<sup>48</sup> Z. ČNR č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

<sup>49</sup> § 53 z. č. 20/1966 Sb., ve znění z. ČNR č. 548/1991 Sb., Vyhl. MZ ČSR č. 77/1981 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví.

<sup>50</sup> „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“

Jedním z řešení (ne však automatickým)<sup>51</sup> jak zajistit v ústavech sociální péče hrazení zdravotní péče bylo dle z. č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních a na doporučení MPSV (v roce 1998) požádat o registraci a stát se tak zařízením (jednak) nestátním zdravotnickým z důvodu hrazení zdravotní péče a z podstaty charakteru činnosti ústavem sociální péče. Získání registrace však s sebou neslo určité komplikace. Průša a kol. (2009) uvádí, jaké toto opatření přineslo ohlasy ze strany plátce zdravotní péče. Navíc do roku 2007 nebyla platnou právní úpravou vymezena odbornost stanovující zdravotní výkony prováděné kvalifikovanými zdravotními pracovníky v ústavech sociální péče. (Misconiová, Merhautová, Průša, 2003)

Vzhledem k závazkům k mezinárodnímu právu **vláda ratifikovala v roce 1999 Evropskou sociální chartu**, která se stala také jedním z podpůrných dokumentů při tvorbě nového zákona. ČR byla zavázána zabezpečit mj., čl. 11 Právo na ochranu zdraví, čl. 12 Právo na sociální zabezpečení a v čl. 14 Právo využívat služby sociální péče, především „*podporovat nebo poskytovat služby využívající metod sociální práce, které přispívají k blahu a rozvoji jak jednotlivců, tak skupin v komunitě a jejich přizpůsobení společenskému prostředí.*“ (Evropská, 2000: s. 11) V ČR byla lidská práva upravena v Ústavě a v LZPS s účinností od 01. 01. 1993 (kap. 2.2). Významnou institucionální změnou v ústavním právu bylo přijetí tzv. „*euronovely*“ v roce 2001, s účinností od 01. 06. 2002. Obsahem změny bylo jednak v čl. 1 a čl. 10 dodržovat závazky vyplývající z mezinárodního práva, ale také omezení pravomoci Ústavního soudu ČR, což se vážně dotýká lidských práv (§87 - 88). (Háva, 2008)

Vzniku zákona o sociálních službách předcházelo mnoho úsilí a zpracovaných dokumentů. Národní vzdělávací fond (dále jen NVF) na dotaz MPSV realizoval několik projektů během let 1999 – 2003 týkající se standardů kvality pro jednotlivé sociální služby a metodiky pro hodnocení a kontrolu kvality.<sup>52</sup> V letech 2000 - 2003 vývoj reformy sociálních služeb významně ovlivnil twinningový projekt **Podpora MPSV při reformě sociálních služeb** realizovaný mezi ČR a Velkou Británií za účelem získání zkušeností v oblasti sociálních služeb, především komunitního plánování a rozvoje kvality těchto služeb. (NVF, 2011) Pojetí sociálních služeb se tak posunulo směrem

---

<sup>51</sup> Průša, 2009

k liberalismu se zaměřením na tržní ekonomiku a růst. Tržní prvky v britském modelu sociální péče se objevují např. u služby „*case management*“, v případě užívání sociální služby jako její „*náku*“ a uživatel sociální služby je chápán spíše „*zákazníkem*“. (Koldinská, 2004)

Do vzniku zákona o sociálních službách mezi léty 2002 - 2006 byla vláda orientovaná levicově v čele s předsedy vlády **V. Špidlou, S. Grossem a J. Paroubkem (ČSSD)**. Cíly i prioritami vládních rozhodnutí byl především vstup ČR do Evropské unie. Důležitým bodem programového prohlášení vlády V. Špidly bylo, že „*Společně s regiony vláda bude podporovat restrukturalizaci současných lůžkových kapacit pro potřeby stárnoucí populace. Posílí úroveň ošetrovatelské a dalších forem dlouhodobé péče, včetně rehabilitace a domácí péče, integrací zdravotních a sociálních služeb.*“ (Programové, 2002: s. 22) Z pohledu zdravotnictví je podstatné, že „*Vláda bude nadále dbát o celkovou bilanční rovnováhu veřejného zdravotního pojištění s tím, že se nezvýší spoluúčást občanů na péči, hrazené z veřejného zdravotního pojištění,....*“ (tamtéž: s. 23) Liberální orientace vlády v připravovaném zákoně o sociálních službách jsou patrné např. u zavedení příspěvku na péči, který bude sloužit k nákupu sociální služby. „*Vláda: prosadí zákon o sociálních službách, založený na individuálním příspěvku na péči, který vytvoří podmínky pro posílení efektivní sítě sociálních služeb a pro rovnoprávné uplatnění neziskového sektoru v této oblasti při dodržování státem garantovaných standardů kvality, s cílem zajistit dětem, seniorům a osobám sociálně a zdravotně postiženým vysokou kvalitu života, jejich aktivizaci a začleňování do společnosti.*“ (Prohlášení, 2004: s. 8) J. Paroubek ve svém prohlášení vlády dále uvedl, že „*Vláda cítí vysokou odpovědnost za veřejné blaho, bezchybné fungování veřejných služeb a veřejné správy.*“ (Prohlášení, 2006: s. 2) Což je od roku 1969 právně vymezeno v tzv. kompetenčním zákonu. Vedle prosazení zákona o sociálních službách bylo prioritou mj. zajištění kvalitní zdravotní péče a předložení zákonů o zdravotní péči a zdravotnických zařízeních. Oblast sociálně zdravotní péče vedle sociální a zdravotní péče jako takové je uznána jako veřejná priorita a v programovém prohlášení, vláda uvádí, že „*.... soustředí pozornost na zabezpečování zdravotně-sociální péče s ohledem na nepříznivý demografický vývoj ve smyslu stárnutí populace, aby nedocházelo pouze k prodlužování střední délky života, ale aby byla současně zajištěna důstojná komplexní péče o starší spoluobčany.*“ (tamtéž: s. 16)

---

<sup>52</sup> Příloha č. 9: Seznam realizovaných projektů (text)

Vývoj sociálních služeb ovlivnil také dokument *Bílá kniha v sociálních službách*. Kniha byla vydaná v únoru 2003, po vzoru bílých knih EU, a stala se konzultačním a strategickým dokumentem pro připravovaný zákon. V úvodu dokumentu jsou uvedeny principy, na kterých by měly být sociální služby založeny. Jedná se o:

- 1) nezávislost a autonomie pro uživatele sociálních služeb,
- 2) začlenění a integrace - nikoliv sociální vyloučení,
- 3) respektování potřeb - služba je určována individuálními potřebami a potřebami společnosti - neexistuje model, který vyhovuje všem,
- 4) partnerství - pracovat společně ne odděleně,
- 5) kvalita – záruka kvality podporuje ochranu zranitelným lidem,
- 6) rovnost bez diskriminace,
- 7) standardy národní, rozhodování v místě.

Teoretická základna návrhu zákona o sociálních službách pojímala mnoho oblastí (např. zaručení kvality služby, dostupnosti, škálu různých druhů služeb), ale poskytování sociálně zdravotní péče se dotýkala minimálně. (Bílá, 2003)

*Důvodová zpráva návrhu zákona o sociálních službách* (2005) je postavena na principech solidarity a rovných příležitostech pro všechny členy společnosti. Hlavním cílem oproti původnímu zákonu z roku 1988 byla podpora procesu sociálního začleňování a sociální soudržnosti, která byla dále podporována v rámci procesu transformace sociálních služeb (2007 - 2013). Sociální pomoc byla definována jako:

- „dostupná – z hlediska typu pomoci, územní dostupnosti, informační dostupnosti a v neposlední řadě také z hlediska ekonomického,
- efektivní – bude uzpůsobena tak, aby vyhovovala potřebě člověka a nikoliv „potřebám“ systému,
- kvalitní – bude zabezpečována způsobem a v rozsahu, který odpovídá současnému poznání a možnostem společnosti,
- bezpečná – bude zabezpečována tak, aby neomezovala oprávněná práva a zájmy osob,
- hospodárná – bude zabezpečována tak, aby veřejné i osobní výdaje používané na poskytnutí pomoci v maximálně možné míře pokrývaly objektivizovaný rozsah potřeb.“ (Důvodová, 2005: s. 46)

Propojenost sociální a zdravotní péče byla stanovena na úroveň veřejné správy. „Na této úrovni je možné zajišťovat také propojování sociálních a zdravotních služeb. Regionální nebo místní podmínky pro uspokojování potřeb lidí mohou být rozdílné, ovšem vždy odpovídající potřebám a možnostem v daném území.“ (tamtéž: s. 47)

MZ ČR aktualizovalo metodický pokyn z roku 1998 *Koncepci ošetřovatelství* (2004). Koncepce zdůrazňuje, jak je ošetřovatelství v péči o lidské zdraví velmi důležité. Přesto k jasné právní úpravě vymezení zdravotní péče poskytované v pobytových sociálních službách po další léta nedochází. „Hlavním cílem ošetřovatelství je systematicky a komplexně uspokojovat potřeby člověka s respektem k individuální kvalitě života, vedoucí k udržení nebo navrácení zdraví, zmírnění fyzické i psychické bolesti v průběhu umírání. Při dosahování těchto cílů ošetřovatelský personál úzce spolupracuje s nemocnými, lékaři, dalšími zdravotnickými pracovníky a jinými odbornými pracovníky.“ (Špaček, 2004: s. 2)

Na základě členství ČR v EU byla pro potřeby Evropské komise vytvořena na základě principu „Otevřené metodě kooperace“ (OMC) **Předběžná národní zpráva o zdravotní a dlouhodobé péči v České republice** (MPSV, 2005) monitorující zdravotní a dlouhodobou péči, jako výzvy, kterým čelí sociální politika. Přestože zpráva uvádí následující data, není propojenost organizace a financování sociálně zdravotní péče funkčně v nově vzniklém zákoně o sociálních službách vymezena:

- „Domovy důchodců by měly seniorům zajišťovat komplexní péči. Bohužel tomu tak není vždy, v domovech důchodců není často poskytována adekvátní ošetřovatelská a rehabilitační péče.“ (tamtéž: s. 4)
- „Do domovů důchodců jsou přijímáni především seniori relativně zdraví. V případě, že není v domově důchodců zřízeno ošetřovatelské oddělení, není možné osoby trpící zdravotními postiženími uvedenými v příloze 7 výše uvedené vyhlášky do tohoto domova přijmout. Zdravotní resp. ošetřovatelskou péči ústavům zdravotní pojišťovny zpravidla nehradí. Platí ji zřizovatelé ústavu.“<sup>53</sup> (tamtéž: s. 5)
- „MPSV ve spolupráci s MZ a Všeobecnou zdravotní pojišťovnou navrhuje zavedení „institutu sociálně zdravotního lůžka“.“ (tamtéž: s. 7)

<sup>53</sup> Bruthanová, D. a A. Červenková. Zdravotně sociální služby v kontextu nového územního uspořádání, VÚPSV, Praha 2004

Nicméně problém řešení poskytování zdravotní péče v PZSS byl nadále jak v novém zákoně o sociálních službách tak i v realizaci některého z doporučení expertů<sup>54</sup> opomíjen. Dialog, sociální soudržnost, integrace zdravotních a sociálních služeb a v neposlední řadě neúprosný demografický vývoj nedosahoval pravděpodobně tak vysoké pozornosti (i přes znění programového prohlášení vlády v roce 2006), aby byl vnímán jako kritický a byly stanoveny opatření přispívající k jeho řešení.

### Dílčí závěry a jejich diskuse

Mezi ideovými východisky diskurzu modernizace vývoje sociálně zdravotní péče v ČR je možné sledovat na jedné straně vývoj v oblasti lidských práv a záměru vstupu do EU (vliv evropského modelu sociální politiky) a na druhé straně pak vliv ekonomicky zaměřené transformace a její vliv na politický diskurz, který často nekriticky přebírají také česká média. Zřejmá je také skutečnost, že i menšinová vláda ČSSD 1998 – 2002 se inspirovala tržně orientovanými reformami britské sociální a zdravotní péče, resp. si lze položit otázku, nakolik se tato vláda identifikovala s tzv. třetí cestou, nastoupenou labouristy po roce 1998 ve Velké Británii.

Ale i tržně orientované reformy zdravotnictví a sociálních služeb v UK, iniciované Margaret Thatcherovou počátkem 90. let po předchozích neúspěšných pokusech aplikace samotných manažerských postupů v 80. letech, vyžadovaly četné korekce a kritickou reflexi v průběhu 90. let. Britům se však podařilo korigovat čistě tržní přístupy rozvojem teorie nakupování zdravotních služeb (purchasing) a díky pozornosti, kterou věnovali nákladovým analýzám a cenotvorbě (Robinson, 2005).

Obecně je zřejmé, že v průběhu 20. století došlo k vývoji teorie a praxe řízení a veřejné správy, stejně jako k rozvoji v oblastech nákladových a finančních analýz či cenotvorby nebo úhradových mechanismů, stejně jako v teorii ekonomie zdraví a veřejné ekonomie. **Avšak právě růst zátěže chronickými nemocemi** ve vyspělých státech, k němuž došlo ve druhé polovině 20. století a na počátku 21. století, se stal nepominutelnou výzvou pro zdravotní a sociální politiku. (Rechel, 2004; konference v Tallinu 2008; Singh, 2008) V ČR však tvůrci těchto politik věnují pozornost

---

<sup>54</sup> Misconiová, Merhautová a Průša, (2003) ve výzkumné zprávě na s. 12 doporučují zabezpečit poskytování zdravotní péče v ústavech sociální péče prostřednictvím agentur domácí péče. To je však realizováno pouze v přirozeném prostředí osoby. „V současnosti existuje 450 agentur, které až na několik výjimek dostatečně pokrývají území celého státu. Přínosem agentur domácí péče je její poskytování v domácím prostředí pacienta.“ (Předběžná národní zpráva o zdravotní a dlouhodobé péči v České republice, 2005: s. 3)

především otázkám financování a výrazně pomíjí ostatní dimenze (jako např. lidská práva se vztahem ke zdraví a na dostupnou zdravotní péči, kvalitu života). Především zdravotní politika se v ČR stala nástrojem zájmových skupin, sledujících zejména finanční cíle.

Vzniklá situace poměrně dlouhodobého hašteření mezi MZ ČR a MPSV a zastavený vývoj terminologie na úrovni zdravotních a sociálních služeb, vedly k poměrně zásadnímu přehlédnutí, oč zde vlastně jde. (Háva, 2013) Avšak i samotné přístupy k financování sociálních a zdravotních služeb poznatkově (ideově) ustrnuly někde na úrovni počátku 90. let, což možná vyhovuje snahám podnikatelských zájmů, ale rozhodně nevytváří předpoklady pro skutečně přínosné změny z hlediska pacientů. Vývoj úhradových mechanismů se z hlediska mezinárodního srovnání snaží hledat cesty a nástroje, jež by umožnily úhrady služeb, zohledňující skutečnou činnost (payment for performance), a to z hlediska právě dlouhodobé péče u narůstajícího počtu chronicky nemocných. To se samozřejmě netýká pouze oblasti DS. (Háva, 2012)

## ***6.2 Problémy implementace a další vývoj institucionálního rámce sociálně zdravotních služeb v období 2007 – 2015***

Tato část práce se zabývá podrobnostmi vývoje z. č. 108/2006 Sb. ve vztahu k financování zdravotních služeb v PZSS. Předmětem institucionální analýzy jsou zde i následné úpravy (novelizace) souvisejících právních norem v gesci MZ ČR, ale také pokračující politický a občanský diskurz ohledně dalších změn, navrhovaných vládami v období 2007 – 2014.



### Box č. 7 Přehled významným událostí

- vláda M. Topolánka I., II. 2006 - 2009
- kritika Českomoravské konfederace odborových svazů (2009)
- přijetí z. č. 108/2006 Sb. (2007)
- přijetí vyhl. č. 505/2006 Sb. (2007)
- změny zdravotnického práva, novela z. č. 48/1997 Sb., Z. č. 109/2006 Sb. (2006)
- vznik nové Odbornosti 913 (2007)
- Usnesení č. 127 vlády ČR ze dne 21. 02. 2007 o Koncepci podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporujících sociální začlenění uživatele do společnosti (2007)
- Usnesení č. 8 vlády ČR ze dne 09. 01. 2008 ve spolupráci s Radou vlády pro seniory a stárnutí populace (dokument Kvalita života ve stáří: Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012)
- konference a semináře se zaměřením na vykazování zdravotní péče 2008 - 2010
- rámcový dokument Priority rozvoje sociálních služeb pro období 2009 - 2012 (2008)
- vláda J. Fischera 2009 - 2010
- novela z. č. 108/2006 Sb., Z. č. 206/2009 Sb. Nové znění paragrafu §36 vymezují poskytování zdravotní péče (2009)
- metodika VZP ČR a MPSV k zajištění zdravotní péče (2009)
- vláda P. Nečase 2010 - 2013
- úsporná opatření v působnosti MPSV J. Drábek 2010 - 2012
- podpis *Memorandum o spolupráci na optimalizaci sítě zdravotních a sociálních služeb* J. Drábek (MPSV) a ministr L. Heger (MZ ČR) (2011)
- změna ve zdravotnickém právu, odejmu rehabilitace ze zdravotní péče hrazené v PZSS (2012)
- vláda J. Rusnoka 2013 - 2014
- Usnesení č. 23 vlády ČR ze dne 8. ledna 2014 a Usnesení č. 175 vlády ČR ze dne 20. března 2014 je vydán MZ ČR dokument Akční plány pro implementaci Národní strategie Zdraví 2020
- Národní strategie rozvoje sociálních služeb v letech 2014 - 2020
- Podpis Memoranda 6/2014
- vláda B. Sobotky 2014 až současnost
- Národní strategie rozvoje sociálních služeb na rok 2015
- stanovisko veřejné ochránkyně práv A. Šabatová (2015)

Od začátku působnosti zákona byla vláda orientována pravicově-neoliberálně. **Za vlády M. Topolánka II.** docházelo v sociální a zdravotní oblasti k tlumení výdajů (z. č. 261/2007 Sb. „Topolánkuv baťoh“). Rok poté nastala finanční krize, která se v ČR promítla v letech 2009 – 2010. Nárůst sociálních výdajů byl vládou vnímaný jako neuvěřitelná exploze, kterou je nutné zastavit. *„Mandatorní sociální výdaje se budou vyvíjet tak, aby schodky veřejných financí dosáhly v roce 2008 3,0 % HDP, v roce 2009 2,6 % HDP a v roce 2010 2,3 % HDP a celkové mandatorní výdaje byly v roce 2010*

*nižší než 50 % státního rozpočtu.*“ (Programové, 2007: s. 4) Významných změn se mělo dočkat zdravotnictví. *„Cílem vlády je zajistit dostupnou a kvalitní péči pro občany na principu skutečné solidarity v rámci mantinelů ústavního nároku na bezplatnou zdravotní péči, možností veřejného zdravotního pojištění a ekonomické úrovně země.“* (tamtéž: s. 5) Přístup ke zdravotní politice byl značně ovlivněn neoliberalními a tržními principy.

- *„Zásadním pilířem bude rozvoj systému veřejného zdravotního pojištění s posílením autonomie a konkurence zdravotních pojišťoven.“* (tamtéž: s. 6)

- *„Vláda podpoří motivaci občanů k zodpovědnému využívání zdravotní péče - mj. zavedením regulačních poplatků za recept, za den hospitalizace, za návštěvu pohotovosti nebo ambulantního specialisty.“* (tamtéž: s. 6)

- *„Dojde k transformaci zdravotních pojišťoven na novou právní formu - akciové společnosti - s odpovědností i motivací k hospodárnému chování, při vymezení jasných pravomocí a odpovědnosti managementu, s větší transparentností účetnictví a s dodatečnými omezeními určenými zákonem na obdobné bázi, jako jsou regulovány fondy důchodového připojištění.“* (tamtéž: s. 6)

- *„Bude legalizována možnost oficiálně si připlatit na nadstandardní péči nebo uzavřít na tuto péči připojištění.“* (tamtéž: s. 7)

Vláda M. Topolánka II. také artikulovala potřebu jasně vymezit právo na zdraví, které je již jasně a funkčně vymezeno v LZPS čl. 31 jako právo každého občana jak na ochranu zdraví, zdravotní péči tak i na a pomůcky, které jsou bezplatné na základě LZPS. *„Bude definováno jasné vymezení nároku na zdravotní péči garantovanou veřejným zdravotním pojištěním na základě čl. 31 Listiny základních práv a svobod a Úmluvy o biomedicíně.“* (tamtéž: s. 6)

Neoliberalní tendence vlády M. Topolánka II. kritizovala Českomoravská konfederace odborových svazů (dále jen ČMKOS). *„ČMKOS patřila k nejkritičtějším aktérům v období 2006 – 2009 a uspořádala několik varovných stávek.“* (Háva, 2009a: s. 25) Na protikrizové opatření reagovala ČMKOS studií, kde byla analyzována rizika vyplývající z politických opatření a hlavně sociální dopady hospodářské krize na občany ČR. *„Podle studie předpokladem pro účinnost jakýchkoliv opatření je blízké zapojení a spolupráce hlavních aktérů - vlády, zaměstnavatelů a zaměstnanců, a to jak na domácím, tak na úrovni EU.“* (tamtéž: s. 25) Dále mj. také rozvinout tzv. sociální záchrannou síť – zvýšit sociální dávky a prodloužit dobu jejich výplaty, nepodporovat

snižování veřejných výdajů aj. (Háva, 2009a)

**Zákon o sociálních službách** byl projednán na 54. schůzi<sup>55</sup>, 134. hlasování dne 14. 03. 2006. V Poslanecké sněmovně PČR bylo přítomno 182 poslanců, k přijetí zákona bylo potřeba 92 hlasů – nadpoloviční většiny přítomných poslanců. Zákon byl přijat se 155 platnými hlasy. 8 poslanců (KSČM) bylo proti přijetí zákona. Během legislativního procesu byl §36 několikrát měněn. Původní znění vládního návrhu 1102/0 znělo:

*„Poskytovatel sociálních služeb je povinen zajistit zdravotní péči osobám, kterým poskytuje pobytové služby v zařízeních sociálních služeb uvedených v § 34 odst. 1 písm. c) až f). Tuto povinnost plní formou zvláštní ambulanci péče poskytované podle zvláštního právního předpisu<sup>19) 56</sup>*

*a) prostřednictvím zdravotnického zařízení,*

*b) jde-li o ošetrovatelskou zdravotní péči také prostřednictvím svých zaměstnanců, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštního právního předpisu<sup>20)57</sup>, pokud poskytovatel sociálních služeb získal oprávnění k poskytování zdravotní péče podle zvláštního právního předpisu<sup>21) 58</sup>“*

Což by znamenalo, že PZSS by usilovala o získání oprávnění poskytovat zdravotní služby jako zdravotnická nestátní zařízení. Výbor pro sociální politiku a zdravotnictví projednal tento návrh a vydal 21. 11. 2005 usnesení s pozměňujícími návrhy doručené poslancům jako tisk 1102/1. Změna se týkala písmene b). Přidána byla rehabilitační péče, formulace *“také prostřednictvím svých zaměstnanců“* byla změněna na *“především prostřednictvím svých zaměstnanců“* a poznámka pod čarou č. 20 (z. č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta) odkazující na zvláštní právní předpis byla vypuštěna. Výsledkem bylo, že PZSS nemusí mít k zajištění zdravotní péče lékaře, pouze všeobecné zdravotní sestry. Toto opatření nepřispívá k posílení zdravotní péče poskytované v PZSS, kde lékař navštěvuje tato zařízení mnohdy jen jedenkrát týdně.

<sup>55</sup> Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR, dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=4&t=1102>

<sup>56</sup> Poz. <sup>19)</sup> § 22 písm. d) z. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>57</sup> Poz. <sup>20)</sup> Z. č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. Z. č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních.

<sup>58</sup> Poz. <sup>21)</sup> Z. č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů.

Druhé čtení v Poslanecké sněmovně PČR přineslo změnu znění paragrafu v tisku 1102/2. Poznámka pod čarou 21 byla zrušena (možnost PZSS získat oprávnění jako nestátní zdravotnická zařízení) a byla nahrazena zněním:

*“b) jde-li o ošetrovatelskou a rehabilitační péči především prostřednictvím svých zaměstnanců, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštního právního předpisu<sup>20a)</sup>59; rozsah péče, hrazené z veřejného zdravotního pojištění stanoví zvláštní právní předpis<sup>19)</sup>”.*

Poslanecká sněmovna PČR postoupila návrh znění zákona Senátu Parlamentu ČR dne 17. 01. 2006 jako tisk 240/0. Zde už je však původní tisk 1102/2 pozměněn. K poznámce 20) byl přidán dovětek „ve znění z. č. 125/2005 Sb.“ a v poznámce 21) byl z. č. 160/1992 o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, nahrazen Vyhl. č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních úkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

*„§ 36 Poskytovatel sociálních služeb je povinen zajistit zdravotní péči osobám, kterým poskytuje pobytové služby v zařízeních sociálních služeb uvedených v § 34 odst. 1 písm. c) až f). Tuto povinnost plní formou zvláštní ambulantní péče poskytované podle zvláštního právního předpisu<sup>19)</sup>*

*a) prostřednictvím zdravotnického zařízení,*

*b) jde-li o ošetrovatelskou a rehabilitační péči především prostřednictvím svých zaměstnanců, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštního právního předpisu<sup>20)</sup>; rozsah péče, hrazené z veřejného zdravotního pojištění stanoví zvláštní právní předpis<sup>19), 21)</sup>”.*

Z paragrafu vyplývá, že PZSS mají povinnost zajistit zdravotní péči svým uživatelům. Zdravotní péče je chápána jako forma zvláštní ambulantní zdravotní péče. Péči zajišťují především zdravotničtí pracovníci s odbornou způsobilostí k výkonu povolání a jsou zároveň zaměstnanci PZSS. Péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění a rozsah uhrazené péče zdravotními pojišťovnami je odvislý od bodové hodnoty zdravotních výkonů. Problémem však je, že poskytovatel sociálních služeb a konkrétní pracovníci dané služby (vedoucí sestry a všeobecné zdravotní sestry, popř. lékaři) nemají dostatek kompetencí a nástrojů tuto povinnost adekvátně naplnit z důvodů nadměrné a složité administrativy, nejednotnosti výkladu, jak vykazovat zdravotní péči, nedostatku personálu, malé frekvence návštěvy lékaře v PZSS aj.

**Vyhl. č. 505/2006 Sb.** vymezuje v §36 pouhé 3 zdravotní stavy, vylučují poskytnutí pobytové sociální služby:

<sup>59</sup> Poz. <sup>20a)</sup> Z. č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních

- a) „zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení,
- b) osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci, nebo
- c) chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití; to neplatí, jde-li o poskytnutí pobytové sociální služby v domově se zvláštním režimem.“

Zredukováním výčtu možných zdravotních stavů oproti původní vyhlášce se DS a také DZR otevřely větší populaci seniorů, kteří tyto služby vyhledávají právě z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, který vede ke snížení soběstačnosti a samostatnosti, a závislosti na pomoci jiné fyzické osoby. *„Bohužel vyhláška již neřeší, kdo bude mít rozhodující hlas při určení oné dělící hranice. V praxi jsou do domovů seniorů častěji a častěji přijímáni tak vážně nemocní lidé, že jim prostě nemůže být poskytována adekvátní zdravotnická péče v zařízeních, která na to nejsou přizpůsobena a vybavena. Pokud lékař takové klienty pošle k hospitalizaci do nemocnice, velmi často se mu vrátí s konstatováním, že stav pacienta hospitalizaci nevyžaduje a s mnoha různými doporučeními. Pokud lékař domova seniorů s postupem nemocnice nesouhlasí, tak s tím stejně nemůže nic dělat. Není na koho se obrátit se žádostí o řešení. Není komu si stěžovat.“* (Bouzek, 2015: s. 7)

Od roku 2007 se také změnila terminologie a DD byly nově nazývané jako DS.

**Ve zdravotnickém právu** byly provedeny novelou z. č. 48/1997 Sb. (z. č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách) s účinností od 01. 07. 2006, změny, reagující na vzniklé problémy s financováním zdravotní péče. Nově pod §17 týkající se uzavírání smluv mezi zdravotní pojištěnou a zdravotnickým zařízením uveden §17a, který definuje uzavření smlouvy mezi zdravotní pojišťovnou a PZSS.

*„Za účelem zajištění věcného plnění při poskytování ošetřovatelské a rehabilitační zdravotní péče pojištěncům umístěným v zařízeních sociálních služeb s pobytovými službami uzavírají Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky a ostatní zdravotní pojišťovny zřízené podle zvláštního zákona<sup>28)</sup> zvláštní smlouvy s těmito zařízeními sociálních služeb. Příslušná zdravotní pojišťovna zvláštní smlouvu uzavře, pokud o to zařízení sociálních služeb požádá a současně prokáže, že ošetřovatelská a rehabilitační zdravotní péče bude poskytována zdravotnickými pracovníky zařízení sociálních služeb, kteří jsou způsobilí k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštních právních předpisů<sup>28) 60)</sup>.“*

<sup>60</sup> Poz. <sup>28)</sup> Z. č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních ve znění z. č. 125/2005 Sb.

Ústavy sociální péče jsou přejmenovány na zařízeních sociálních služeb (§ 22, písm. d)) Zdravotní péče v těchto PZSS byla nově specifikována v bodě e):

*„e) ošetrovatelská a rehabilitační zdravotní péče poskytovaná na základě ordinace ošetřujícího lékaře pojištěncům umístěným v zařízeních sociálních služeb odborně způsobilými zaměstnanci těchto zařízení, pokud k tomu tato zařízení uzavřou zvláštní smlouvu s příslušnou zdravotní pojišťovnou podle § 17a.“*

Ošetrovatelská a rehabilitační zdravotní péče poskytovaná uživatelům v PZSS je hrazena pouze na základě ordinace ošetřujícího lékaře, vykonávána vlastními zdravotnickými pracovníci s odbornou způsobilostí k výkonu tohoto povolání a uzavřenou zvláštní smlouvu se zdravotní pojišťovnou podle §17a. Doposud mohly ústavy sociální péče (nově zařízení sociálních služeb) uzavřít s pojišťovnami smlouvu pouze tehdy, když požádaly o registraci jako nestátní zdravotnické zařízení. I když už PZSS mohou na právním podkladě poskytovat zdravotní péči, vyvstává zde problém ve formě úhrady zdravotní péče (na podkladě tzv. úhradových dodatků), která je hrazena za vykázaný zdravotní výkon. V praxi tak může docházet k tomu, že PZSS mohou vykazovat nevykonané zdravotní výkony nebo nadměrný počet výkonů. Výsledkem toho pak mohou být (a opravdu jsou) regulace ze strany zdravotních pojišťoven. (Průša a kol., 2009)

Implementace z. č. 108/2006 Sb. v oblasti financování zdravotní péče v zařízeních sociálních služeb byla realizována v podmínkách praktického nedodržení zákonného požadavku na využití zdravotně pojistných plánů v systému veřejného zdravotního pojištění. Význam těchto plánů byl záměrně potlačen a představitelům nemocnic se po roce 1997 podařilo vynutit jeho zcela nefunkční náhradu cestou tzv. úhradové vyhlášky. Ze strany MZ ČR jde o dlouhodobé selhání výkonu státní správy, neboť úhradová vyhláška je od té doby používána stále. Bez nápravy tohoto stavu a bez návratu ke skutečnému praktickému využití zdravotně pojistných plánů jako řídicího nástroje není možné příslušné výdajové oblasti poskytovaných zdravotních služeb odpovědně řídit a kontrolovat. Snaha o dodatečné regulace ze strany zdravotních pojišťoven formou dodatečných vyúčtování a krácení úhrad ex–post je absurdní situací, která v praxi vede k celé řadě krizových stavů (Háva, osobní sdělení)

**Od roku 2007 vzniká nová odbornost 913.** Vyhl. č. 620/2006 Sb., kterou

se mění vyhl. MZ č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů je nově definována v příloze k vyhl. část 1., Textová část Kapitola 4, bod 40. zdravotní pozice pracovníka v PZSS.

*„Bod 40 Všeobecnou sestrou v sociálních službách se rozumí všeobecná sestra poskytující zdravotní péči pojištěncům v pobytových zařízeních sociálních služeb a ve zdravotnických zařízeních ústavní péče pojištěncům, kteří jsou v nich umístěni z jiných než zdravotních důvodů. Při poskytování ošetřovatelské a rehabilitační zdravotní péče pojištěncům umístěným v pobytových zařízeních sociálních služeb a ve zdravotnických zařízeních ústavní péče pojištěncům, kteří jsou v nich umístěni z jiných než zdravotních důvodů se vykazuje poskytnutá zdravotní péče na základě ordinace ošetřujícího lékaře příslušnými výkony odbornosti 913.“*

Touto odborností<sup>61</sup> je jasně specifikováno, které výkony je možné provádět v rámci poskytování zdravotní péče v PZSS. Vyhl. č. 331/2007 Sb., kterou se mění vyhl. MZ č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů s účinností od 01. 01. 2008, byl text formálně pozměněn bez dotčení obsahové stránky. Obsahové změny v odbornosti 913 jsou platné až od roku 2009. Znění bodu 43. bylo novelizováno vyhl. č. 439/2008 Sb., kterou se mění vyhl. MZ č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů účinné do 01. 01. 2009.

*“Bod 43 Všeobecnou sestrou v sociálních službách se rozumí všeobecná sestra poskytující zdravotní péči pojištěncům v pobytových zařízeních sociálních služeb a ve zdravotnických zařízeních ústavní péče pojištěncům, kteří jsou v nich umístěni z jiných než zdravotních důvodů. Při poskytování zdravotní péče těmto pojištěncům se vykazuje poskytnutá zdravotní péče na základě ordinace ošetřujícího lékaře příslušnými výkony odbornosti 913.”*

Vývoj sociální politiky se nesl v duchu transformace<sup>62</sup> sociálních služeb na základě Usnesení č. 127 vlády ČR ze dne 21. 02. 2007 o **Koncepci podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporujících sociální začlenění uživatele do společnosti** (dále jen Koncepce podpory transformace). Zájem byl směřován především k ochraně lidských práv uživatelů sociálních služeb, humanizaci pobytových sociálních služeb a posílení ambulantních a terénních služeb. „*Prioritou*

<sup>61</sup> Příloha č. 5: Výkony odbornosti 913 (tabulka)

<sup>62</sup> Proces transformace sociálních služeb můžeme definovat jako komplexní soubor vzájemně provázaných kroků a strategií vedoucí k zajištění takového způsobu života osob ohrožených sociálním vyloučením z důvodu věku nebo nepříznivého zdravotního stavu, že při zapojení se do ekonomického, sociálního i kulturního života a zachování jeho kvality mohou žít v přirozené komunitě takovým způsobem života, který je mezi jejich vrstevníky bez specifických potřeb považován za běžný (MPSV, 2011: s. 6 – 7)

*politiky sociálních služeb pro seniory je zkvalitňování a integrace sociálních služeb pro seniory a to zejména v oblasti sociálně zdravotní.“ (MPSV, 2007: s. 18)*

*„Přestože jednotlivé členské země EU potvrzují, že zajištění koordinace a kontinuity služeb považují za svou prioritu, v mnoha zemích zůstává tento úmysl pouze na úrovni deklarace. Patří sem zejména země bývalého postkomunistického bloku včetně České republiky. Nedostatečná koordinace zdravotnických a sociálních služeb je zdrojem nedostatečné funkčnosti služeb dlouhodobé péče a vede mj. k ekonomickým ztrátám.“ (MPSV, 2011: s. 10)*

Na základě Usnesení č. 8 vlády ČR ze dne 09. 01. 2008 ve spolupráci s Radou vlády pro seniory a stárnutí populace<sup>63</sup> byl schválen dokument ***Kvalita života ve stáří: Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012***. Program vyzýval ke koncepčním změnám. *„K zajištění vyšší kvality života ve stáří v kontextu demografického stárnutí jsou nezbytné koncepční změny a přijetí opatření v různých oblastech.“ (MPSV, 2008a: s. 10)* Program obsahoval ucelený a komplexní přístup k seniorům a jejich potřebám s prioritou zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří. Konkrétní opatření, které se týkalo dlouhodobé péče, je uvedeno v příloze č. 11.

*„Stárnutí populace vyžaduje změnu zdravotní strategie.“ (MPSV, 2008a: s. 36)*  
*„Prioritou a nedílnou součástí zdravotní politiky by proto měla být strategie rozvoje dlouhodobé péče.“ (tamtéž: s. 37)* *„Dlouhodobá péče je péče zdravotní i sociální. Zdravotní a sociální potřeby jsou u části starých osob neoddělitelné.“ (MPSV, 2008a: s. 37)*

V bodě 6.14 je možné sledovat nesjednocenost systému. *„Jednou z největších výzev v oblasti dlouhodobé péče je integrace zdravotních a sociálních služeb. Několik různých poskytovatelů a zdrojů financování ztěžuje zajištění kontinuity a komplexnosti péče. Rozdělení kompetencí a financování mezi několik systémů a poskytovatelů zvyšuje riziko fragmentace a nedostatečné koordinace služeb, nepřehlednosti systému pro klienty i poskytovatele, neflexibilních služeb a nejasné odpovědnosti za cíl a výsledky péče.“ (tamtéž: s. 37)* Výchozím dokumentem pro rozvoj sociálně zdravotních služeb tzv. dlouhodobá péče by měla být *Koncepce podpory transformace pobytových*

<sup>63</sup> Rada vlády pro seniory a stárnutí populace vznikla v roce 2006.



sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporujících sociální začlenění uživatele do společnosti za období 2009 - 2010. (MPSV, 2011).

Přičemž v rámcovém dokumentu **Priority rozvoje sociálních služeb pro období 2009 - 2012** (2008) „..., který pojímá sociální služby komplexně a jehož účelem je vymezit hlavní trendy a oblasti, na něž by měla být v příštím období upřena pozornost.“ (MPSV, 2008: s. 1) sociálně zdravotní péče definována jako prioritní cíl není. Dokument identifikuje pouze problém návaznosti těchto služeb, bez jakékoliv další specifikace. „Priority rozvoje sociálních služeb tedy akcentují oblast transformace služeb sociální péče, oblast podpory rozvoje služeb sociální prevence, oblast vzdělávání a profesního rozvoje a oblast ekonomické bilance systému sociálních služeb.“ (tamtéž: s. 1)

Od roku 2008 se také začínají konat **konference a semináře se zaměřením na vykazování zdravotní péče**. Obsahem všech uvedených vzdělávacích akcí je správné vykazování zdravotní péče, z čehož jde usoudit, že zdravotní péče je neustále chybně vykazována, a proto jsou s hrazením zdravotní péče stále opakující se problémy.

**Tab. č. 23 Vybraný seznam konaných konferencí a seminářů v letech 2008 - 2011**

Datum	Místo konání	Název akce
31. 8. 2008	Praha	Odborná konference k vykazování zdravotní péče v pobytových zařízeních
21. 7. 2009	Praha	S představiteli VZP o vykazování zdravotní péče v sociálních službách
13. - 14. 5. 2010	Hustopeče	Mezinárodní kongres Poskytování zdravotní péče v sociálních službách ČR s podtitulem „Sociální služby jako výzva 21. století“, Sociální dialog v sociálních službách.
6. – 7. 4. 2011	Teplice	Kongresu Gerontologických dnů Severozápad "Inventura geriatrických priorit - Umíme v tom chodit?", kde jednou z přednášek přednesl L. Svět: Chyby a mýty ve vykazování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb.

Zdroj: Odborový, 2006; Naděje, 2011

**Od roku 2009 si klade vláda J. Fischera klade jako jeden z bodů programového prohlášení vlády provést analýzu efektivnosti sociálních služeb.** „V oblasti zdravotnictví vláda nebude realizovat žádné zásadní změny v systému zdravotní péče a zdravotního pojištění. Její prioritou bude dosažení politické shody na nezbytných krocích pro minimalizaci dopadů finanční krize na poskytovaný rozsah

*zdravotní péče a na systém zdravotního pojištění. Vláda bude nadále pokračovat v projektech sledování kvality a výkonnosti zdravotní péče a bude pokračovat v práci na tvorbě Národní sady standardů odborné zdravotní péče.“ (Programové, 2009: s. 5)*

Několik měsíců poté byl **přijat z. č. 206/2009 Sb., kterým se mění z. č. 108/2006 Sb.** s účinností od 01. 08. 2009. Nové znění paragrafu §36, které je platné až do současnosti, zní:

*„Rozsah a podmínky zabezpečení a hrazení zdravotní péče o osoby, kterým se poskytují pobytové služby v zařízeních sociálních služeb uvedených v § 34 odst. 1 písm. c) až f), upravují zvláštní právní předpisy<sup>19)</sup>“<sup>64</sup>. Ošetrovatelská a rehabilitační péče je těmto osobám poskytována především prostřednictvím zaměstnanců zařízení uvedených v předchozí větě, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštního právního předpisu<sup>20)</sup>“<sup>65</sup>*

V uvedeném odstavci bylo vypuštěno slovo “*povinnost*“. Nyní zdravotní péči péči upravují zákony o veřejném zdravotním pojištění (z. č. 48/1994 Sb.), o péči a zdraví lidu (z. č. 20/1966 Sb.) a zákon o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. Specifikace formy zdravotní péče jako zvláštní ambulantní péče byla zrušena. Stejně jako dříve, byla zdravotní péče uživatelům PZSS poskytována prostřednictvím zdravotnických pracovníků daného zařízení s odbornou způsobilostí k výkonu tohoto povolání. Rozsah a podmínky úhrady za zdravotní péči jsou vymezeny zdravotnickým právem. V důvodové zprávě ani v jejích dvou přílohách vládního návrhu č. 659 z roku 2008 není změna tohoto paragrafu zmíněna. (Důvodová, 2008)

V roce 2009 byla publikována **Metodika pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR verze 6.28**. Na s. 34 je uvedeno, jak vyplnit poukaz na vyšetření/ošetření ORP, s upozorněním, že nelze na tento poukaz indikovat péči, která má být hrazena z příspěvku na péči<sup>66</sup> dle z. č. 108/2006 Sb. I ze strany MPSV za podpory fondů EU vzniká metodika **Zajištění zdravotní péče v rámci procesu transformace sociálních služeb** (Holmerová, Válková, 2011). Metodika popisuje základní terminologii, fáze ošetrovatelského procesu a mj. v neposlední řadě i výkony odbornosti 913 s časovou

<sup>64</sup> Pozn. <sup>19)</sup> Z. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, Z. č. 20/1966 Sb., o zdraví a péči lidu, ve znění pozdějších předpisů, Z. č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů

<sup>65</sup> Poz. <sup>20)</sup> Z. č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních ve znění pozdějších předpisů

<sup>66</sup> Např. u Domovů pro seniory jsou to některé základní činnosti dle §49, odst. 2, jako je pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při zajištění stravy nebo hygieny.

dotací a charakteristikou jednotlivých výkonů. Vznik nové odbornosti 913 je hodnocen jako zbytečný, protože se v mnohém shoduje s odborností 925 Domácí zdravotní péče, která před vznikem z. č. 108/2006 Sb. už existovala. Navíc výkony obsažené v odbornosti 913 nejsou totožné s koncepcí ošetřovatelství a zcela se neztotožňují s charakterem práce všeobecné sestry.<sup>67</sup> (Průša a kol., 2009)

Po překlenovací vládě J. Fischera je **premiérem vlády jmenován P. Nečas (ODS) (2010 – 2013)**. Mezi hlavní úkoly vlády mj. patří především *„Přijmout sadu reformních opatření vedoucích k modernizaci a vyšší efektivnosti zdravotnického systému.“* (Programové, 2010: s. 3) V rámci veřejných rozpočtů *„Vláda sníží objem mezd v organizačních složkách státu a v příspěvkových organizacích<sup>68</sup> příští rok nejméně o desetinu s výjimkou pedagogických pracovníků. To neznamená automatický pokles platů. Vláda přenechá v kompetenci jednotlivých ministrů, zda půjde o úsporu vzniklou snížením mezd, propouštěním nebo kombinací. Další tři roky se objem mzdových prostředků nezvýší, což bude představovat tlak na růst efektivity státní správy.“* (tamtéž: s. 4) V rámci sociálního systému *„Sociálně citlivým způsobem dojde ke zkrácení některých druhů sociálních dávek, podpor a příspěvků s cílem zefektivnit jejich čerpání a zamezit zneužívání.“* *„Příspěvek na péči v 1. stupni bude redukován na 800,- Kč měsíčně, což odpovídá skutečným nákladům na péči těchto osob. Odpovídající fiskální úspora bude případně dosažena obdobným opatřením spočívajícím v účelnější diferenciaci 1. stupně. K posuzování osob žádajících o příspěvek bude důsledně přistupováno tak, aby příspěvek náležel osobě, o kterou má být pečováno, nikoliv osobě, která péči zajišťuje.“* (tamtéž: s. 6) Dotační řízení sociálních služeb nově přejde do kompetence krajských úřadů. V případě péče o seniory vláda bude podporovat seniory ve své přirozeném prostředí nikoliv v pobytových službách. (Programové, 2010)

V oblasti zdravotnictví *„Cílem vlády je zajistit občanům zdravotní péči na principu skutečné solidarity prostřednictvím moderního a udržitelného zdravotnictví.“* (Programové, 2010: s. 9) Vláda bude dále podporovat práva pacientů, a to zejména rovný přístup ke zdravotní péči. Poplatky za jednotlivé položky na receptu

<sup>67</sup> Viz. tab. č. 4 Charakteristika práce všeobecné sestry v sociálních službách. Definováno z. č. 96/2204 o nelékařských zdravotnických povolání, § 5.

<sup>68</sup> Přičemž právní forma většiny Domovů pro seniory a Domovů se zvláštním režimem je právě 311 Příspěvková organizace státu. V roce 2009 z celkového počtu Domovů pro seniory 485 bylo příspěvkovou organizací 360, což je 74% a v případě Domovů se zvláštním režimem z celkového počtu 179 bylo příspěvkovou organizací 134, což je 75%. (MPSV, 2010)

budou nahrazeny poplatky za recept a regulační poplatek za jeden ošetrovatelský den za hospitalizaci bude činit minimálně 100 Kč. „*Vláda nastaví jasné, transparentní a efektivní podmínky, za kterých budou uzavírány smlouvy zdravotních pojišťoven s poskytovateli zdravotní péče. Budou posíleny kompetence a odpovědnosti primární péče a kompetence nelékařských zdravotnických profesí.*“ (tamtéž: s. 10) Dále „*posílí dozor a kontrolu zdravotních pojišťoven, jejich hospodaření a zajišťování nároku pro pojištěnce.*“ (tamtéž: s. 10) V neposlední řadě „*Společně s odborníky vláda vymezí dlouhodobou zdravotně-sociální péči a navrhne zavedení uceleného systému zdravotnických a sociálních služeb, včetně způsobu financování. Bude podporovat dlouhodobou péči v domácnostech pacientů, terénní a ambulantní služby přizpůsobené potřebám pacienta jako alternativu ústavní dlouhodobé péče. Podpoří rozvoj paliativní a hospicové péče.*“ (tamtéž: s. 11) Také v koaliční smlouvě se strany ODS, TOP 09 a strana Věci Veřejné zavázala k řešení dlouhodobé péče.

Rozhodnutí vlády (2010) pro vývoj sociální politiky nebyl příznivý. V oblasti sociální ochrany jde o zpřísnění podmínek a snížení některých sociálních dávek. Vzhledem k úsporám a zjednodušení systému byly všechny zbylé dávky přesunuty do kompetence ÚP ČR. (Holub, Háva, 2012) Pro sociální služby, zřízené jako příspěvkové organizace tato opatření znamenala značné omezení. V oblasti Příspěvku na péči, jako jednoho z hlavních zdrojů rozpočtu organizací, dle z. č. 347/2010 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s úspornými **opatřeními v působnosti Ministerstva práce a sociálních věcí v čele s J. Drábkem** s účinností od 01. 01. 2011, v §11, odst. 2, písm. a) „*se částka „2000 Kč“ nahrazuje částkou „800 Kč“*“

K 01. 01. 2012 následuje další redukce. V z. č. 366/2011 Sb., kterým se mění z. č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů, z. č. 108/2006 Sb., z. č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony, došlo k redukci výčtu *Činností pro hodnocení schopnosti zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti a odchylný způsob*, novelizující vyhl. č. 505/2006 Sb., vydanou vyhl. č. 391/2011 Sb. z 36 podporně vymezených úkonů péče o vlastní osobu a úkonů soběstačnosti na pouhých 10 úkonů schopnosti zvládat základní životní potřeby, což může vést k obtížnějšímu dosažení tohoto příspěvku. Tato opatření znamenají pro seniory snížení finančních prostředků k využití sociálních služeb k zajištění základních potřeb. Pro poskytovatele pobytových sociálních služeb tato opatření znamenají, v případě 1 klienta, ztrátu ročně 14.400 Kč.

Vzhledem k průměrné výši důchodu<sup>69</sup> a finančním možnostem seniorů<sup>70</sup> bylo opatření zredukování regulačního poplatku za jednotlivé položky na receptu mírnější regulací než dosavadní řešení. Nepříliš pozitivní je však další bod programové prohlášení vlády, a to regulační poplatek za hospitalizaci. Krokem vpřed je dořešení dlouhodobou péče.

V dubnu 2011 ministr J. Drábek (MPSV) a ministr L. Heger (MZ ČR) podepsali *Memorandum o spolupráci na optimalizaci sítě zdravotních a sociálních služeb*. Projekt *Optimalizace sítě sociálních a zdravotních služeb* byl realizován v Jihomoravském kraji od listopadu roku 2011 až do konce roku 2013. Hlavními cíli projektu byly:

- „Optimalizovat počty lůžek zdravotní a sociální péče na potřeby krajů a celé ČR
- zvýšit efektivitu veřejně financovaných služeb
- podpořit koordinaci mezi jednotlivými resorty
- podpořit procesy sociální a zdravotní reformy
- zajistit v rámci objemu dnes vynakládaných veřejných prostředků dostupnou a kvalitní sociální a zdravotní péči
- navrhnout dlouhodobě udržitelný způsob financování sociální a zdravotní péče“  
(Sršeň, Plívová, 2011: s. 1)

**V roce 2012 dochází k významným změnám ve zdravotnickém právu.** Z. č. 20/1966 Sb. byl nahrazen z. č. 372/2011Sb., o zdravotních službách s účinností od 01. 04. 2012. Mezi důležité paragrafy vztahující se k poskytování zdravotní péče v PZSS patří: „§4, odst. 3 „*Vlastním sociálním prostředím pacienta se pro účely tohoto zákona rozumí domácí prostředí pacienta nebo prostředí nahrazující domácí prostředí pacienta, například zařízení sociálních služeb* <sup>9)71</sup>, ...“

Nicméně obsah §10 *Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta*, který upravuje poskytování zdravotní péče ve vlastním sociálních prostředí,

<sup>69</sup> Průměrná výše sólo důchodu v ČR k 31. 12. 2010 - celkem (muži + ženy) byla 10.123,-Kč (Zdroj: ČSSZ)

<sup>70</sup> Nejvíce prostředků vynakládají důchodci na nákup výrobků a služeb pro život člověka nezbytných, tj. na nákup potravin, ošacení, léků, bydlení, placené ambulantní péče atd. Za velmi závažnou skutečnost lze považovat 41 % pokles reálné spotřeby u výrobků a služeb pro život člověka nezbytných. Po zaplacení výrobků a služeb pro život člověka nezbytných (97 189 Kč, tj. 79,20 % spotřebních výdajů) zbylo v roce 2013 českému důchodci 25 520 Kč na nákup výrobků a služeb zbytných. (Pernes, 2013: s. 12) Což je měsíčně 2.127,-Kč

<sup>71</sup> § 48 Domov pro osoby se zdravotních postižením, § 49 Domov pro seniory, § Domov se zvláštním režimem (z. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

definuje formu zdravotní péče jako: a) návštěvní službu nebo b) domácí službu. Tyto formy služby však v pobytových sociálních službách realizovány nejsou.

Ošetřovatelská péče (vyjma rehabilitační péče) je definována:

*„§5, odst. 2, písmeno g) ošetřovatelská péče, jejímž účelem je udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem, a dále rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je péče o nevyléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti.“*

Poskytování zdravotní péče vymezují obecné podmínky uvedené v §11 *Poskytování zdravotních služeb*. Zdravotní služby lze poskytovat pouze na základě oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Dle §11, odst. 2, písm. b) je možné bez získání oprávnění k poskytování zdravotních služeb poskytovat zdravotní služby v PZSS. Poskytování zdravotních služeb se odkazuje na z. č. 108/2006 Sb. Mezi další povinnosti poskytovatele sociálních služeb, patří:

*„v §11 (3) Zdravotní služby lze poskytovat pouze prostřednictvím osob způsobilých k výkonu zdravotnického povolání nebo k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotních služeb.“*

*„(8) Poskytování zdravotních služeb v zařízeních sociálních služeb podle odstavce 2 písm. b) je poskytovatel sociálních služeb povinen před jejich započítáním oznámit krajskému úřadu příslušnému podle místa jejich poskytování. Při poskytování zdravotních služeb je poskytovatel sociálních služeb povinen dodržovat povinnosti stanovené poskytovateli v § 45 odst. 1, odst. 2 písm. n)<sup>72</sup>, § 51 odst. 1<sup>73</sup> a § 53 odst. 1<sup>74</sup>.“*

Také z. č. 48/1997 Sb. byl v roce 2011 novelizován (z. č. 369/2011 Sb., kterým se mění z. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony) s účinností od 01. 04. 2012. V §17a byla zrušena rehabilitační péče. Znění celého §17a:

<sup>72</sup> §45, odst. 1 Poskytovatel je povinen poskytovat zdravotní služby na náležité odborné úrovni, vytvořit podmínky a opatření k zajištění uplatňování práv a povinností pacientů a dalších oprávněných osob, zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků při poskytování zdravotních služeb. Odst. 2, písm. n) uzavřít pojistnou smlouvu o pojištění své odpovědnosti za škodu způsobenou v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, a to v rozsahu, v jakém lze rozumně předpokládat, že by jej mohla taková odpovědnost postihnout; toto pojištění musí trvat po celou dobu poskytování zdravotních služeb; kopii pojistné smlouvy je poskytovatel povinen zaslat příslušnému správnímu orgánu nejpozději do 15 dnů ode dne zahájení poskytování zdravotních služeb.

<sup>73</sup> §51, odst. 1 Poskytovatel je povinen zachovat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb.

<sup>74</sup> §53, odst. 1 Poskytovatel je povinen vést a uchovávat zdravotnickou dokumentaci a nakládat s ní podle tohoto zákona a jiných právních předpisů. Zdravotnická dokumentace je souborem informací podle odstavce 2 vztahujících se k pacientovi, o němž je vedena.

„Za účelem zajištění věcného plnění při poskytování ošetřovatelské péče pojištěncům umístěným v zařízeních sociálních služeb poskytujících pobytové sociální služby uzavírají Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky a ostatní zdravotní pojišťovny zřízené podle zvláštního zákona<sup>75)</sup> zvláštní smlouvy s poskytovateli sociálních služeb. Příslušná zdravotní pojišťovna zvláštní smlouvu uzavře, pokud o to poskytovatel sociálních služeb požádá a současně prokáže, že ošetřovatelská péče bude poskytována zdravotnickými pracovníky poskytovatele sociálních služeb, kteří jsou způsobilí k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštních právních předpisů<sup>76)</sup>“.

### **Box č. 8 Nejasnost v současné právní terminologii v poskytování zdravotní péče v PZSS**

#### **Zdravotnické právo:**

- Z. č. 48/1997 Sb. - uvádí pouze péči ošetřovatelskou
- Vyhl. č. 311/2007 Sb. - uvádí péči zdravotní
- Z. č. 372/2011 Sb. - uvádí péči ošetřovatelskou

#### **Sociální právo:**

- Z. č. 106/2008 Sb. - uvádí péči ošetřovatelskou a rehabilitační

Po neúspěšném pokusu předchozí vlády navrhnout zavedení uceleného systému zdravotnických a sociálních služeb, včetně jejich způsobu financování, i **vláda J. Rusnoka (nestraník) v letech 2013 - 2014** podporu dlouhodobé péče zmiňuje. Vláda J. Rusnoka, i když ve velmi krátkém době jejím trvání ve svém prohlášení uvádí, že vláda „*Je si vědoma, že jejím základním úkolem je obnovení důvěry veřejnosti v sociálně-zdravotní a důchodový systém, respektující zachování podmínek důstojného života všech skupin občanů, především sociálně nejpotřebnějších – rodin s dětmi, seniorů a osob se zdravotním postižením.*“ (Programové, 2013: s. 8) Konkrétněji „*V součinnosti s orgány samosprávy a nevládními organizacemi bude řešen systém poskytování a financování sociálních služeb, včetně paliativní péče v zařízeních hospicového typu. Vláda bude pokračovat v přípravě nové právní úpravy tzv. dlouhodobé péče.*“ (tamtéž: s. 8) V rámci zdravotnictví kromě udržení kvality a finanční stability bude dále „*S ohledem na stárnutí obyvatelstva bude také rozvíjet koncepci dlouhodobé péče a prohlubovat koordinaci zdravotních a sociálních služeb.*“ (tamtéž: s. 8)

**Národní strategie rozvoje sociálních služeb v letech 2014 - 2020** se zaměřuje převážně na financování těchto služeb. Dokument byl obecně zaměřený jako národní

<sup>75</sup> Z. ČNR č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

<sup>76</sup> Z. č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních ve znění zákona č. 125/2005 Sb.

dokument a dílčí cíle jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb jsou obsahem nižších samosprávných celků (střednědobé rozvojové plány kraje či obce). (MPSV, 2014)

Oblast dlouhodobé péče a s nimi spojené přetrvávající problémy nepatří mezi strategické body dokumentu.

Zajištění dlouhodobé péče je však zmíněno v analytické části dokumentu, která vychází z analýz realizovaných VÚPSV a z projektu Podpora procesu v sociálních službách. Uvedený obsah sdělení má pouze informativní charakter o počtu osob potřebujících tento druh péče a nákladovosti péče z roku 2009 bez strategických prvků rozvoje. (MPSV, 2014) K národnímu dokumentu se vyjádřil např. Pšůsa „... v *textu postrádám jakékoliv úvahy o propojení a vazbách sociálních služeb na související popř. navazující oblasti. Konkrétně jde např. o to, že pokud se, – naprosto správně – uvažuje o propojení sociálních a zdravotních služeb a vytvoření systému dlouhodobé péče, je potřebné věnovat se vazbám mezi sociálními službami, zejména službami sociální péče, a zdravotní péčí.*“ (Kaplanová, 2014: s. 7)

Na základě Usnesení č. 23 vlády ČR ze dne 8. ledna 2014 a Usnesení č. 175 vlády ČR ze dne 20. března 2014 je vydán MZ ČR dokument **Akční plány pro implementaci Národní strategie Zdraví 2020**. Osmá část dokumentu je věnována zvýšení kvality, dostupnosti a efektivity následné, dlouhodobé a domácí péče. Dlouhodobá péče je zde pojímána jako péče zdravotní – postakutní. Současná postakutní péče je v dokumentu shrnuta následujícími charakteristikami:

- „*poptávka po sociálně zdravotních službách následné, dlouhodobé a domácí péče v ČR převyšující pokrytí službami, možnosti segmentu;*
- *nemotivující nastavení systému postakutní péče s ohledem na zlepšování kvality a efektivity na úrovni poskytovatele ani a efektivity služeb na úrovni pacienta;*
- *neodpovídající využívání služeb postakutní péče s ohledem na zdravotní potřeby a funkční možnosti pacientů;*
- *nedostačující systém sběru dat a vhodných indikátorů pro měření kvality a efektivity poskytované péče;*
- *nedostatečný systém kontroly fungování, kvality i efektivity jednotlivých typů služeb v segmentu postakutní péče“* (Zdraví, 2015: s. 4 - 5)



Postakutní péče jako dílčí část zdravotní péče je chápána jako mezikrok systému péče zdravotní a sociální. Postakutní péče nemá za úkol sjednocení této péče, což bylo záměrem dříve realizovaných snah, ale naopak. Tento segment péče by měl vést mj. i určení přesné hranice mezi zdravotní a sociální péčí. (Zdraví, 2015) Mezi nedostatky provázanosti sociální a zdravotní péče je zmiňováno: absence mezirezortního konsenzu v definici dlouhodobé péče a průchodnosti mezi těmito systémy, nedostatečně rozvinutá terénní péče, zabezpečující péči v domácnosti osoby aj. Argument podpory terénních služeb, je podložen z dat ÚZIS ČR. *„Z lůžkové části segmentu postakutní péče, která tvoří 25 % celkové lůžkové kapacity zdravotního systému, odchází do domácího prostředí cestou propouštění z hospitalizace 66 % pacientů s různým rozsahem polymorbidity, polypragmatie a s různým stupněm disability.“* (Zdravé, 2015: s. 32) Součástí dokumentu jsou i navrhovaná řešení jak komplexně zajistit následnou, dlouhodobou a domácí péči. Mezi jedno z řešení, které se objevovalo i v návrhu věcného záměru zákona o dlouhodobé péči, je zřízení geriatrických (tzv. komunitních) sester a dále mj. také ekonomicky posílit pozici zdravotních sester v PZSS. To vše v časovém harmonogramu do 15 měsíců od vydání tohoto dokumentu. *„Obecně lze uvést, že pokud oblasti následné, dlouhodobé a domácí péče nebude věnována systémová péče ve smyslu pozitivních změn, začne se kvalita poskytované péče zhoršovat, finanční prostředky vynakládané na její provoz nebudou účelně a efektivně využity a to s sebou ponese rostoucí nespokojenost občanů, neuznání legitimacy výdajů na zdravotnictví, nespokojenost se stavem zdravotnictví a neochotu jeho podpory.“* (Zdraví, 2015: s. 53)

Dalším krokem, i když ne přímo k řešení tzv. dlouhodobé péče, byl **podpis Memoranda** o dohodě na úhradových mechanismech v letech 2012 – 2014 mezi VZP ČR zastoupené Z. Kabátkem, APSS ČR zastoupené J. Horeckým a AK ČR zastoupené M. Haškem bylo podepsáno dne 26. - 27. 06. 2014. Důvodem vzniku tohoto dokumentu byly trvající soudní spory o hrazení zdravotní péče a její vyúčtování. Účelem Memoranda bylo:

*„a) definování jednotlivých pravidel pro účtování a úhradu poskytované ošetrovatelské péče pojištěnců umístěných v PZSS pro roky 2012 – 2014, přičemž podle těchto pravidel bude postupován u těch PZSS, které s VZP ČR uzavřou individuální dodatek ke Zvláštní smlouvě pro období 2012 - 2014 ve smyslu tohoto Memoranda, a zahrnující i ukončení probíhajících soudních sporů;*

*b)definování podmínek, za kterých budou smírně ukončeny soudní spory mezi PZSS a VZP ČR.“ (Memorandum, 2014: s. 1 - 2)*

Pravidla obsahovala nastavení úhradových mechanismů pro rok 2012, 2013 a 2014. Přičemž v roce 2012 VZP ČR měla vycházet při vyúčtování z úhrad roku 2012. V roce 2013 je hodnota bodu nastavena ve výši 0,90 Kč a při překročení stanoveného objemu (více jak 170%) je hodnota bodu regulována až na výši pouze 0,40 Kč a referenčním obdobím rok 2011. V roce 2014 se zástupci stran Memoranda dohodli na úhradovém mechanismu, který PZSS navýší o 5% nárůstu úhrady. Pro vykazovanou péči v roce 2014 je referenčním obdobím rok 2013. Jedná se zde o předběžné měsíční úhrady poskytované zálohově. (Memorandum, 2014)

Memorandum obsahovalo i ustanovení o smluvní pokutě v případě, že PZSS poruší povinnost vyplývající ze z. č. 47/1998 Sb., odst. 1, poskytnutí hrazené péče pouze na základě indikace ošetřujícího lékaře. V případě porušení této povinnosti bude VZP ČR po PZSS požadovat trojnásobek neoprávněně vykázaných zdravotních služeb v hodnotě bodu ve výši 0,90 Kč. (Memorandum, 2014)

Dále Memorandum obsahovalo principy, za kterých PZSS vezmou zpět své žaloby popř. odvolání. V případě již rozhodnutého soudního sporu se strany zachovají dle rozhodnutí soudu. VZP ČR dle stanovených pravidel a principů bude spolupracovat pouze s těmi PZSS, které do 60 dnů uzavřou dodatek ke zvláštní smlouvě. Zástupci zúčastněných stran také stvrdili, že v případě budoucích nejasností či potíží budou hledat společné řešení jak vzniklou situaci řešit. (Memorandum, 2014)

System dlohodobé péče, i přes realizované změny (např. přechod financování sociálních služeb z ministerstva na krajské úřady), se ani v roce 2015 nedočkal svého právního vymezení a nebyl mezi priority nastávající vlády konkrétně zmíněn. **Poslední současná vláda B. Sobotky (2014)** se v rámci sociálních péče vymezuje, že „*vytvoří transparentní, efektivní a spravedlivý systém financování sociálních služeb, zejména v souvislosti s přechodem financování sociálních služeb na kraje od 1. ledna 2015. Vláda zajistí dostatečný objem finančních prostředků ze státního rozpočtu pro oblasti sociálních služeb, který nebude nižší než v roce 2014 a bude zohledňovat míru inflace. Vláda bude řešit ve spolupráci s resortem zdravotnictví problematiku průřezových sociálně-zdravotních služeb.*“ (Programové, 2010: s. 6) V resortu zdravotnictví vláda podporuje princip solidarity, hájí neziskovost a všeobecně kvalitní dostupnou zdravotní péči hrazenou z veřejných financí. „*Zavede předvídatelný, stabilní a průměrným*

*nákladům odpovídající systém úhrad pro všechny typy zdravotní péče. Podle principu „za stejný rozsah a srovnatelnou kvalitu péče“ bude hrazena stejná úhrada.“ (tamtéž: s. 7) V rámci regulačních poplatků bylo mezi úkoly vlády uvedeno k začátku roku 2015 zrušení poplatku za recept a znovu nebude obnovován regulační poplatek ve výši 100 Kč za hospitalizaci. Také posílení státního dozoru nad toky zdravotního pojištění a fungování zdravotních pojišťoven je v zájmu řešení nastávající vlády.*

**Také Národní strategie rozvoje sociálních služeb na rok 2015** tématu dlouhodobé péče nevěnuje dostatečnou pozornost. Mezi strategické oblasti pro rok 2015 rozvoj a vize sociálních a zdravotních služeb nepatří. (MPSV, 2014a)

Na nevhodné podmínky financování zdravotní péče upozorňovala i **veřejná ochránkyně práv A. Šabatová**. *„Upozornili jsme na nevyhovující financování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociální péče a vyzvali obě ministerstva k nalezení řešení.“ (Veřejný, 2015: s. 74)*

Obratem v řešení sociálně zdravotní péče je uznání MPSV v **Národní strategii rozvoje sociálních služeb na období 2016 – 2025** (2015), že se této oblasti nevěnovala dostatečná pozornost. *“Národní strategie na základě analýz, řízených rozhovorů, výstupů pracovních skupin a zadání řídicí skupiny identifikovala několik fundamentálních oblastí, které se v ČR dlouhodobě systémově neřešily. Zejména se to týká oblasti pečujících osob, sociálně-zdravotního pomezí, kvality sociálních služeb a zajištění následné kontroly,…” (Národní, 2015a: s. 9)*

Z analýz v oblasti sociálně zdravotní péče byly zjištěny následující skutečnosti:

- *„Činnost pečujících osob je pro osoby závislé na péči druhých nepostradatelná.*
- *Mzdy pracovníků působících v sociálních službách jsou nižší, než je republikový průměr, a jejich prestiž je také nízká, to může spolu s neustále se zvyšujícími požadavky na tyto pracovníky vést k destabilizaci tohoto sektoru.*
- *Nedostatečně ošetřené financování poskytování zdravotní péče v sociálních zařízeních a sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních vede ke zhoršení kvality péče.“ (tamtéž: s. 10)*

Ve strategii je dále problém pojmenován jako *„Neprojojenost systémů zajišťujících sociální a zdravotní potřeby klienta“.* (tamtéž: s. 21) *„Rozdílný vývoj zdravotní a sociální péče (řízení dvěma ministerstvy, odlišný systém financování, nedostatečná koordinace)*

*byl identifikován jako klíčová hrozba<sup>77</sup>.“ (tamtéž: s. 22) Důsledky neřešeného problému mohou vést až „... k zhoršování celkové situace v poskytování sociálních i zdravotních služeb a v konečném důsledku také ke zhoršování zdravotního stavu osob závislých na dlouhodobé péči.“ (tamtéž: s. 23) Zvolenou strategií pro následující období je „... bude nutné připravit legislativní opatření, která upraví poskytování zdravotních a sociálních služeb, zajistí dostatečné materiální a technické prostředí, personální zajištění, standard péče a transparentní financování“ ve spolupráci MZ ČR a zástupci zdravotních pojišťoven. (tamtéž: s. 23)*

### **Dílčí závěry a jejich diskuse**

Implementace z. č. 108/2006 Sb. odhalila celou řadu nedořešených a nepřipravených postupů. I když se vlády v období 1998 – 2006, ve svých programových prohlášeních identifikovaly s lidskými právy v uvedené oblasti, nebyly na úrovni svých gesčních ministerstev a ve spolupráci s veřejnou správou na úrovni krajů a obcí schopny odpovídajícím způsobem řídit proces přípravy institucionální změny a její implementace v oblasti sociálně zdravotní péče. Tato práce je zaměřena především na problémy financování zdravotní péče v PZSS. Proces řízení změn v souvislosti s novým zákonem o sociálních službách se stal testem existujících slabin pluralitního systému veřejného pojištění v ČR, který je spíše pod kontrolou samotných pojišťoven a poskytovatelů zdravotních služeb, než pod veřejnou správou a kontrolou MZ ČR, MF ČR a Poslanecké sněmovny PČR. Část příčin uvedených problémů lze nepochybně spatřovat v rychlých změnách premiérů a ministrů v období 2002 – 2006. Zdravotnictví se dlouhodobě stalo cílem podnikatelských zájmů, což znemožnilo tvorbu legitimní a na důkazech založené zdravotní politiky. Při výkonu správy a kontroly veřejného zdravotního pojištění sehrává klíčovou roli dominantní vliv samotných poskytovatelů zdravotních služeb. Jde o nevyvážený stav, v němž dominují představitelé akutní medicíny nad oblastí dlouhodobé zdravotní péče o chronicky nemocné. MZ ČR pravděpodobně nepředložilo v letech 1998 – 2006 veřejnosti koncepční a strategické dokumenty, které by celostně pojatým způsobem vytvářely prostor pro diskurz vývoje české zdravotní politiky.

Uplatnění nových nástrojů v oblasti řízení a financování zdravotní péče nelze realizovat na základě pouhé víry ve fungování tržních mechanismů, ale je zapotřebí

---

<sup>77</sup> Studie proveditelnosti: Výběr a zdůvodnění optimální varianty financování sociálních služeb v ČR.

k nim přistupovat na základě ověřených důkazů s využitím výzkumu. Stejně tak nelze ponechat ve zdravotní politice ze strany veřejné správy volný prostor pro politický klientelismus, vycházející vstříc četným zájmovým skupinám. Takový přístup vede poměrně snadno ke vzniku celé řady problémů a krizových situací, včetně poklesu kvality zdravotních služeb a dosahovaných výsledků na straně pacientů. (Háva, 2012)

Obě gesční ministerstva bohužel ve sledovaném období nedisponovala odpovídajícím odborným potenciálem pro zvládnutí přípravy a implementace institucionální změny v oblasti dlouhodobé sociálně zdravotní péče. Jde o dlouhodobou situaci, která je společensky podmíněna vlivem neoliberalismu a ekonomické globalizace. Zatímco jedna část politické reprezentace staví své jednání na neoliberalních východiscích, druhá část se s těmito vlivy nedokáže efektivně vyrovnat a snaží se hledat jakési třetí cesty.

S využitím diskurzivní analýzy programových prohlášení vlády ČR se podařilo identifikovat rozdíly v ideových a ideologických přístupech politických reprezentací.

### **6.3 Zjišťování příčin problému financování zdravotní péče v PZSS v letech 2007 – 2015**

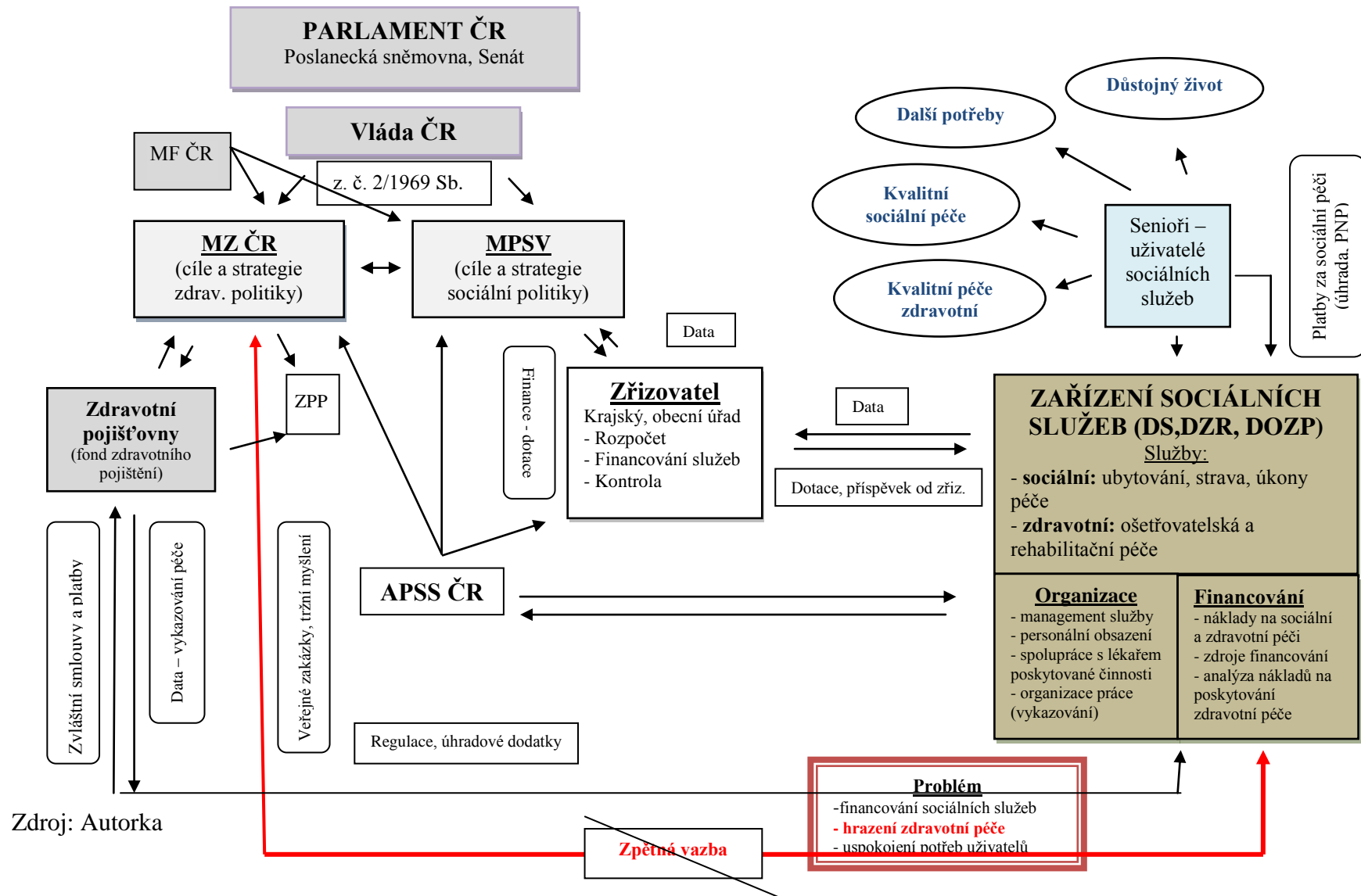
Problém s úhradami zdravotní péče v PZSS vznikl na úrovni samotných PZSS a v rámci jejich smluvních vztahů se zdravotními pojišťovnami. Nejvíce informací je tedy k dispozici z této úrovně, a to hlavně díky samotným pracovníkům PZSS a jejich profesní asociaci. „Pátrání“ po příčinách však vyžaduje opustit tento omezený prostor a vzít v úvahu celý zdravotnický systém a systém sociálních služeb včetně navazujících struktur pro výkon veřejné správy. Avšak tyto výkonné složky jsou v úzkém vztahu k procesům tvorby zdravotní a sociální politiky. (model č. 2) Na následující stránce je schéma č. 2 využito jako analytický rámeček, který umožňuje celkový pohled. Oblasti tvorby a implementace z. č. 108/2006 Sb. byla věnována pozornost v předchozích dvou částech této kapitoly.

Zde jde jak o identifikaci samotných příčin na úrovni vztahu PZSS a zdravotních pojišťoven, tak také je na konci této části otevřena diskuse s kontextem, eventuálně

s dalšími vrstvami příčin, jako je nástroj zdravotně-pojistných plánů a procesy, které se odehrávají v souvislosti s tvorbou úhradové vyhlášky.

Česká zdravotní politika a následně i zdravotnický systém prošly několika etapami změn s poměrně výrazným využitím tržních či pseudo-tržních prvků, jako jsou právě smluvní vztahy nebo vývoj různých forem úhrad poskytovaných služeb. Oddělení funkcí plátce a poskytovatele (purchaser-provider split) představuje jeden z hlavních principů komodifikace zdravotnictví. (Háva, osobní sdělení) V modelu je také červeně znázorněna „zpětná vazba“ mezi komunitní úrovní PZSS a hlavním ze zákona odpovědným tvůrcem zdravotní politiky (MZ ČR), který je však současně také odpovědný dle z. č. 2/1969 Sb. za soustavný výzkum vývoje v jemu svěřené oblasti. To se v případě MZ ČR prakticky neděje, nejsou projednávány priority zaměření takového výzkumu, výrazně chybí potřebná infrastruktura. (Háva, 2009) O výzkum takového typu naopak není na straně zájmových skupin ani zájem, neboť by tak mohly být kriticky reflektovány existující problémy a odhalovány jejich příčiny. Obdobně jako je tomu v řešeném případě v této práci. Existence výzkumu je ve fungující demokratické společnosti významným nástrojem pro dosahování legitimacy příslušné politiky.

Schéma č. 2 Analytický rámec výzkumu financování zdravotní péče v pobytových sociálních službách



### Box č. 9 Přehled vybraných událostí

#### Výzkumná činnost

- projekt Sociální hospitalizace 2000
- projekt Podmínky poskytování ošetrovatelské péče v rezidenčních zařízeních vč. návrhu propojení systémů zdravotní a sociální péče 2001 – 2002
- výzkumná zpráva Zdravotně sociální služby v kontextu nového územního uspořádání 2004
- materiál Návrh řešení úhrad zdravotní péče v ústavech sociální péče a sociální péče ve zdravotnických zařízeních 2004 – 2005
- terénní šetření v roce 2007
- Analýzu stavu sociálních služeb v kontextu sociálně zdravotní péče po přijetí nového zákona o sociálních službách 2007
- dotazníkové šetření 2008
- Možnosti integrace sociální a zdravotní péče: Analýza institutu sociálně zdravotního lůžka v ČR 2009
- Optimalizace sociálních služeb 2012
- Návrh úprav systému financování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb - certifikovaná metodika (2015)

#### Články odborných časopisů

- *“Zdravotní péče poskytovaná v pobytových zařízeních sociálních služeb“* (2009)
- *“Likvidační paušál VZP“* (2010)
- *“Úhradové dodatky nůž mezi lopatky“* (2010)
- *“Jak jsem potkal revizory VZP aneb příběh ředitele Domova na cestě při poskytování ošetrovatelské péče“* (2010)
- *„Souboj Davida s Goliášem není předem prohrán Několik poznámek ke vztahům zdravotních pojišťoven a poskytovatelů sociálních služeb“* (2010)
- *“Chyby při vykazování zdravotní péče v sociálních zařízeních“* (2010)
- *Horký Brambor O odbornosti 913* (2011)
- *Soudní spory 2012 – 2015 (vyjádření: L. Svět, P. Haluza, P. Bořanský, E. Šulcová.)*
- *„Memorandum: konec právní války a začátek zrovnoprávnění vtaů PZSS a VZP?“* (2014)
- *Odbornost 913 má velké vady na „kráse“* (2015)
- *“Uzavírání smluv o poskytování a úhradě ošetrovatelské péče v zařízeních sociálních služeb poskytujících pobytové sociální služby,“* (2015)

K hledání příčin, které způsobují problémy v oblasti poskytování zdravotní péče v PZSS, se snaží při neexistenci vlastního výzkumného pracoviště MZ ČR přispět výzkumy realizované ve Výzkumném ústavu práce a sociálních služeb (dále jen VÚPSV) pod záštitou MPSV. Dalším zdrojem aktuálních poznatků praxe jsou: měsíčník Sociální služby z nakladatelství APSS ČR, vycházející od roku 2009, a čtvrtletník Rezidenční péče, odborný časopisu pro sociální péči a management ústavů sociální péče vydávaný od roku 2005.



Problematičnost provázanosti sociálně zdravotní péče a nejasné právní ukotvení sociálních a zdravotních norem devadesátých let detailně rozpracovaly v projektu ***Sociální hospitalizace***<sup>78</sup> Holmerová, Červenková, Bruthansová (2000). Autorky projektu v závěru projektu konstatovaly, že “*Ošetrovatelství v zařízeních sociální péče není dosud v podstatě legalizováno.*“ (tamtéž: s. 37) a dále doporučovaly MZ ČR uvést do středu zájmu obor geriatry, věnovat se akutní, rehabilitační a celkové dlouhodobé péči o seniory. MPSV bylo doporučeno změnit způsob systému poskytování zdravotní péče v DD. Detailnější návrhy řešení jsou uvedené v závěru projektu. Funkční a ucelený systém autorky spatřují ve vytvoření tzv. geriatrických lůžkových zařízení. (Holmerová, Červenková a Bruthansová, 2000) Vzhledem k připravované komplexní právní úpravě sociálních služeb, byl v letech 2001 – 2002 ve spolupráci s VZP ČR uskutečněn projekt ***Podmínky poskytování ošetrovatelské péče v rezidenčních zařízeních vč. návrhu propojení systémů zdravotní a sociální péče.*** (Misconiová, Merhautová, Průša, 2003) Úkolem projektu bylo provést kvantifikaci rozsahu poskytované zdravotní péče v ústavech sociální péče. Z výzkumu vyplynul závěr, že náklady na zdravotní péči činí cca 448,7 mil. Kč. Což bylo následně, jak uvádí Průša a kol. (2003, 2009), odborníky z řad PZSS i zdravotní péče zpochybněno, jako záměrné zkreslení VZP ČR. Celkové náklady na zdravotní péči poskytovanou v ústavech sociální péče byly stanoveny až přibližně na 40% z celkových provozních nákladů těchto ústavu. (Průša a kol., 2009)<sup>79</sup>

---

<sup>78</sup> Sociální hospitalizací je podle ustanovení § 73b z. č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení (ve znění pozdějších předpisů) pobyt občana ve zdravotnickém zařízení z jiných než zdravotních důvodů, kdy vzhledem ke svému zdravotnímu stavu není schopen se obejít bez pomoci další osoby a nemůže být proto propuštěn ze zdravotnického zařízení. Podmínkou pro sociální hospitalizaci je skutečnost, že občanu nemůže být z kapacitních nebo odborných důvodů poskytnuta potřebná péče v ústavech sociální péče nebo pečovatelská služba, ačkoliv splňuje podmínky pro poskytování těchto sociálních služeb. (Holmerová, Červenková, 2000: s. 9)

**Tab. č. 24 Opatření k ukotvení sociálně zdravotní péče ve stávajícím systému**

Opatření v ústavech sociální péče	Opatření ve zdravotnických zařízeních
Registrovat domovy důchodců a ústavy sociální péče jako nestátní zdravotnická zařízení tak, aby mohly uzavřít smlouvu se zdravotními pojišťovnami o poskytování a především hrazení zdravotní péče.	Zvýšit úhradu za poskytovanou péči na úroveň nákladů za pobyt na ošetrovatelském lůžku v domově důchodců.
Zabezpečit poskytování ošetrovatelské péče v ústavech sociální péče prostřednictvím agentur domácí péče. <sup>80</sup>	
Požadovat úhradu ošetrovatelské péče v ústavech sociální péče a v domovech důchodců od zdravotních pojišťoven prostřednictvím ustanovení § 40 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění.	

Zdroj: Misconiová, Merhautová, Průša, 2003: s. 12

Sociálně zdravotní péče se týkala také reforma veřejné správy na začátku roku 2003. Z. č. 290/2002 Sb., o přechodu některých dalších věcí, práv a závazků ČR na kraje a obce správa např. DD přešla pod vedení krajských nebo obecních úřadů. Popis neutěšenosti situace ve výzkumné zprávě *Zdravotně sociální služby v kontextu nového územního uspořádání* podaly Bruthansová a Červenková (2004). Zpráva vypovídala o počtech neuspokojených žadatelů<sup>81</sup> o ústavní sociální péči, o nedostatku sociálních lůžek v ústavech sociální péče a neefektivním hospodaření krajů a obcí v případě financování sociálních hospitalizací. V závěru práce autorky uvedly návrhy řešení situace, a to formou vícezdrojového financování zdravotně sociální péče a vytvoření zcela nové zdravotně sociální pobytové služby.

Průša a kol. (2009) ve své publikaci uvádí, že v letech 2004 - 2005 Mezirezortní skupina integrované péče uvedla materiál *Návrh řešení úhrad zdravotní péče*

<sup>79</sup> Také CÍLKOVÁ, J. *Zdravotní péče v sociálních zařízeních*. České Budějovice: ZSF JČU, 2004; PĚČOVÁ, L. *Zdravotní péče poskytovaná v ústavech sociální péče*. České Budějovice: ZSF JČU, 2005

<sup>80</sup> Vykazování zdravotní péče prostřednictvím agentur domácí péče není možné v případě poskytování zdravotní péče v ústavech sociální péče použít. Vyhl. č. 134/1998 Sb., MZ, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami platná od 01. 07. 1998 až do konce roku 2012, kdy je tato vyhláška novelizována uvádí v Kapitole 2, oddíl 14 Zdravotní domácí péče, že Výkony domácí zdravotní péče vykazují zdravotnická zařízení poskytující domácí zdravotní péči. Nikoliv tedy ústavy sociální péče. Změna nastala až zmíněnou novelou Vyhl. č. 467/2012 Sb., kterou se mění vyhláška MZ ČR č. 134/1998 Sb. platné od 01. 01. 2013. Sousloví zdravotnická zařízení jsou nahrazena slovem poskytovatelé. Z toho vyplývá, že výkony zdravotní péče mohou vykazovat poskytovatelé poskytující domácí zdravotní péči, což PZSS také nejsou.

<sup>81</sup> Počty neuspokojených žadatelů mezi léty 1994 – 2003 uvádí Předběžná národní zpráva o zdravotní a dlouhodobé péči v České republice (2005). V roce 1994 bylo v domově důchodců neuspokojených žadatelů 17.009 a v roce 2003 se tento počet dostal až na číslo 50.192.

*v ústavech sociální péče a sociální péče ve zdravotnických zařízeních.* Návrh se však setkal s četnou kritikou.<sup>82</sup>

V roce 2007 na téma objem ošetrovatelské a rehabilitační péče v PZSS výzkumníci VÚPSV provedli *terénní šetření*. (Průša a kol., 2009) Šetření zahrnovalo celkem deset zařízení, zdravotní i sociální. „Vzhledem k tomu, že lůžková zdravotnická zařízení (vč. LDN) neměla zájem zapojit se do realizovaného průzkumu, neboť nechtěla odkrýt své "volné" kapacity, vzhledem k tomu, že přiznání sociálních hospitalizací vede ke snížení nasmlouvané lůžkové kapacity ze strany zdravotních pojišťoven, byl v průběhu řešení projektu po dohodě s jeho odborným garantem rozšířen okruh pobytových zařízení sociálních služeb, v nichž bylo realizováno šetření o rozsahu poskytované ošetrovatelské a rehabilitační péče z pěti na devět a naopak počet zdravotnických zařízení, v nichž bylo realizováno šetření o rozsahu poskytovaných služeb sociální péče, z pěti na jedno.“ (Průša a kol., 2009: s. 7) Šetření se účastnilo 1433 uživatelů PZSS (DS, DZR, DOZP) a 20 osob z lůžkového zdravotnického zařízení – LDN. Autoři dále uvádějí, že „z důvodu obav některých vybraných zařízení a jejich zdravotnického personálu zapojit se do projektu z důvodu následných restriktivních kroků především ze strany VZP nejsou získaná data analyzována za jednotlivá konkrétní zařízení, ale v souhrnu a v členění podle druhu udělené registrace na poskytované sociální služby (domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem).“ (Průša a kol., 2009: s. 29) Z šetření vypulo, že objem ošetrovatelské a rehabilitační péče byl ve střední přímé závislosti ke schopnosti základní sebeobsluhy včetně dodržování léčebného režimu a mobility uživatele. Objem této péče v penězích byl vyčíslen na 5 169 mil. Kč, což z daleka neodpovídá úhradám zdravotních pojišťoven. (Průša a kol., 2009) Práce dále obsahuje možnosti řešení financování ošetrovatelské a rehabilitační péče, a to formou výkonové platby, jako je tomu doposud, nebo paušální úhradou za uživatele. Každá z forem financování má svá pro a proti a otevírá další otázky týkající se ošetřujících lékařů a jejich pravomocí, možnost vytvoření nových zařízení propojujících tuto péči aj.

*Analýzu stavu sociálních služeb v kontextu sociálně zdravotní péče po přijetí nového zákona o sociálních službách* (2007) zpracoval také kolektiv autorů<sup>83</sup>

<sup>82</sup> Výčet připomínek je uvedený v Příloze č. 10: Nejvýznamnější připomínky k Návrhu řešení úhrad

a prezentoval následující poznatky. Autoři upozorňují na nezařazení např. hospicové péče mezi výčet sociálních služeb a nevyřešené financování zdravotní péče v PZSS kdy uvádí: „*V praxi totiž bývá běžné, že lékař je zdravotními pojišťovkami sankcionován za překročení jimi stanovených limitů. Doposud nebyla však zdravotní péče v zařízení sociálních služeb indikována, je tedy pravděpodobné, že k takovému překročení u lékaře, který zajišťuje lékařskou péči v zařízení sociálních služeb, dojde. Ve snaze udržet si smluvní vztah se zdravotními pojišťovkami postupují lékaři různě (snižují objem indikované péče, rozvolňují v časovém období odborná vyšetření, aj.) MPSV tyto otázky a problémy odmítá řešit s tím, že zabezpečení zdravotní péče v zařízení sociálních služeb je v kompetenci Ministerstva zdravotnictví ČR.*“ (Jabůrková, 2007: s. 27 - 28) Autoři mezi návrhy financování sociálních služeb v otázce dlouhodobé péče o seniory uvádějí, že je nezbytné „*otevřít diskuzi o posílení finanční participace uživatelů a jejich rodin při řešení nepříznivé sociální situace; výhledově je také třeba diskutovat zohledňování úspor uživatelů. V neposlední řadě je otázkou, zda pro oblast sociálně zdravotní péče, jejíž potřeba je předem dána, nezávažnost využití institutu pojištění.*“ (tamtéž: s. 59)

V roce 2008 pracovníci VÚPSV zrealizovali **dotazníkové šetření** týkající se nejzávažnějších problémů v oblasti financování ošetrovatelské a rehabilitační péče za rok 2007 doplněný anketou z roku 2007 a 1 - 5/2008 ve spolupráci s krajským úřadem Moravskoslezského kraje. „*Nejzávažnějším zjištěním bylo, že zdravotní pojišťovny odmítají některé zdravotní výkony uhradit, jiné hradí pouze částečně. Pobytová zařízení sociálních služeb jsou však povinna poskytovat ošetrovatelskou a rehabilitační péči v plném rozsahu, a tak ji jsou nucena financovat z běžných neinvestičních nákladů, tj. na úkor ostatních klientů. Dalším závažným problémem je nedostatečná pozornost věnovaná rehabilitaci jak ze strany zdravotních pojišťoven, tak i samotných klientů zařízení.*“ (Červenková, Bruthansová, Jeřábková, 2009: s. 3) Jako problematický byl vyhodnocen zdravotní výkon podávání léků (per os tj. do úst uživatelů) a výkony preventivní, např. polohování uživatelů a rehabilitace. „*V těchto a dalších případech dochází k rozporu mezi zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských povoláních a vyhláškou č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných*

---

zdravotní péče v ústavech sociální péče a sociální péče ve zdravotnických zařízeních (text).

<sup>83</sup> M. Jabůrková, R. Dohnalová, L. Jirků, T. Kudějová, O. Mátl, P. Novák ve spolupráci s L. Deverovou, R. Kaňkou, D. Kořínkovou a J. Pobišem

odborných pracovníků na jedné straně s metodikou zdravotních pojišťoven, zejména VZP, na straně druhé. Podle cit. zákona (§ 5 - kvalifikační předpoklady) a vyhlášky musí výkony provádět osoba k tomu způsobilá (odbornost: všeobecná sestra v sociálních službách, dále SZP), ale podle metodiky ZP je v pobytových zařízeních sociální péče SZP vykonávat nemusí. Proto tyto výkony VZP nehradí, ačkoli zákon je vždy právním předpisem vyšší právní síly než metodika zdravotní pojišťovny. “ (tamtéž: s. 52) Autorky výzkumu v závěru konstatují, že právě rehabilitace není zákonně ukotvena. Problematická je i oblast platů zdravotnických pracovníků (všeobecné sestry) v PZSS v noci, kdy je prováděno málo ošetrovatelských výkonů. I přes veškerou právní úpravu bylo spatřováno několik nedostatků:

- nedostačující kontrolní mechanismy zdravotních pojišťoven,
- nerovné zákonné postavení PZSS a zdravotnických zařízení (lůžková péče),
- nedostatečné zkušenosti profesní organizace poskytovatelů sociálních služeb v oblasti zdravotnictví. (Průša a kol., 2009)

Téma sociálně zdravotní péče a jejich financování bylo zpracována i v několika studentských pracích. V roce 2009 např. K. Čermáková řešila *Možnosti integrace sociální a zdravotní péče: Analýza institutu sociálně zdravotního lůžka v ČR.* (Čermáková, 2009) Autorka práce zachycuje celý vývoj institutu sociálně zdravotního lůžka<sup>84</sup> a dochází k hodnocení, že „Opatření institutu SZL **nevyřešilo** situaci osob potřebujících péči dlouhodobou (long-term care). Jedná se o osoby chronicky nemocné nebo postižené, jejichž zdravotní stav je stabilizovaný, avšak jsou omezeni v soběstačnosti. Bez adekvátní dlouhodobé zdravotní péče má jejich zdravotní stav tendenci se zhoršovat a bez pomoci v soběstačnosti a samostatnosti se kvalita jejich života snižuje.“ (tamtéž: s. 209) Závěrem autorka uvádí, že by se měl vývoj sociálně zdravotní péče rozvíjet především na lokální úrovni s individuální úrovní péče. Zařízení by měla zajišťovat širokou nabídku služeb rozmanitým cílovým skupinám, a naopak specializovaná péče by měla být poskytována v omezeném rozsahu za podpory spoluúčasti státu. „Smyslem procesu integrace sociální a zdravotní péče je zkvalitnění života jedinců ze skupiny osob, které potřebují tuto péči souběžně, to znamená, že jejich zdravotní stav vyžaduje zdravotní péči ošetrovatelského typu a jejich podmínky

---

<sup>84</sup> „Pojem institutu sociálně zdravotního lůžka (SZL) vznikl v České republice jako výstup Meziřezortní komise integrované péče (MKIP). Komise vznikla v dubnu 2003 a pracovala do konce roku 2006 jako

*sociálního prostředí pomoc v soběstačnosti při běžných denních činnostech.*“ (tamtéž: s. 217) Autorka uvedla dvě varianty vývoje integrované dlouhodobé péče:

1. Vymezení speciálního zařízení, které je oprávněné poskytovat jak sociální, tak i zdravotní péči, s vícezdrojovým financováním s odpovědností místní samosprávy obcí a krajů za zajištění potřeb dlouhodobé péče svých občanů. Občané by si dlouhodobou péči spolufinancovali. Tato zařízení by byla součástí sítě zařízení sociálních i zdravotních.
2. Vymezení speciálního zařízení s vlastními pravidly a zdroji financování. Autorka uvádí jako zdroj financování např. formu určitého pojištění pro dlouhodobou péči. V případě neexistence pojištění musí dané zařízení patřit do sítě sociálních nebo zdravotních zařízení. (Čermáková, 2010)

Výzkumná zpráva VÚPSV z roku 2012 *Optimalizace sociálních služeb* podává obraz o stavu sociálních služeb, jejímž cílem, je platforma pro další komunikaci a optimalizaci sociálních služeb. „*Cílem celé monografie není kritika nebo konfrontace praktických kroků MPSV a jeho legislativních návrhů v oblasti sociálních služeb, ale pokus o nezávislý rozbor procesů, jevů a situací s ambicí vytvořit pro MPSV zdroj podnětů a informací pro vlastní řídicí, metodickou i koncepční činnost.*“ (Víšek, Průša, 2012: s. 7) V kapitole 8 se autoři výzkumné zprávy věnovali analýze problematiky vztahu sociální a zdravotní péče. Financování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových sociálních službách hodnotí jako jeden z nejvýznamnějších problémů této oblasti. Kladně autoři hodnotí v oblasti financování ošetrovatelské péče v PZSS vznik z. č. 108/2006 Sb., který stanovil poskytovatelům sociálních služeb povinnost zajistit tuto péči svým uživatelům, což před vznikem zákona stanoveno nebylo. „*Negativně je však nutno hodnotit skutečnost, že nebylo vytvořeno žádoucí "zrcadlo" mezi financováním sociální péče poskytované v lůžkových zdravotnických zařízeních a zdravotní péčí poskytovanou v pobytových zařízeních sociálních služeb. Negativně je nutno hodnotit především skutečnost, že zdravotnická zařízení, která poskytují služby ústavního charakteru, nejsou povinna se registrovat a plnit tak všechny povinnosti, které poskytovatelům sociálních služeb ukládá zákon. Důsledkem tohoto faktu je mj. skutečnost, že zdravotnická zařízení nepřiznávají, že pominuly důvody pro hospitalizaci pacienta ze zdravotních důvodů a podvádějí zdravotní pojišťovny. Podle odhadů VZP*

je v celé ČR nejméně 15 000 takových lůžek, celkové náklady, které jsou tak neefektivně vynakládány ze systému veřejného zdravotního pojištění, jsou odhadovány na více než 5 mld. Kč ročně.<sup>72 85</sup> V tomto smyslu je zcela jednoznačně zřejmé, že VZP ani ostatní zdravotní pojišťovny neplní svoje povinnosti a svojí nečinností tak dlouhodobě blokuji vytvoření základních ekonomických předpokladů pro koncipování systému dlouhodobě sociálně zdravotní integrované péče.“ (Víšek, Průša, 2012: s. 69) K výdajům na ošetrovatelskou péči autoři uvedli, že v roce 2008<sup>86</sup> (v roce 2010 je odhad cca 5,45 mld. Kč) odpovídaly výdaje úrovni cca 5,2 mld. Kč. Dle výroční zprávy VZP ČR, pojišťovna však zaplatila za ošetrovatelskou péči pouze celkem 620 mil. Kč (v roce 2010 749 mil. Kč). Platby za ošetrovatelskou péči nebyly dostatečné.

Potřeba ošetrovatelské a rehabilitační péče se zvyšuje s rostoucí mírou závislosti uživatele pobytových sociálních služeb na pomoci druhé osoby (vyjádřeno stupněm Příspěvků na péči). V následující tabulce autoři znázorňují výši nákladů ošetrovatelské a rehabilitační péče dle jednotlivých druhů sociální služby podle přiznaného stupně Příspěvků na péči.

**Tab. č. 25 Výše nákladů na poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče v PZSS v závislosti na stupni přiznaného příspěvku na péči**

Stupeň příspěvku	DS	DOZP	DZR
Bez příspěvku	2 777	4 543	6 818
I.	3 697	5 893	6 586
II.	4 773	8 302	6 486
III.	7 581	15 752	7 699
IV.	10 116	16 344	10 649

Zdroj: Průša a kol., 2009

Autoři na základě této zkušenosti uvádí, že „V pochopitelném ekonomickém zájmu poskytovatelů rezidenčních služeb bude přijímání klientů s nejvyšším stupněm závislosti. To postupně změní charakter těchto zařízení, která dosud mohla kombinovat péči o různé skupiny klientů s různými potřebami a změní se na ošetrovatelské ústavy. Nebylo by na čase - problém je znám 30 let - uvažovat o jejich převedení do sféry

a sociální péče.“ (Čermáková, 2009: s. 10)

<sup>85</sup> Vodička, G. Problém se sociálními službami ve zdravotnických zařízeních. Infoservis VZP č. 3/2010. [online], cit.[2010-09-01], dostupné z: <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/Informace-pro-praxi/Infoservis/infoservis3-2010.pdf>

zdravotnictví? “ (tamtéž: s. 70) Závěr výzkumné zprávy mj. v problematice pobytových sociálních služeb a zdravotní péče obsahuje:

- „Ve struktuře vybavenosti na celorepublikové úrovni službami pro seniory nedošlo od r. 1995 k výrazným změnám z hlediska rozsahu péče v domovech pro seniory ani z hlediska rozsahu pečovatelské služby.
- Přestože v následujících letech lze očekávat "objektivizaci" struktury uživatelů jednotlivých především pobytových - sociálních služeb, ukazují provedené propočty, že stávající kapacity jednotlivých typů zařízení nebudou v r. 2020 dostatečné.“ (tamtéž: s. 100 - 101)

Hlavní příčina nevyhovujícího stavu sociálních služeb je spatřována v zákonem stanovených limitech maximální výše úhrady za pobyt a stravu v pobytových sociálních službách a jednotlivých úkonech poskytovaných terénními službami. Autoři uvádějí možná řešení, jak posílit rozvoj sociálních služeb, které jsou závislé (což je omezující) na státních dotacích nebo příspěvcích od zřizovatele. Uvažovaná řešení jsou uvedena v příloze č. 11. (Průša a kol., 2009) K uvolnění cenové regulace uvedené ve vyhl. č. 505/2006 Sb. se vyjádřil ministr MPSV JUDr. P. Šimerka: *“Je pravda, že jsme se na MPSV touto otázkou zabývali už několikrát. Vždy jsme ale dospěli k závěru, že s ohledem na příjmy většiny uživatelů sociálních služeb má zastropování stále ještě ochranný význam. Rovněž se domnívám, že uvolnění maximálních stropů úhrad by přineslo jen malý efekt a nemělo by masový dopad.”* (Horecký, Kašpárek, 2009: s. 9)

VÚPSV v roce 2016 podává ve své zprávě *„Návrh úprav systému financování ošetřovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb - certifikovaná metodika“* možný návrh, jak financování ošetřovatelské a rehabilitační péče v PZSS upravit. (Průša, Langhamrová, Holub, Bareš, 2016). Na základě zjištěných dat z terénního výzkumného šetření z roku 2014 prezentují následující zjištění.

**Tab. č. 25 Výše nákladů na poskytování ošetřovatelské a rehabilitační péče v jednotlivých typech PZSS podle stupně závislosti (v Kč měsíčně)**

typ zařízení	příspěvek na péči podle stupně závislosti				
	bez příspěvku	I.	II.	III.	IV.
<b>DS</b>	5 590	6 001	8 286	15 673	18 618
<b>DOZP</b>	5 113	5 228	5 634	7 631	9 191
<b>DZR</b>	7 179	4 246	7 176	9 656	14 139

Zdroj: Průša, Langhamrová, Holub, Bareš, 2016; upraveno autorkou

<sup>86</sup> Průša a kol., 2009



Náklady na ošetrovatelskou a rehabilitační péči se zvyšují dle stupně závislosti na druhé osobě stanovené prostřednictvím Příspěvků na péči. Vzhledem k počtu více jak 62.000 uživatelů PZSS k 31. 12. 2014 dosahují výdaje ošetrovatelské a rehabilitační péče 7,69 mld. Kč. (Průša, Langhamrová, Holub, Bareš, 2016) „*V porovnání se šetřením, které bylo realizováno v r. 2008, vzrostly náklady na poskytování této péče o cca 2,5 mld. Kč. Bohužel zdravotní pojišťovny za tuto péči v r. 2014 podle údajů ze svých jednotlivých výročních zpráv zaplatily pouze 1,21 mld. Kč, tedy cca 15 % nákladů ošetřujícími lékaři indikované a ošetrovatelským personálem poskytnuté péče.*“ (tamtéž: s. 8)

**Tab. č. 26 Struktura klientů pobytových zařízení podle stupně závislosti**

typ zařízení	počet klientů k 31. 12. 2014	příspěvek na péči podle stupně závislosti				
		bez příspěvku	I.	II.	III.	IV.
<b>DS</b>	35 857	4 164	6 285	8 870	9 390	7 148
<b>DOZP</b>	12 500	211	1 177	3 146	3 518	4 448
<b>DZR</b>	13 648	847	1 450	3 098	3 928	4 325

Zdroj: Průša, Langhamrová, Holub, Bareš, 2016; upraveno autorkou

Jako vhodné řešení autoři výzkumu spatřují „... nahradit stávající systém financování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb prostřednictvím výkonových plateb paušální úhradou za klienta. Na rozdíl od výkonové platby, která představuje mimořádně administrativně náročný systém (manipuluje se s velkým objemem dat, což je spojeno s relativně vysokou chybovostí), který svým způsobem "motivuje k nadprodukcii dodatečných výkonů", hlavní předností "paušální úhrady za klienta" je transparentnost, relativní pružnost a administrativní nenáročnost.“ (tamtéž: s. 8)

Monitoring vykazování a úhrad zdravotní péče shrnuli také i MUDr. L. Svět a JUDr. E. Kaplan v odborném časopise Sociální služby v článku „**Zdravotní péče poskytovaná v pobytových zařízeních sociálních služeb**“ (2009), přičemž dospěli k tomuto závěru: „*Obligátním zjištěním pak je zcela nedostatečná připravenost PZSS na vstup do systému veřejného zdravotního pojištění a až neuvěřitelný nedostatek informací o problematice vzájemných smluvních vztahů se zdravotními pojišťovnami, vykazování zdravotní péče, jejího účtování a obhajování v případě kontroly*<sup>87</sup>. Chybu

<sup>87</sup> Problematika je trefně reflektována v článku *Jak jsem potkal revizory VZP aneb příběh ředitele Domova na cestě při poskytování ošetrovatelské péče*, Výborný, 2010

nevidíme ani tak v příslušných zaměstnancích PZSS, protože jejich zatížení aplikací nového zákona o sociálních službách byla v průběhu roku 2007 skutečně enormní. Překvapující však je nezáměr rezortních orgánů, kteří se k této oblasti chovaly skutečně se značnou dávkou cudnosti. Je jen škoda, že se této problematice nevěnovala, byť jen zdánlivě, srovnatelná pozornost jako standardům kvality. Nepochybně pro tento požadavek hovoří i to, že kvalita poskytované zdravotní péče je nepochybně nedílnou součástí celé řady procesů, které ve výsledku, mnohdy i zásadně, ovlivňují konečný prospěch pro uživatele sociálních služeb.“ (Svět, 2009: s. 12) Získané poznatky z návštěv PZSS poukazují na nevyjasněnost rolí, kdo rozhoduje o poskytované zdravotní péči a její úhradě a z toho vyplývající nerovnost vztahů mezi PZSS a zdravotními pojišťovnami. Autoři článku uvedli několik argumentů od zkoumaných respondentů, proč propojenost sociálně zdravotní péče není funkční, mezi nimiž např. „Velmi často jsme se setkali s nepochopitelným postupem řady PZSS, která preventivně nevykazovala nic, co by mohlo kohosi snad jen rozzlobit, a ve výsledku vytvořila situaci, kdy nebylo téměř co zdravotní pojišťovně vykazovat.“ (tamtéž: s. 12)

K postavení zdravotních sester a k oprávněnosti jejich nezastupitelné pozice v PZSS (ať už u klientů s mentálním postižením nebo u seniorů) reagovala Bc. L. Hasnedlová (2010) v článku „**Likvidační paušál VZP**“. Autorka článku uvedla polemiku s názory MUDr. G. Vodičky, ředitele odboru smluvní agendy se zdravotnickými zařízeními VZP ČR, uvedenými v článku „Co je za potížení sociálních zařízení?“<sup>88</sup> „Po nástupu do funkce vrchní sestry v domově, kde bylo padesát klientů se středně těžkou, těžkou a hlubokou mentální retardací, kteří trpěli přidruženými psychiatrickými chorobami, pracovalo zde pět zdravotních sester a dvanáct pracovníků v sociálních službách. Sestra si zde musí poradit naprosto s různorodými situacemi, nemá v domově stabilně pracujícího lékaře, ten do těchto zařízení dojíždí 1x týdně, v dalších dnech podle potřeby.“ (Hasnedlová, 2010: s. 3) Četnost návštěv lékaře v PZSS (1x, v lepším případě 2x za týden) a to, že všeobecná zdravotní sestra převážně řeší zdravotní stav u klientů sama, uvádí také v článku pro odborný časopis Rezidenční péče MUDr. P. Bousek (Bouzek, 2015) „V zařízení, které má několik desítek klientů, slouží většinou jedna všeobecná sestra. Aby mohla výkony vykazovat na zdravotní pojišťovnu, musí naplnit časovou dispozici výkonu. Nikde

---

<sup>88</sup> Zdravotnické noviny, č. 1/2010

*se nehovoří o administrativě, která je spojená s každým takovýmto výkonem.“* (Hasnedlová, 2010: s. 3) *„Od VZP jsme nedostali žádnou jasnou metodiku, která by vykazování ošetrovatelské a rehabilitační péče v sociálních službách pomohla nastartovat. Učily jsme se jedna od druhé. Konkrétní odpovědi odborníků jsme se nedočkaly. Postupem času se každá z nás systém vykazování nějakým způsobem naučila, a je zcela logické, že se na vzestupu nákladů za ošetrovatelskou a rehabilitační péči podílí především zhoršující se stav klientů, kterým poskytujeme sociální služby.“* (tamtéž: s. 3) *„Jako likvidační pro sestry v zařízeních poskytujících sociální služby považují nastavení paušálu, který vychází z vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období, tj. roce 2008.“* (tamtéž: s. 3)

Nerovného postavení VZP ČR vůči PZSS v případě tzv. úhradových dodatků a jejich regulaci uvedl v článku *„Úhradové dodatky nůž mezi lopatky“* MUDr. L. Svět (2010). *„Počátkem roku 2010 obdržela většina PZSS „úhradové“ dodatky k zvláštní smlouvě. Pro mnohé byly překvapující, protože jejich obsah byl odlišný oproti předchozím letům a mnohým připadal značně složitý. Tou stěžejní odlišností byl návrh na zavedení regulačních opatření, jejichž podstatou je omezení poskytovatele zdravotní péče v objemu a rozsahu jím poskytované zdravotní péče.“* (Svět, 2010: s. 2) Autor uvedl, že toto regulační opatření bylo běžné u všech zdravotnických zařízení, která mají uzavřený smluvní vztah se zdravotní pojišťovnou, ale v případě nově rozvíjející se odbornosti 913 to jednoznačně znamená znevýhodnění PZSS. Navíc je navrhovaná zálohová platba odvozena z vykázané péče za rok 2008, což není pro nadcházející roky dostačující vzhledem k dynamice vývoje poskytované zdravotní péče uživatelům PZSS a byla zde navržena regulace hodnoty bodu v případě překročení stanoveného limitu vykázané zdravotní péče z 0,90 Kč na 0,30 Kč nad rámec stanoveného limitu. (Svět, 2010)

Osobní zkušenost, která odráží vztah PZSS a revizních pracovníků VZP ČR, uvedl v článku *„Jak jsem potkal revizory VZP aneb příběh ředitele Domova na cestě při poskytování ošetrovatelské péče“* ředitel Mgr. J. Výborný (2010). Domov blahoslavené Bronislavy poskytuje službu DS 33 klientům, přičemž zdravotní péče v té době byla vykazována u cca 17 klientů. Vykazování zdravotní péče se rok od roku zvyšovalo. *„Se změnou zákona přišlo mnoho změn. V oblasti poskytování ošetrovatelské péče jsme tzv. zvláštní smlouvu podepsali s VZP až ke konci roku 2007. Za celý rok jsme*

vyúčtovali na pojišťovnu cca 20 000 Kč. O rok později to bylo již více, a to cca 100 000 Kč.“ (Výborný, 2010: s. 4) „Zlomový byl pro nás rok 2009, kdy jsme nejen úspěšně absolvovali inspekci kvality sociálních služeb, ale také u nás proběhla první revizní kontrola na 1 Q roku 2009. Za celý rok 2009 jsme vykázali již cca 800 000 Kč. Pokud bude skladba klientů taková, jak trendy ukazují, a bude plná obsazenost, pak výkonnost za celý rok 2008 vykážeme za jeden jediný měsíc roku 2010.“ Autor článku popisuje dvě revize vykázané zdravotní péče a poukazuje na rozporuplné jednání revizorů VZP ČR.<sup>89</sup> Na sílící tlak ze strany zdravotních pojišťoven (zejména VZP ČR) a četnost kontrol vykázané zdravotní péče u PZSS poukazuje i P. Haluza (2010). Haluza dále uvádí, že „Při úvahách o možnostech jednání se zdravotními pojišťovnami je nutno vycházet z těchto základních zásad:

- 1) rovnoprávné postavení účastníků smlouvy
- 2) nutnost dodržovat smlouvu včetně jejích dodatků (zásada „pacta sunt servanta“)
- 3) metodika zdravotních pojišťoven není závazná
- 4) společný postup poskytovatelů sociálních služeb.“ (Haluza, 2010: s. 6)

Z uvedených názvů článku i jejich obsahu (*Likvidační paušál VZP, Úhradové dodatky nůž mezi lopatky*) lze hodnotit postoj pracovníků VZP ČR a vztah zdravotní pojišťovny vůči PZSS spíše negativně. Vykazování zdravotní péče je stále velmi komplikované, přesto je to každodenní povinnost zdravotních pracovníků. Např. v článku *Jak jsem potkal revizory VZP aneb příběh ředitele Domova na cestě při poskytování ošetrovatelské péče* (Výborný, 2010) uvádí autor, že polemizuje s myšlenkou nepodepsat se zdravotní pojišťovnou zvláštní smlouvu a nechat zajištění zdravotní péče čistě na zdravotní pojišťovně. S dovětkem ve formě otázky „Kdo ví, jak by to vše skončilo?“, (Výborný, 2010: s. 5) je naznačeno, že toto řešení není správná volba, jak situaci řešit. Uvozovacím slovem *kdo* není jasně označeno, koho je to vlastně povinnost uživatelům/pojištěncům dle ZLPS dle č. 31 zajistit zdravotní péči.

<sup>89</sup> Úryvek ze zmíněného článku „Dále jsem revizi sdělil, že jim na základě § 42, z. č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, poskytnu nezbytnou součinnost, avšak revize nesmí narušit léčebný proces. A protože mám vždy pouze jednu zdravotní sestru ve směně a celkový podstav v přímé péči, bude se revize odehrávat pouze hodinu dopoledne a hodinu odpoledne. No, to už vůbec revizoři nepochopili. Za řevu, že jsou jako berňák a že nám to mohou nařídít, se s tímto vyjádřením nakonec smířili.“ (Výborný, 2010: s. 5)

To, že je situace opravdu vážná nasvědčuje i článek „*Souboj Davida s Goliášem není předem prohrán* Několic poznámek ke vztahům zdravotních pojišťoven a poskytovatelů sociálních služeb“ (Haluzá, 2010), který obsahuje právní rady, jak se připravit na soudní spor v případě ochrany práv (práva na ochranu zdraví a bezplatnou zdravotní péči) uživatelů PZSS. Slovo souboj naznačuje, že mezi zmíněnými aktéry je střet, není zde soulad a každá ze zúčastněných stran si hájí svůj pohled na věc. Přirovnání poskytovatele pobytových sociálních služeb k Davidovi a zdravotní pojišťovny a zejména VZP ČR ke Goliášovi vystihuje nerovné postavení (malý a velký) těchto aktérů. Přesto však jak biblický příběh ukazuje menší tzv. protivník David (v tomto případě PZSS) zvítězí.

K vykazování zdravotní péče se vyjádřila ředitelka Odboru kontroly a revize zdravotní péče VZP ČR MUDr. Z. Kučerová (2010) v článku „*Chyby při vykazování zdravotní péče v sociálních zařízeních*“. Kučerová uvádí, že primárním problémem je, že provedené zdravotní výkony PZSS nejsou řádně a transparentně zaznamenávány. Celý článek včetně nadpisu obsahuje okolo 1.500 slov a z toho např. slovo „chybí či chyba“ je uvedeno 32krát ve smyslu *chybí identifikace a popis pracovníka, chybí záznam, chybí ošetřovatelský plán, chybí zápis, chybí jmenovka a podpis sestry, chybí název léčiva, chybí požadavek indikujícího lékaře* a slovo „není“ je uvedeno, 21krát ve smyslu *není uvedeno, není často vyznačeno, není zapsáno, není zaznamenáno* aj. I po bezmála čtyřech letech od účinnosti z. č. 108/2006 Sb. a odbornosti 913 není pravděpodobně jasné, jak a co vykazovat, a jednou z nejčastějších zjištěných příčin (dle VZP ČR) při revizích vykázané zdravotní péče je chybovost v prováděných záznamech. Na druhé straně je častým argumentem z řad zdravotních pracovníků PZSS administrativně náročné vykazování zdravotní péče.

**Po roce 2011 jsou vztahy mezi PZSS a VZP ČR velice vyhrocené.** Regulace hodnoty bodu a nastavených tzv. úhradových dodatků se stala vedle nedostatečně řádně vedené dokumentace s tím spojené velice problematickou oblastí vedoucí až k soudním sporům. „*Martyriem účelové kontroly prošla valná většina pobytových zařízení sociální péče. Ani jedno se závěry revizní zprávy nebylo spokojeno. Námitky či později návrh na smírčí jednání však podaly jen některá zařízení. A žalobu ve věci, aby soud rozhodl spor mezi pobytovým zařízením sociálních služeb a zdravotní pojišťovnou, podala nebo jsou připravena podat pobytová zařízení sociálních služeb, jež bychom spočítali na prstech*

*jedné ruky. Tato situace jen dokumentuje nezáměr zřizovatelů či některých ředitelů jít do sporu a pokusit se věc řešit.*“ (Redakce, 2011: s. 4) Ožehavost tohoto tématu je patrná už z nadpisu článku „**Horký Brambor O odbornosti 913**“, ze kterého pochází tato citace. Nejpalčivěji je v článku vnímána, jak je uvedeno ze zkušenosti nejmenovaného zařízení, úhrada zdravotní péče a s tím spojené financování zdravotních pracovníků pracujících v sociálních službách. K objektivitě finančních zdrojů dodává MUDr. L. Svět „... , že zdravotní pojišťovny na úhradu odbornosti 913 nezískaly zdroje ze státního rozpočtu navíc. Prvé 2 roky ještě byla tolerována částečná úhrada nákladů spojených s poskytováním zdravotní péče v odbornosti 913 z dotace státu. V současné době již tato možnost neexistuje a neznám jiný legitimní zdroj k úhradě hrazené zdravotní péče než veřejné zdravotní pojištění.“ (Svět, 2011: s. 6)

K tomu, že soudní spory se staly jednou z možností, jak situace řešit, uvádí P. Haluza, že „... v roce 2012 zhruba polovina pobytových zařízení sociálních služeb (dále jen „PZSS“) nepodepsala návrh úhradového dodatku na rok 2012. Z nich pak cca 50 PZSS na výzvu APSS podalo žalobu na VZP a je třeba říci, že soud prvního stupně dal za pravdu žalobcům. Jeho rozhodování je konstantní a žalobám na tzv. úhradové dodatky vyhovuje. Jiná je situace u soudu odvolacího.“ (Kaplanová, 2014a: s. 4)

Nejvyšší soud ČR nálezem pl. ÚS 19/13 ze dne 22. 10. 2013 uvádí, že **jednostranné zavedení regulace je v rozporu s ústavním pořádkem ČR**. Dále následovaly další soudní spory o následcích revizní činnosti, které ohrožovaly existenci PZSS. „Podle mluvčího pojišťovny Oldřicha Tichého směřovalo na VZP celkem 57 žalob.“ (Domovy, 2014)

K regulačním omezením řešeným u soudu se vyjadřuje např. Ing. P. Bořanský. „**Úhrada zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb není upravena obecně závazným právním předpisem.** Soudní spory o regulaci běží a připravují se soudní spory na rok 2013. Úhradová vyhláška č. 475/2012, která stanovila hodnoty bodu pro rok 2013, byla Nálezem Pléna Ústavního soudu Pl. ÚS 19/13 v částech, kterými se stanoví limitace výše úhrad prostřednictvím její snížené hodnoty bodu, shledána v rozporu s čl. 26 odst. 1 Listiny základních práv a svobod. Úroky z prodlení a soudní náklady tedy bude, v případě vítězství PZSS, hradit VZP, a to samozřejmě ovlivní i její hospodaření.“ (2015: s. 24)

Jedním ze sporů, jehož výsledek byl precedentem pro další jednání, byl spor s VZP ČR a PZSS - Městský ústav sociálních služeb Jirkov, poskytující mj. i pobytové sociální služby DS, DZR, DOZP a Odlehčovací službu. Předmětem sporu bylo obhájit vykonanou a řádně zaznamenanou zdravotní službu poskytovanou ve dvou pobytových sociálních službách. Ředitelka ústavu v článku odborného časopisu *Rezidenční péče* uvedla, že „*V průběhu revize nám byly vytykány nedostatky, které byly evidentně v kompetenci jiného subjektu, jako číselná kontinuita dokladu 06 ORP či výhrady k obsahu těchto dokladů. Revizním lékařem byly požadované doklady, které nejsou a ani nemohou být předmětem revize, jako například doklady sociálních služeb hrazených z příspěvku na péči.*“ (Redakce, 2012: s. 2) Dalším argumentem VZP ČR k neproplacení zdravotních výkonů bylo nesplnění času a obsahu jednotlivých zdravotních úkonů (dle odbornosti 913), což poskytovatel sociálních služeb napadl v podané žalobě. Soudní spor trval více jak dva roky, přičemž z řad zaměstnanců v čele s ředitelkou ústavu. Mgr. E. Šulcová uvádí „*Od začátku bylo jasné, že půjde a nejasný běh na dlouhou trať. Musím přiznat, že to bylo velmi nepříjemné období. Po neúspěšném smířcím jednání se rozhodl ošetřující lékař, který docházel do našich zařízení, ukončit poskytování lékařské péče našim klientům, ostatní lékaři neměli zájem. Myslím, že každý poskytovatel si dokáže představit, kolik bezesných nocí nás to stálo.*“ (tamtéž: s. 2) Mgr. E. Šulcová v článku dále uvádí, že jednala za podpory svých zaměstnanců, zřizovatele (města), právního zástupce (JUDr. P. Haluza), zástupců APSS ČR. Soudní spor o řádně vykonané a vykázané zdravotní péči a povinnosti VZP ČR za tuto péči poskytnout úhradu potvrdil soud obou stupňů.

Nově uváděnou praktikou, kromě revizních kontrol zaměřených na řádnou dokumentaci vykazované zdravotní péče, se v odborných člancích objevuje tlak na lékaře. „*V poslední době zvolila VZP novou taktiku: vytyká lékařům vypisování poukazů na vyšetření (nebo ošetření) klientů a na tomto základě pak požaduje po lékařích úhradu částky, která byla proplacena za zdravotní péči poskytovatelům sociálních služeb. Tato péče však byla uhrazena poskytovatelům, nikoliv lékařům. Cíl je zřejmý: pod pohrůžkou finančních sankcí donutit lékaře, aby nevypisovali ORP. Poskytovatel pak nemůže ošetrovatelskou péči pojišťovně vykazovat.*“ (Redakce, 2011: s. 5). Další argumentaci z vlastní zkušenosti uvádí ředitel Domova blahoslavené Bronislavy Mgr. J. Výborný: „*VZP již pochopila, že jsme se jako sociální organizace naučili kódy vykazovat jak po praktické, tak i po teoretické stránce, která je pro VZP*

*stěžejní (vedení dokumentace). A tak se začala soustředit na naše praktické lékaře. Začali jim dávat pokuty (mnohdy i ve statisících), aby je přesvědčili, že nejlépe je se k seniorům v domovech pro seniory nehlásit, neznat a hlavně nic nepředepisovat. Jednoduše se vyhnout sociálním organizacím jako čert kříži. Totéž tento rok potkalo i naši lékařku.“ (Výborný, 2011: s. 7)*

K povinnosti poskytovat zdravotní péči se vyjadřuje MUDr. L. Svět (2011), který uvádí, že v povědomí stále ještě není drobná změna v zákoně, a to ta, že poskytovatelé pobytových sociálních služeb nejsou povinni zajistit zdravotní péči svým klientům. Naopak povinnost zajištění zdravotní péče je na lékařích a zdravotních pojišťovnách. Novela z. č. 108/2006 Sb.<sup>90</sup> v §36 vádí, že ošetrovatelská a rehabilitační péče má být klientům poskytována především prostřednictvím zaměstnanců zařízení. Rozsah a podmínky zabezpečení a hrazení zdravotní péče řeší zvláštní právní předpisy zdravotního charakteru. (Svět, 2011)

K uklidnění situace (ne však pro všechny zúčastněné aktéry) vedlo jednání APSS ČR, AK ČR s VZP ČR. Zástupci APSS ČR, AK ČR a VZP ČR podepsali Memorandum o dohodě na úhradových mechanismech, upravující léta 2012 – 2014. Názory jednotlivých aktérů týkající se Memoranda uvedl článek „**Memorandum: konec právní války a začátek zrovnoprávnění vtažů PZSS a VZP?**“ (Kaplanová, 2014a)

Několik připomínek k obsahu Memoranda uvedl ředitel DS Severní Terasa z Ústí nad Labem **Ing. P. Bořanský** „... je škoda, že APSS ČR před zahájením vyjednávání s VZP neprovedla žádný průzkum mezi poskytovateli pobytových sociálních služeb. Vyjednávala tak bez znalosti základních dat a vyjednávači APSS ČR si tak nemohli zpětně ověřovat data předložená Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. Poskytovatelé, kteří se s VZP soudili o regulaci hodnoty bodu, tak byli, nejen podle mého názoru, postaveni do role těch, kteří byli využiti pro vyjednání lepších podmínek pro ty, kteří od počátku podléhají různým tlakům VZP. Za Memorandum si tak vlastně, podle APSS ČR, můžeme sami.“ (tamtéž: s. 2) K vyjádření nesouhlasu P. Bořanský uvedl, že se se svými kolegy k tomuto tématu vyjádřil prostřednictvím otevřeného dopisu prezidentovi APSS ČR, dále své obavy vyjádřil v “Desateru důvodů, proč

---

<sup>90</sup> Z. č. 206/2009 Sb.



nesouhlasím s Memorandem“, které bylo ostatním poskytovatelům sociálních služeb rozesláno elektronickou poštou. *„Odezva na Desatero a Výzvu potvrzuje, že stejný názor nezastávám sám.“* (tamtéž: s. 3)

Ke stanoveným sankcím vycházejícím z Memoranda byl požádán o vyjádření **MUDr. L. Svět**, který se přípravy a schvalování Memoranda neúčastnil, ale je konzultantem dané oblasti. *„Nicméně pro samotný fakt, jak prezident APSS postupoval, mám velmi hluboké pochopení, a to především s ohledem na převažující počet ředitelů PZSS, kteří jsou dosud s větší či menší mírou pasivity v submisivním postavení vůči zdravotním pojišťovněm.“* (tamtéž: s. 3) Dále dodává *„To, co považují za velmi nevlídné, je, že těch několik odvážných a obětujících se pro narovnání nespravedlivě nastaveného financování, je nyní uvrženo do temnoty, a ti, co by snad uvažovali o budoucím prosazování odlišného názoru, budou mít o značný kus složitější situaci.“* (tamtéž: s. 5)

**JUDr. P. Haluza** k následujícímu uvedl, že Memorandum může ovlivnit stávající soudní spory. Dopady Memoranda jsou také pro jednotlivá zařízení individuální podle toho, v jaké fázi soudního řízení se nachází a jaké další strategie svého jednání dále zvolí. Stejně jako MUDr. I. Svět, tak JUDr. P. Haluza uvádí, že Memorandum není právně závazné a tedy vynutitelné. Stanovená pravidla se stávají závaznými až tehdy, když jsou obsaženy v návrhu úhradového dodatku a ten je signifikován. (Kaplanová, 2014a)

K Memorandu se vyjádřil i **Ing. J. Horecký**, prezident APSS ČR *„Stěžejní motivací od začátku až dokonce bylo vyjednat optimální podmínky pro poskytovatele sociálních služeb.“* (tamtéž: s. 5) J. Horecký uvádí, že v rámci regulace úhrad zdravotní péče probíhala jednání s VZP ČR a s regulací nesouhlasili. Také byly oporou těch PZSS, která se rozhodla vstoupit do soudního sporu s pojišťovnou. Dále uvádí, že i přes veškerá jednání a dosažení podepsání Memoranda jsou některá PZSS s výsledky jednání nespokojena. *„To, že koncová rozhodnutí Asociace nebudou při tak široké a rozmanité členské základně jednotná, ale konsensuální (tzn. vždy bude někomu něco vadit), je přirozené. Nyní jsme sice svědky několika demagogicko-hysterických reakcí, ale málokdo si přitom uvědomuje, že stejnou, a možná někdy i větší, neshodu lze zaregistrovat i v jiných zásadních oblastech, jako přechod financování na kraje, podpora nových pravidel financování, odměňování zaměstnanců v sociálních službách, standardy a inspekce kvality, transformace sociálních služeb a podobně.“* (tamtéž: s. 5) Prezident dále uvádí výčet aktivit, které jsou náplní práce asociace v této problematice

k vyjednání lepších podmínek a zajištění problému podfinancování odbornosti 913 ze strany VZP ČR. (Kaplanová, 2014a)

K výsledkům Memoranda se jako poslední dotázaný vyjádřil i **Mgr. O. Tichý**, mluvčí VZP ČR. *„Myslím, že velkým úspěchem pro pobytová zařízení je zejména navýšení bodů mimo sestupnost ve výši 170%, které vstupují do reference. To nemá u jiných segmentů péče precedens. Dohoda je tak pro zařízení výhodná zejména s ohledem na nadcházející finanční období.“* (tamtéž: s. 5) Otázkou ovšem je, zda limit, který je stanovený jako hranice vykázané zdravotní péče, je stanoven dostatečně, když je z definice Memoranda parné, že překročením limitu je úhrada péče regulována. *„Případné kontroly správnosti vykázané péče a oprávněnosti úhrad se pak zaměří především na ty poskytovatele, kde bude na místě ověřit legitimitu postupu z důvodu nadstandardního nárůstu produkce ve srovnání s referenčním obdobím nebo z důvodu pochybností, zda je vykazována k úhradě jen hrazená zdravotní péče, která je současně v souladu s předem přijatou a konkrétně specifikovanou indikací ošetřujícího lékaře uvedenou na dokladu 06 orp.“* (tamtéž: s. 5) Znamená to tedy, že by zdravotní péče měla být vykazována stále ve stejných relacích bez ohledu na zvyšující se potřeby uživatelů sociálních služeb, protože navýšení vykázané zdravotní péče je podmínkou k pochybnostem, zda provedená a následně vykázaná péče je legitimní. Navíc navýšení hodnoty bodu za jednotlivé zdravotní výkony je dle slov tiskového mluvčí *„potřeba zasadit do celkového kontextu finanční kondice pojišťovny, která stále není optimální.“* (tamtéž: s. 5) K hodnotě bodu je však stanoven kalkulační vzorec stávající z přímých nákladů (osobních nákladů nositele výkonu, nákladů na přístroje, náklady na spotřebovaný zdravotnický materiál a léčivé přípravky) a nepřímých nákladů (čas, ošetřovatelský den, palivo, daně, služby aj.).<sup>91</sup>

JUDr. P. Haluza však uvádí, že v těchto sporech ještě zastupuje devět PZSS a součet žalovaných jistin činil 8,7 mil. Kč. Dodává, že soudy prvního stupně i dovolací soudy jsou v rozhodnutí konstantní a tyto spory PZSS vyhrávají. (Haluz, 2015).

Vykazování ošetřovatelské péče v PZSS bylo dne 25. 02. 2015 řešeno i v Parlamentu ČR. Odborný časopis Sociální služby seminář zachycují v článku

---

<sup>91</sup> Kalkulační vzorec pro výpočet bodové hodnoty výkonů v seznamu zdravotních výkonů (MZ ČR)

**„Odbornost 913 má velké vady na „kráse“.** (Hotová, 2015) K této problematice se kladně vyjádřila např.:

- Ing. I. Merhautová (náměstkyně MPSV) „... *nejpočetnější skupinou v pobytových zařízeních sociálních služeb jsou uživatelé nad 85 let, tedy jejich potřeba zdravotnické péče je veliká.*“ (Hotová, 2015: s. 12)

- Ing. J. Procházka (viceprezident APSS ČR) „... *klient předpokládá, že mu bude v zařízení poskytnuta nejen ošetrovatelská, ale i zdravotní péče, a to podle jeho individuální potřeby.*“ (tamtéž: s. 13)

- MUDr. P. Bouzek (lékař i v PZSS) „*většina klientů má problémy s mobilitou a je potřeba jim z tohoto důvodu poskytovat zdravotnické služby v PZSS.*“ (tamtéž: s. 13)

Stejný názor nezastává např.:

- MUDr. Z. Salcman Kučerová (ředitelka odb. kontroly a revize zdravotní péče VZP ČR) „... *poskytovatelé by si měli opakovat, že pobytová zařízení poskytující sociální péči nejsou lůžková zařízení poskytující péči zdravotní.*“ (tamtéž: s. 13)

Již v minulosti tuto situaci dokládá Průša (2008) ve své zprávě soudně znaleckým posudkem,<sup>92</sup> ze kterého vyplývá, že „*vzhledem ke zdravotnímu stavu a věku obyvatel domovů důchodců je třeba hodnotit zdravotnickou péči poskytovanou obyvatelům těchto zařízení jako nutnou a neodkladnou, přičemž jejím odložením by mohlo dojít k vážnému zhoršení jejich zdravotního stavu*“ (tamtéž: s. 29)

System se také potýká s personálně technickými obtížemi. Dochází ke stálému snižování odborného zdravotnického personálu v DS a DZR.<sup>93</sup> „*Podle zjištění pracovníků z Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí odešlo v letech 2002 až 2007 ze zařízení sociálních služeb 1750 všeobecných sester.*“ (Bouzek, 2015: s. 7) MUDr. Z. Salcman Kučerová (VZP ČR) označuje jako mýtus a nepravdu, že „*Mzdy zdravotních sester a ostatního ošetrovatelského personálu jsou odvislé od příjmů od zdravotních pojišťoven, (málo příjmů znamená malé mzdy, více příjmů větší mzdy).*“ (Salcman Kučerová, 2015: s. 5) Uvádí, že činnosti zdravotnických pracovníků jsou hrazeny výhradně z příjmů za vykázané zdravotnické výkony. Vznikající (často značný) rozdíl PZSS mohou na svůj vlastní úkor hradit z jiných zdrojů např. z úhrad od uživatelů

<sup>92</sup> Geriatrická klinika VFN a 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze

těchto služeb nebo popř. z příspěvku zřizovatele. Použití dotace z MPSV by znamenalo porušení rozpočtové kázně. Bc. D. Žitníková, předsedkyně odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR, uvádí dále, že „... práce zdravotních sester v PZSS je v mnoha případech náročnější než v zařízeních zdravotnických: sestry jsou bez zázemí, lékaře, techniky apod.“ (Hotová, 2015: s. 14) Upozorňováno je i na další zdravotnické pracovníky, kteří vykovávají odbornou zdravotní péči pro klienty PZSS, jako jsou např. nutriční terapeut, fyzioterapeut či ergoterapeut. Zdravotní pojišťovna však vykazované úkony těchto odborných zdravotních pracovníků nebere v potaz.

Technické obtíže skýtají nadměrnou administrativu a neukotvení problematiky v platné právní úpravě vede k narušenému kontrakčnímu vztahu mezi VZP ČR<sup>94</sup> a poskytovateli. „Rozsah poskytované zdravotnické péče není nikde zpracován. V praxi se vychází z výkonů odbornosti 913. Nemyslím si, že je to správně, protože všeobecná sestra není jediný zdravotnický pracovník, který v pobytových zařízeních sociální péče může poskytovat své služby. Také neexistuje žádný materiál, který by stanovil počet zdravotníků s ohledem na počet klientů a jejich zdravotní stav. To záleží jen a jen na rozhodnutí zřizovatele či správce zařízení, který velmi často nemá zdravotnické vzdělání.“ (Bouzek, 2015: s. 7) Na všechny tyto nedostatky upozorňuje také JUDr. P. Haluza<sup>95</sup>. Náhled na situaci popisuje takto:

- „Problémem však zůstává poněkud polovičatá právní úprava poskytování zdravotní péče v PZSS.
- Podle zvláštní smlouvy se cena bodu a případná regulace musí dohodnout v dodatcích ke smlouvě. Ne vždy však dojde k dohodě (často ani žádná jednání neprobíhají) a pak nastává spor.
- Jednostranné zavedení regulace a sestupné hodnoty bodu a zálohových plateb (předběžné úhrady) vedlo k řadě žalob na VZP.“ (Haluza, 2015: s. 9 - 10)

Podobně tuto situaci komentuje také JUDr. L. Polák. v článku „**Uzavírání smluv o poskytování a úhradě ošetrovatelské péče v zařízeních sociálních služeb poskytujících pobytové sociální služby.**“ (2015) Polák mezi sporné momenty řadí především

<sup>93</sup> Příloha č. 13: Vývoj počtu zdravotnického personálu (SZP) v PZSS 2008 – 2013 (tabulka)

<sup>94</sup> Řezáčová: „Málokdo by chtěl ve smluvním vztahu být v roli toho, jenž nemá možnost ovlivňovat podmínky vznikající smlouvy. Ty, které nám nastavuje největší tuzemská zdravotní pojišťovna, považujeme za nepřijatelné.“ (iDnes.cz, 2015)

<sup>95</sup> Článek Jsou opravdu soudní spory se zdravotními pojišťovnami nutné?, Sociální služby 5/2015

ustanovení o měsíční předběžné úhradě, přičemž předběžná úhrada „nemá žádnou oporu v zákoně, úhradové vyhlášce, zvláštní smlouvě nebo v jiných dokumentech.“ (tamtéž: s. 8)

### **Dílčí závěry a jejich diskuse**

Příčiny problémů s financováním dlouhodobé zdravotní péče v PZSS se soustřeďují do oblasti smluvních vztahů mezi PZSS a zdravotními pojišťovnami. Tržní nebo pseudo-tržní systémový přístup k těmto smluvním vztahům při současném nepoužití dalších nástrojů (zdravotně pojistné plány, výkon veřejné správy na úrovni krajů, kontrolní činnost MZ a Poslanecké sněmovny PČR) lze vnímat jako další přímý zdroj vzniklých problémů. Rozložení těchto příčin v celém systému je však víceúrovňového charakteru. Vládě a gesčním ministerstvům chybí kriticky zaměřený výzkum systému financování zdravotních služeb v zařízeních sociálních služeb v kontextu zdravotní politiky, jehož cílem by byla identifikace odpovědných aktérů a jejich ideových východisek v porovnání s mezinárodním vývojem. (Háva, 2012)

## **6.4 Příprava věcného záměru zákona o dlouhodobé péči 2009 – 2012 (MPSV)**

Předmětem této části práce je samostatná reflexe připravované institucionální změny, jejímž cílem by měl být rozvoj ziskového podnikání v oblasti dlouhodobé péče. I přes počáteční snahy o racionální a legitimní přístup k dlouhodobé péči se následně ukázalo, že hlavní zájem a cíl je někde mimo tento proud. V případě věcného návrhu zákona o dlouhodobé péči jde o duální cestu. Na jedné straně odborný diskurz s přizvanými experty, na druhé straně pak extrémní forma pohledu jako např. v oblasti podnikání s chudobou, podnikání s ubytovny nebo tzv. pobytoвыми sociálními službami bez registrace.

### **Box č. 10 Přehled vybraných událostí**

- Expertní panel na problematiku dlouhodobé péče (2009 - 2010)
- Koncepce geriatric a gerontologie (2009, 2010)
- Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice (1/2010)
- Konference SENIOR LIVING 08. – 09. 11. 2011

Nutností řešit dlouhodobou péči vzhledem k prognózám stárnutí obyvatelstva se zabývalo jak MPSV tak i MZ ČR. V roce 2009 se I. Holmerová<sup>96</sup> stala iniciátorkou v oblasti dlouhodobé péče a vznikl **Expertní panel na problematiku dlouhodobé péče** (dále jen Expertní panel). V letech 2009 – 2010 se konala čtyři jednání expertního panelu. Cílem expertního panelu bylo:

1. „Zpracovat koncepci rozvoje systému zdravotních a sociálních služeb v modelu dlouhodobé péče – „long-term care“.“
2. Zpracovat důvodovou zprávu k změně legislativy, která bude reflektovat zvýšenou provázanost zdravotní a sociální péče.
3. Navrhnout nový způsob financování modelu dlouhodobé péče-„long-term care“ v sociálních a zdravotních službách.“ (Sezemský, 2009)

Jednání pracovní schůzky členů Expertního panelu v dubnu 2009 proběhlo za podpory obou zainteresovaných ministerstev, za MPSV P. Nečase (ODS) a za MZ ČR D. Filipiové (ODS). Diskuse se nesla v duchu posílení hlavně péče o seniory v jejich přirozeném prostředí, s tím souvisí i rozvoj terénních služeb a podpora neformálních pečujících. Shoda také panovala u návrhů, že samosprávné celky obce a kraje by měly svým občanům zajistit sociální péči a zdravotní služby.

Výstupem z jednání bylo stanovení následujících úkolů:

1. „Provést ekonomickou analýzu jednotlivých finančních toků (MZ, MPSV, VZP) do oblasti zdravotně sociální péče,
2. diferencovat typy dlouhodobé péče,
3. připravit výsledky výzkumu v oblasti pobytových služeb.“ (Válková, 2009: s. 2)

Pracovní schůzka členů Expertního panelu uskutečněná v květnu 2009 byla za účasti ze strany MPSV P. Šimerky (nestraník) a ze strany MZ ČR D. Juráskové (nestraník). Účastníci diskuse zmiňují problematické oblasti, které vzhledem k systémově nevymezené dlouhodobé péči, v současnosti vyvstávají, např. problémy s posuzováním Příspěvku na péči, ze kterého mj. pacienti sociálních lůžek ve zdravotnických zařízeních hradí pobyt, opodstatněnost „nursing home“, což

---

<sup>96</sup> Doc. MUDr. Iva Holmerová PhD. je ředitelkou a spoluzakladatelkou Gerontologického centra, poskytovatel zdravotnických a sociálních služeb v Praze 8, podílela se na ve dvacátých letech na založení České alzheimerovské společnosti a od roku 2007 je předsedkyní Gerontologické a geriatrické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. (Wikipedie, 2015a)

v současném systému chybí aj. Nově jsou také členům Expertního panelu položeny otázky, jejichž odpovědi budou přínosné pro řešení této problematiky.

1. „*Jaké jsou podle Vás hlavní nedostatky v poskytování sociální a zdravotní péče?*
2. *Sestavte dle Vašeho názoru žebříček změn, které je nutné provést v modelu dlouhodobé péče a služeb dlouhodobé péče.*“ (Válková, 2009a: s. 2)

Třetí pracovní jednání členů Expertního panelu bylo uskutečněno v září 2009 za přítomnosti obou současných ministrů a senátorky D. Filipiové (bývalé ministryně zdravotnictví). I. Holmerová prezentovala **Koncepci geriatry a gerontologie**,<sup>97</sup> která obsahovala mj. i koncepci modelu dlouhodobé péče. Dále byly prezentovány také modely možného financování dlouhodobé péče. Pro další jednání účastníků Expertního panelu na problematiku dlouhodobé péče byla stanovena strategie založená na nejrůznějších analýzách (počty klientů v pobytových sociálních službách, na nemocničních lůžkách dlouhodobé povahy, zmapovat síť dlouhodobé péče). Mezi body strategie také patřilo: schválit Koncepci geriatry a gerontologie, vytvořit komplexní systém koncepce dlouhodobé péče, zapojit do jednání samosprávné celky obce a kraje a provést pilotní projekt schválené Koncepce dlouhodobé péče na jednom z krajů ČR. (Válková, 2009b)

Dalším dokumentem, který byl v lednu 2010 v rámci Expertního panelu členům prezentován, byl **Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice** (Válková, Kosejková, Holmerová, 2010).

V materiálu je nastíněn vývoj demografické prognózy stárnutí obyvatelstva napříč celou Evropou. Jsou zde vysvětleny pojmy soběstačnost a nesoběstačnost, poukázáno na nejvýznamnější druhy onemocnění trápící předně seniory. Jendou z velmi závažných nemocí je demence (různých typů). Právě lidé trpící demencí jsou častými

---

<sup>97</sup> „Přestože byl návrh koncepce geriatry projednán tehdejší vědeckou radou ministra zdravotnictví (2001), nebyl nikdy ministerstvem zdravotnictví oficiálně přijat, a nebyl tedy ani zveřejněn v příslušném věstníku. Jednání České gerontologické a geriatrické společnosti pokračovala i nadále. Byl připraven další návrh koncepce geriatry, kterou předkládala ministerstvu zdravotnictví jménem výboru ČGGS tehdejší předsedkyně Iva Holmerová na základě vyzvání ministryně Dany Juráskové v roce 2009 a 2010. Ani tato iniciativa nevedla k oficiálnímu schválení koncepce geriatry Ministerstvem zdravotnictví ČR. Tato aktualizovaná koncepce již (v intencích i mezinárodního vývoje v této oblasti) vymezovala návaznosti oboru geriatry a problematiky dlouhodobé péče.“ (Holmerová, 2014: s. 18 - 19)

uživatelé pobytových sociálních služeb. *„Péče o lidi s demencí v České republice představuje zásadní problém, neboť tyto lidé vyžadují jak včasnou diagnostiku a terapii, tak později také dlouhodobou péči, která dosud není v České republice uspokojivě řešena. Dochází tak k tomu, že nejsou vítáni ve zdravotnictví (nebo se jedná o chronickou záležitost) ani v sociální sféře nebo jsou nemocní a svým chováním „problémoví“). Zbytečně dochází k oddalování diagnózy, vlivem nevhodného nastavení úhrad péče pak ke zpoždění terapie, pečující rodiny nemají téměř žádnou podporu a sociální služby v terénu nejsou dostatečné a někdy zcela chybí.“* (Válková, Kosejková, Holmerová, 2010: s. 12) V letech 2004 - 2006 bylo provedeno terénní šetření kognitivního stavu uživatelů služby DS. Do šetření bylo zahrnuto 325 osob z 12 zařízení. Šetření probíhalo pouze na tzv. standardních odděleních, vyjma oddělení s uživateli trpící demencí. Zjištěné skutečnosti z šetření dokládají, že více jak 40% uživatelů s tzv. standardních oddělení trpí onemocněním demence. *„Vysoký počet obyvatel s poruchou kognitivních funkcí v zařízeních, která nejsou přizpůsobena jejich specifickým potřebám, je zarážející.“* (tamtéž: s. 13) Jako doporučení autoři materiálu uvádějí zajistit dostatek kvalifikovaného zdravotnického personálu.

Velká část materiálu se věnuje koncepci dlouhodobé péče ve srovnání se zeměmi EU. Celkové náklady na dlouhodobou péči jsou např. v Nizozemí a Švédsku ve výši 3,5% HDP dané země. *„Česká republika ve srovnání s jinými zeměmi v EU, vynakládá pouze necelých 0,5 % HDP. Lze také předpokládat, že významně naroste potřeba neformální péče v tomto období (až o 120%).“* (tamtéž: s. 18) Mezi cesty k lepší provázanosti sociální a zdravotní péče a vytvoření dlouhodobé péče patří např. po vzoru Austrálie, UK nebo Švédska zavést tzv. národní strategické rámce a organizační přístupy, jako nástroje k uskutečnění změny a vybudování funkčního systému. Významné místo v systému dlouhodobé péče je věnováno péči v domácím prostředí. Autoři na základě dalších prací<sup>98</sup> uvádí, že přáním seniora je, zůstat ve své přirozeném prostředí. K systému dlouhodobé péče po vzniku z. č. 108/2006 Sb. autoři zaujímají toto stanovisko. *„V souvislosti s implementací zákona o sociálních službách došlo (místo vytvoření funkčního systému dlouhodobé péče) k další velice paradoxní situaci: ze zdravotního pojištění plynou prostředky do zařízení sociálních služeb, tyto prostředky*

<sup>98</sup> Veselá Jitka, *Představy rodinných příslušníků o zabezpečení péče nesoběstačným rodičům*, výzkumná zpráva. Praha. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. 2002., Veselá Jitka. *Sociální služby a jejich poptávka*, výzkumná zpráva. Praha. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. 2001.



*představují další z významných zdrojů financování těchto institucí a umožňují poskytovat ošetrovatelskou péči v těchto zařízeních, což je žádoucí. Na druhou stranu je stále zarážející, že se tato zařízení jen velmi málo orientují na péči o lidi s komplexními ošetrovatelskými potřebami. Jedná se tedy o mnohdy vykazování ošetrovatelských výkonů, aniž by byl dostatečně implementován ošetrovatelský proces. Naopak ze systému financování sociálních služeb prostředky do zdravotnictví neplynou a takzvané “další pobyty ve zdravotnických zařízeních ze sociálních důvodů” (již samo v sobě protimluv) – nejsou prakticky využívány.“ (tamtéž: s. 53)*

Součástí diskusního materiálu je i návrh strategie dlouhodobé péče pro ČR. Systém je založen na propojenosti sociální a zdravotní péče, spolupráci jednotlivých aktérů, vznik nového lékařského oboru (medicína dlouhodobé péče), vytvoření multidisciplinárních týmů, vznik nového typu lůžkové péče, zřízení komunitních center aj.<sup>99</sup> (tamtéž: s. 54) Financování dlouhodobé péče je navrhováno ve třech variantách.

**Tab. č. 27 Návrh variant financování dlouhodobé péče**

<b>Varianta č. 1</b>	<b>Varianta č. 2</b>	<b>Varianta č. 3</b>
Transformace „zbytných lůžek“ LDN a ošetrovatelských lůžek na lůžka dlouhodobé péče (LTC) a možnost přechodu na vícezdrojové financování dlouhodobé péče (ZP+MPSV+klient)	Transformace „zbytných lůžek LDN, interních, ošetrovatelských a psychiatrických lůžek“ na lůžka dlouhodobé péče (s ohledem na 20% skryté sociální hospitalizace) s možností uplatnit již schválený z. č. 108/2007 Sb. a z. č. 48/1997 Sb.	Na základě nového titulu (pojištění dlouhodobé péče) vytvořit systém financování dlouhodobé péče formou povinného zdravotně sociálního pojištění (ve výši pravděpodobně 2%)

Zdroj: Válková, Kosejková, Holmerová, 2010

Zvažovaná je také tzv. Alimentační povinnost, z které vyplývá šetření majetkových zdrojů uživatele a jeho možnosti úhrady služeb popř. majetkových

<sup>99</sup> „Komunitní centra podporují tzn. „sdílenou péči“, která je kombinací formální a neformální péči ve snaze udržet seniora nebo handicapovaného v jeho domácím prostředí, generuje daleko nižší finanční náklady, než u klientů umístěných v zařízeních pobytových služeb, tvorby sítě služeb s malou kapacitou v běžné komunitě (např. Usnesení vlády – Strategie komunitních služeb);v tomto případě nedochází k situaci, kdy jsou uživatelé vykořeneáni z jejich původního prostředí, a je obtížné zachovávat stávající rodinné vazby, podpora zaměstnanosti rovnoměrná ve všech regionech, uživatelé malokapacitních služeb rozvíjejí své funkční schopnosti více, než obyvatelé velkých institucí. Z tohoto důvodu v některých případech může docházet i zvýšení funkčních schopností do té míry, že je snížen příspěvek na péči a je usnadněna kontrola zajišťování kvality péče a návrat PnP zpět do systému, dále podporuje proces deinstitutionalizace zařízení služeb sociální péče s velkou kapacitou do sítě služeb do běžné komunity, podporovat rodinné „neformálních pečujících příslušníků“ o seniory a handicapované – vytvoření podmínek pro možnost skloubení vlastní práce s rodinným životem a péčí o rodinné seniory.“ (Válková, Kosejková, Holmerová, 2010; s. 54)

možností přímých příbuzným uživatele a financování této péče prostřednictvím zdrojů z územních rozpočtů. (tamtéž: s. 55 - 56)

V zápise Expertního panelu ze semináře k Diskusnímu materiálu k východiskům dlouhodobé péče v České republice je uvedeno, že po skončení prezentace proběhla diskuse, jejíž shrnutí zní: „*Výsledek diskuse lze vnímat pozitivně ve smyslu souhlasu všech zúčastněných s prezentovaným záměrem LTC péče v podmínkách České republiky. Doporučení ze strany diskutujících byla směřována k realizaci projektu v kontextu sociálních, zdravotních a ekonomických kritérií pro tento druh péče a jeho ukotvení v existujícím systému péče o seniory v ČR.*“ (Válková, 2010: s. 1) Přičemž „*Uvedený diskusní materiál (2010) se však soustřeďuje v oblasti poskytování služeb především na úroveň lůžkových zařízení (LDN, ošetrovatelská lůžka) a stranou tak zůstává oblast primární zdravotní péče, resp. celý zdravotnický systém, tj. jak medicínská péče, tak veřejné zdraví a podpora zdraví. Diskurz dlouhodobé péče v zahraničí je v tomto směru více komplexní povahy (např. OECD, WHO, EU).*“ (Háva, 2012: s. 89)

Další pracovní jednání<sup>100</sup> členů Expertního panelu bylo uskutečněno v březnu 2010 za přítomnosti obou současných ministrů. Zástupci ministerstev poděkovali členům za odvedenou práci. I. Holmerovou zde byly prezentovány výsledky Expertního panelu za následující dva roky její existence a R. Kosejková (ústředí VZP ČR) prezentovala ucelený návrh možných východisek a řešení restrukturalizace péče o seniory a handicapované osoby a modelaci nákladů na dlouhodobou péči. (Válková 2010a) V rámci diskuse se členové vyjadřovali např. k tzv. alimentační povinnosti, kde někteří tento návrh podpořili, jiní však nikoliv. Na další jednání byly stanoveny následující úkoly:

- *Rozpracovat variantu č. 2 financování dlouhodobé péče*
- *Analýza lůžkového fondu v ČR (chirurgické, interní, psychiatrické oddělení), pokus o získání dat bude projednán s ředitelem MUDr. Horákem, VZP a ve spolupráci s ředitelkou odboru zdravotní péče MZ ČR MUDr. Pánovou*
- *Analýza dalších dostupných dat v rámci sociálních služeb*
- *SWOT analýza celého připravovaného systému LTC (Válková 2010a: s. 3)*

<sup>100</sup> Poslední zveřejněné na webových stránkách MPSV.

V rámci VI. ročníku konference SENIOR LIVING konané 08. - 09. 11. 2011 v Českých Budějovicích se Průša vyjadřoval k dlouhodobé péči ve svém příspěvku *Determinanty efektivního systému financování a poskytování dlouhodobé péče*. K dosažení efektivního nastavení systému sociálně zdravotní (tzv. dlouhodobé) péče by bylo potřeba „vytvoření "zrcadla" mezi poskytováním a financováním ošetrovatelské péče v lůžkových zdravotnických zařízeních a v pobytových zařízeních sociálních služeb a mezi poskytováním sociálních služeb (přesněji služeb sociální péče) v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních.“ (Průša, 2011: s. 21) Konkrétně šlo o realizaci těchto kroků:

- možnost čerpat příspěvek na péči i v případě pobytu osoby v lůžkovém zdravotnickém zařízení,
- financovat poskytnutou ošetrovatelskou péči v PZSS paušální platbou,
- povinnost poskytovatelů dlouhodobé péče být registrovaní a z toho vyplývající povinnosti (např. standardy kvality dlouhodobé péče, pravidel inspekce kvality) těchto služeb,
- reforma zdravotnických služeb (personální oblast). (Průša, 2011)

Průša dále uvedl, že není vhodné, aby za síť služeb dlouhodobé péče zodpovídaly zdravotní pojišťovny. Argumentoval, že „*Zkušenosti ukazují, že především VZP není schopna efektivně hospodařit se svěřenými finančními prostředky, přičemž tuto neschopnost sama opakovaně přiznává*<sup>22101</sup>“. Vhodným aktérem by dle Průši mohl být ÚP ČR, který rozhoduje např. o přiznání Příspěvku na péči nebo o statusu klienta dlouhodobé péče. (Průša, 2011) Mezi další sporné body plánovaného zákona patřily:

- rozsah jednotlivých druhů péče nebyl jasně definován;
- cílem bylo poskytovat dlouhodobou péči v přirozeném prostředí osoby, ale návrh záměru se věnoval spíše péči pobytové;
- nutnost opětovné registrace pro poskytovatele dlouhodobé péče;
- posuzování statusu klienta bylo v kompetenci pracovníků ÚP ČR (sociální oblast), což znamená, že oblast zdravotních pracovníků byla opomněna;

<sup>101</sup> viz Vodička, G. *Problém se sociálními službami ve zdravotnických zařízeních*. Infoservis VZP č. 3/2010. [online], cit.[2010-10-16], dostupné z: <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/Informace-pro-praxi/Infoservis/infoservis3-2010.pdf> nebo vystoupení ředitele VZP MUDr. P. Horáka, CSc. MBA. na téma "Dlouhodobá péče v ČR z pohledu zdravotní očišťovny" na odborné konferenci Asociace poskytovatelů sociálních služeb "Dlouhodobá péče v České republice" (Praha, 24. 5. 2011)

- nutnost tzv. optimalizovat strukturu klientů v PZSS podle stupně Příspěvků na péči. Služby dlouhodobé péče by měly být dle záměru zákona o dlouhodobé péči především pro osoby, které pobírají Příspěvek na péči ve III. a IV. Průša (2011a)

Kladně byla hodnocena funkce a role komunitní sestry a nastavení financování dlouhodobé péče. Průša (2011a)

Z pohledu klienta může být však tzv. optimalizace v pobytových sociálních službách značně nevýhodná, protože v rámci financování zdravotní péče je z výše uvedeného patrné, že zdravotní pojišťovna bude plně hradit dlouhodobou péči<sup>102</sup> pro klienty služeb dlouhodobé péče (osoby pobírající III. a IV. stupeň Příspěvků na péči), přičemž klientům např. v sociálních službách (např. pro osoby, pobírající II. stupeň Příspěvků na péči), kteří potřebují také zdravotní péči, bude proplácena jen některá její vykázaná část.<sup>103</sup> Průcha (2011a) k tomuto uvádí, že na základě jeho propočtů je možné očekávat nárůst až o 257 mil. Kč za výdaje, které budou hradit především klienti těchto služeb. „*Ve starším věku si těžko mohou občané nejen v ČR dovolit zvyšovat přímé osobní výdaje na sociální a zdravotní péči.*“ (Háva, 2013: s. 13)

### Dílčí závěry a jejich diskuse

Návrh věcného záměru zákona o dlouhodobé péči byl poznamenán úzkým zájmem podnikatelského záměru v oblasti lůžkové dlouhodobé péče stávající sítě LDN, případně dalších lůžkových nemocničních kapacit či psychiatrických léčeben. Stranou přitom zůstala celá řada souvisejících aspektů, které jsou pro tuto oblast mnohem důležitější než vícezdrojově financované podnikání. V době vzniku tohoto věcného záměru doléhal negativní vliv finanční krize 2008 – 2009, ale ani neoliberalně koncipovaná veřejná politika neotevírala příliš příležitostí pro zvýšení finančních zdrojů. Autoři návrhu se proto snažili otevřít neregulovanou cestu formou spoluplateb od pacientů, z kterých by takto vznikli de facto klienti. Hranice mezi veřejným a komerčním sektorem by byla nezřetelná. V diskusích tak dokonce vznikla i myšlenka,

<sup>102</sup> V rámci procesu přiznání statusu klienta dlouhodobé péče bude zhodnocena potřebná intenzita služeb a zajištěno jejich financování, zejména cestou příspěvků na péči a cestou úhrady potřebných zdravotních služeb ze strany zdravotní pojišťovny, včetně zajištění jejich časové a místní dostupnosti. Věcný záměr zákona o dlouhodobé sociálně – zdravotní péči, s. 3

<sup>103</sup> Zdravotní pojišťovny zatěžované těmito zbytečnými výdaji se na druhé straně brání proplácet v odpovídající výši potřebnou zdravotní péči v pobytových zařízeních poskytujících sociální služby (domovy pro seniory a další domovy) a také domácí zdravotní péči. Věcný záměr zákona o dlouhodobé sociálně – zdravotní péči, s. 2

aby LDN byly převedeny pod úřady práce, které v té době prováděly výkon státní správy v oblasti příspěvků na činnost.

Dlouhodobou péči je naopak zapotřebí realizovat v rámci existujícího zdravotnického systému se všemi souvisejícími vazbami a věnovat přitom pozornost kvalitnímu řízení péče o dlouhodobě nemocné.

## **6.5 Návrh věcného záměru zákona o LTC (2009 – 2012) - přerušení legislativní radou vlády**

Předmětem poslední kapitoly práce je analýza východisek návrhu věcného záměru zákona o dlouhodobé péči a východisek dlouhodobé péče v mezinárodním diskurzu OECD, WHO a EU.

### **Box. č. 10 Přehled vybraných událostí**

- Návrh Věcný záměr zákona o dlouhodobé zdravotně - sociální péči (2009)
- Mezinárodní diskurz o LTC

V programovém prohlášení vlády P. Nečase vláda stanovila nutnost vymezit dlouhodobou zdravotně sociální péči a navrhnout ucelený systém těchto služeb, včetně způsobu financování. Toto počínání je obratem k dosavadním problémům, které se stále při poskytování sociálně zdravotních služeb objevovaly. *Návrh Věcný záměr zákona o dlouhodobé zdravotně - sociální péči, Důvodová zpráva - shrnutí (2009)*, (dále jen **záměr zákona o dlouhodobé péči**), organizovaný MPSV, byl vypracován v rámci projektu Podpora procesu v sociálních službách.<sup>104</sup> Projekt Podpora procesu v sociálních službách obsahoval 13 aktivit, z toho 12. aktivita byla zaměřena na efektivní poskytování dlouhodobé sociálně zdravotní péče.

Cílem záměru zákona o dlouhodobé péči bylo:

- „Zajistit včasnou identifikaci osob s potřebou dlouhodobé péče prostřednictvím doplnění výkonu sociální práce na obcích s rozšířenou působností o odbornost komunitní sestry.

<sup>104</sup> Doba trvání projektu od 01. 06. 2010 – 31. 12. 2015

- *Zlepšit koordinaci poskytování péče potřebným klientům zejména v případě poskytování této péče kombinací domácích pečujících, terénních a ambulantních sociálních služeb a domácích a ambulantních zdravotních služeb.*
- *Zabezpečit rovnost podmínek pro všechny občany a poskytovatele dlouhodobé péče.*
- *Významně zlepšit efektivitu dnes vynakládaných veřejných prostředků ze systému zdravotního pojištění i sociálních dávek.*
- *Zajistit dostupnou a kvalitní dlouhodobou péči poskytovanou zejména v domácím, a v případě potřeby i v institucionálním prostředí.“ (Návrh, 2009: s. 1)*

Nedostatky současného stavu byly spatřovány v nerovnosti v podmínkách čerpání zdravotních a sociálních služeb. Cena pobytu klienta v pobytové sociální službě mohla činit až 360 Kč (Vyhl. č. 505/2006 Sb.), kdežto pacient za den hospitalizace uhradil regulační poplatek pouze ve výši 100 Kč (z. č. 48/1997 Sb.). Dle odhadů bylo ve zdravotnických zařízeních hospitalizováno okolo 35.000 pacientů, kteří však svým zdravotním stavem neodpovídali akutní zdravotní péči, což bylo finančně náročné pro zdravotní pojišťovny, které tak hradily péči spíše ve zdravotnických zařízeních než v sociálních.

Cílovým stavem byla propojenost sociálních a zdravotních služeb za využití stávajících právních norem. Dlouhodobá péče byla vnímána jako nová kategorie, přičemž rezort zdravotnictví a rezort práce a sociálních věcí měl svou oddělenou působnost se zachováním stávajících právních norem a vícezdrojového financování. Financování pobytové dlouhodobé péče bylo míněno z příspěvku na péči, úhrady zdravotní pojišťovny a za spoluúčasti klienta za ubytování a stravování. Dlouhodobá péče měla být poskytována, jak v části pobytových sociálních služeb (převážně DS), tak i v zařízeních poskytující zdravotní služby (převážně LDN). Každé z těchto zařízení by muselo mít registraci (sociální) a oprávnění (zdravotní) pro výkon této péče.

Záměrem nového zákona o dlouhodobé péči bylo:

- *„Jasně vymezení oblasti dlouhodobé péče, zdravotních a sociálních služeb poskytovaných v jejím rámci, nároku klientů a procesu jeho zhodnocení, stanovení odpovídajících požadavků na personální a věcné vybavení poskytovatelů a koordinace financování dlouhodobé péče.*
- *Překlenutí segmentace a překážek mezi službami zdravotní a sociální péče.*
- *Zajištění dostupnosti a optimálního způsobu poskytování dlouhodobé péče podle individuálních potřeb klienta a provázanost jejich různých forem.*

- Zvýšení komplexnosti a kvality zdravotních i sociálních služeb.
- Účelnější vynakládání prostředků ze státního rozpočtu a ze systému veřejného zdravotního pojištění. “ (tamtéž: s. 4)

Mezi cíle patřilo, že „Do systému zajištění dlouhodobé péče je nutno více zainteresovat stávající či potenciální klienty a jejich rodinné příslušníky.“ (tamtéž: s. 5) Slovem *zajištění* bylo míněno financování. Ovšem zvýšení nákladů na zajištění péče pro seniory s ohledem na výši průměrného důchodu<sup>105</sup> a např. věk rodinných příslušníků, kteří jsou mnohdy také již v důchodovém věku, není příliš reálné.<sup>106</sup> „Cílem se staly úspory a přenos finanční zátěže v této oblasti na samotné příjemce služeb. Z pacientů se tak měli stát řízenou cestou od roku 2013 klienti, a to v zařízeních, jejichž organizačně právní forma by zjevně byla orientována na ziskovou alternativu, rozvoj podnikání v této oblasti bez zvažování důsledků pro dostupnost a kvalitu.“ (Háva, 2012: s. 90)

Vymezení dlouhodobé péče bylo definováno: „Dlouhodobá péče je spektrem kombinovaných zdravotních a sociálních služeb, které potřebují osoby se sníženou soběstačností závislé na cizí pomoci: potřebují pomoc a péči při každodenních sebeobslužných aktivitách pro zajištění důstojného života (definice OECD).“ (Návrh, 2009: s. 6) Jelikož financování dlouhodobé péče bylo a je stále vnímáno jako dlouhodobě neúnosné, bylo zapotřebí nalézt řešení této situace. V návrhu záměru zákona o dlouhodobé péči je navrženo řešení, tak jak je tomu např. u důchodového zabezpečení (systém založený na úsporách jednotlivců), zavést finanční spoluúčast potenciálních klientů. K zabezpečení dostupnosti a kvality dlouhodobé péče bude dosaženo zainteresování také samosprávných celků krajů a obcí (plánování sítě sociálních služeb) ve spolupráci s MPSV. Na druhé straně síť poskytovatelů zdravotních služeb bude v kompetenci zdravotní pojišťovny ve spolupráci s MZ ČR.

<sup>105</sup> Průměrný důchod do konce roku 2013 nedosahoval ani 11.000,-Kč (zdroj: ČSSZ)

<sup>106</sup> Jako nereálnou možnost zainteresovat rodinné příslušníky např. u alimentární povinnosti uvádí Víšek, Průša (2012)

Navržený záměr zákona o dlouhodobé péči měl tři varianty:

**Tab. č. 28 Návrhy variant řešení dlouhodobé péče**

Varianta 1.	Varianta 2.	Varianta 3.
Stav je nezměněn.	System dlouhodobě péče bude realizovány pouze službami sociální péče dle z. č.108/2006 Sb.	Bude vytvořen nový systém s vlastními pravidly slučující sociální a zdravotní péči s využitím kapacit sociálních i zdravotních zařízení.
Nulová varianta byla hodnocena jako nevhodná, nefunkční a finančně neudržitelná.	Variant 1 nesplňovala cíl záměru zákona o dlouhodobé péči - propojenost sociálních a zdravotních služeb. V případě navýšení kapacit PZSS by došlo k zvýšení investičních výdajů ze státního rozpočtu. V roce 2012 a 2013 o více než 2 mld. ročně a v roce 2004 o 3 mld. Kč.	Varianta 2 byla chápána jako jediná vhodná.

Autor: Návrh, 2009

Vhodnost varianty 2 je založena na této argumentaci: „Na rozdíl od ostatních variant varianta 2 vede k účelnějšímu poskytování dlouhodobé péče v domácím prostředí klienta. Vede také k realokaci peněz vydávaných zdravotními pojišťovnami v rámci zdravotnictví a k zabránění zvýšených nároků na ostatní veřejné rozpočty. Na rozdíl od varianty 0 a 1 tedy neexistují dodatečné požadavky na státní, krajské a obecní rozpočty plynoucí ze zvýšených potřeb provozních dotací a výstavby nových zařízení. Ke vzniku těchto nákladů buď vůbec nedochází díky účelnějšímu poskytování péče v domácím prostředí, nebo jsou pokryty realokací výdajů zdravotních pojišťoven mezi jednotlivými segmenty zdravotní péče. Varianta 2 vytváří jednotné prostředí pro poskytování dlouhodobé péče, stanoví jasně způsob posuzování potřeby této péče a vytváří podmínky pro poskytnutí služeb ekonomicky nejvýhodnějším způsobem, tedy pokud je to možné v domácím prostředí klienta při zapojení rodinných příslušníků. Varianta 2 je tedy jednoznačně preferována z hlediska zajištění dostupnosti a kvality dlouhodobé péče. Jak je ukázáno v následujícím vyčíslení dopadů, je varianta 2 preferována i z hlediska finančního.“ (Návrh, 2009: s. 19) Uvedené finanční dopady se týkaly především zdravotní pojišťovny (nárůst nákladů o 1 mld. Kč) a osob pobývajících v lůžkových zdravotnických zařízeních (spočteno na 1,32 mld. Kč). Sociální, ekonomické či jiné dopady na neformální pečující v záměru zákona o dlouhodobé péči nebyly uvedeny ani vyčísleny. Patrné ovšem je, že rodinný příslušník nebo jiná osoba blízká osobě, které poskytuje pomoc a péči (většinou v řádu několika



hodin denně), má značně omezené možnosti na trhu práce. Dále je pomoc a péče o seniora, který není soběstačný, značně fyzický a hlavně psychicky náročná. Nicméně v záměru zákon o dlouhodobé péči je uvedeno, že „*V celkovém součtu však tato nová právní úprava nebude mít negativní vliv na neformálně pečující a naopak by jim měla nabídnout pomoc, možnost konzultace (s komunitní sestrou) a respitní (odlehčovací) péči.*“ (tamtéž: s. 22) Platnost zákona byla plánována od 01. 01. 2013.

I přes veškeré snahy nebyl zákon schválen. Legislativní rada vlády na 98. zasedání dne 19. dubna 2012 1. návrh věcného záměru zákona o dlouhodobé zdravotně sociální péči přerušila. „*Otázkou, kterou si stále klademe, je skutečnost, do jaké míry v České republice existuje politická vůle dlouhodobou péči zajistit. Je totiž zřejmé, že pokud by politická vůle k zajištění kvalitní a koordinované dlouhodobé péče skutečně existovala, nezanikla by veškerá iniciativa, navíc spektakulárně představená jako memorandum o spolupráci ministerstev (navíc ministrů stejné politické strany) neúspěchem u Legislativní rady vlády.*“ (Holmerové, 2014: s. 23) K financování dlouhodobé péče ve srovnání s evropskými státy (Švýcarsko a Rakousko) uvedla Asociace českých a moravských nemocnic: „*V prvních verzích zákona se objevují čísla, která svědčí spíše o tom, že v disproporci s vyspělou Evropou zůstanou oba segmenty. Úhrady dlouhodobé péče mají i po „odstranění disproporcí“ zůstat přibližně na dnešní úrovni. Očekává se pouze změna jejich vnitřní distribuce směrem k vyšší participaci pacientů a klientů. Pokud tomu tak bude i ve skutečnosti, nelze v sociálně-zdravotním (zdravotně-sociálním) segmentu čekat po jeho prosazení žádný pokrok ve zlepšení péče o naše potřebné a principiální změny ani ve výši úhrad ani v odměňování pracovníků směrem k EU-15.*“ (Fiala, 2012: s. 2) Z obsahu záměru zákona o dlouhodobé péči, který klade důraz na úsporu vynaložených veřejných financí, lze usoudit, že např. u cíle zabezpečit rovnost podmínek pro klienty a pro poskytovatele dlouhodobé péče je rovnost chápána z hlediska výše spoluplateb. Pravidla vymezující a zaručující rovnost klientů a poskytovatelů v systému nejsou jasně stanoveny. (Háva, 2012) Ani pojem efektivita není dále rozpracován. „*Efektivita je velice široký pojem, který je nutné hodnotitelným a měřitelným způsobem doložit, jinak by nebylo možné při případné aplikaci zákona prokázat, o jaké efekty mělo jít.*“ (Háva, 2012: s. 91) V neposlední řadě je velmi matoucí argumentace pro integraci a oddělenost obou systémů. Příčinou dnešního nefunkčního systému byla zmiňována hlavně nepropojenost sociálního a zdravotního rezortu. „*Takové oddělení je ale principiálně nemožné, neboť dlouhodobá*

*péče je charakterizována především potřebou propojených a koordinovaných zdravotních a sociálních služeb.*“ (Návrh, 2009: s. 2) Nicméně dále v návrhu zákona o dlouhodobé péči je založen na propojenosti zdravotních a sociálních služeb, ačkoliv v další větě je uveden opak. *„Na druhou stranu věcný záměr zákona respektuje existující oddělení obou resortů a v zájmu snížení administrativy tam, kde není nezbytně nutné definovat nové procesy, využívá existující procesy a ustanovení popsané v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a zajišťuje jejich koordinaci a propojení.*“ (Návrh, 2009: s. 3)

V rámci **mezinárodního diskurzu** a dokumentů OECD, WHO a EU je péče o dlouhodobě nemocné pacienty (klienty) založena na vztahu - informovaný pacient, poskytovatel zdravotní péče a komunita (samosprávy). *„Podstatnou dimenzí je tak (na rozdíl od podnikatelsky zaměřeného českého věcného návrhu zákona o dlouhodobé péči – 2011) občanská participace na rozvoji a modernizaci organizačního uspořádání zdravotnických služeb s jejich integrací a kooperací.*“ (Háva, 2012: s. 92) Nejen v ČR, ale i v ostatních státech EU dochází vzhledem ke stárnutí populace k nárůstu výdajů spojených s touto formou péče. Vnímat stárnutí jako zásadní hrozbu společnosti je přehnané. Je zapotřebí přijmout různé strategie politiky s cílem zlepšit odolnost zdraví, dlouhodobou péči a sociální systém v rámci Evropy a pomoci lidem, aby zůstali zdraví a aktivní ve stáří. (Rechel, 2013)

Alternativou, která může budoucí vývoj pozitivně ovlivnit je, věnovat se prevenci, zlepšit péči o vlastní osobu, zvýšit koordinaci (sociální a zdravotní) péče, zlepšit koordinaci hospitalizací a propouštění ze zdravotních zařízení, vylepšit systémy dlouhodobou péči včetně důchodového systému. To vše pak povede ke snížení počtu klientů dlouhodobé péče s apelem na posílení zdraví, dožití se co nejvyššího věku ve zdraví, snížení nemocnosti a zátěže chronickými nemocemi. (Háva, 2012; Rechel, 2013) *„Vývoj a aplikace dlouhodobé péče velice úzce souvisí s právem na zdravý a tedy i lidskými právy. Zdravotnické služby v rámci záměrně vyčleněných a pojmově odlišně označených segmentů (jako v tomto případě „dlouhodobé péče“) jednoznačně nelze vyčleňovat z působnosti lidských práv se vztahem ke zdraví. Takový postup lze hodnotit jako protiústavní v rámci ČR, ale dostává se do rozporu rovněž s principy a cíli diskurzu o dlouhodobé péči v rámci EU.*“ (Háva, 2012: s. 96)

Jak už bylo řečeno, v rámci mezinárodního diskurzu je potřeba se zaměřit na předcházení příčin vedoucích k nesoběstačnosti, a to posílením zdraví a zdravého životního stylu. *„V rámci podporování členských států v jejich reformních úsilích doporučuje unie tři dlouhodobé cíle pro státní systémy péče, o jejichž dosažení je třeba usilovat současně:*

- *zajistit dobrý přístup ke zdravotní péči a sociálních službám,*
- *zlepšit kvalitu péče,*
- *zajistit udržitelnost financování.“* (Háva, 2013: s. 16)<sup>107</sup>

Příčina, proč došlo k odlišnému vývoji ČR od mezinárodního vývoje v problematice dlouhodobé péče je spatřována např. dle Hávy (2013) v tom, že *„je neexistence potřebného propojení mezi poznatky a tvorbou politiky.“* (tamtéž: s. 18)

Státy EU přijaly velmi odlišné koncepce dlouhodobé péče. Nejdůležitějšími politickými možnostmi pro zlepšení dlouhodobé péče je zavedení mechanismů na podporu péče o vlastní osobu a posílení terénních služeb, které umožní seniorům zůstat co nejdéle ve svém přirozeném prostředí a předcházet tak dlouhé institucionální péči. Dlouhodobá péče, sociální péče a zdravotnictví by měly být integrovány v různých úrovních poskytování této péče. (Rechel, 2013)

Podstatným segmentem dlouhodobé péče vedle stárnutí lékařů<sup>108</sup>, což je také doménou ČR, je i špatné postavení zaměstnanců - všeobecných zdravotních sester a pracovníků v sociálních službách v PZSS. Udržení těchto zaměstnanců a zlepšení pracovních podmínek může vést k zvýšení produktivity a kvalitě péče a je také jeden ze způsobů podpory pečující rodiny. *„... více než polovina obyvatelstva EU-27 se domnívá, že starší lidé příliš spoléhají v oblasti podpory a péče na jejich příbuzné, a to od 42% v Dánsku, a v Bulharsku téměř 100%.“* (Tjadens, Colombo, 2011: s. 14)

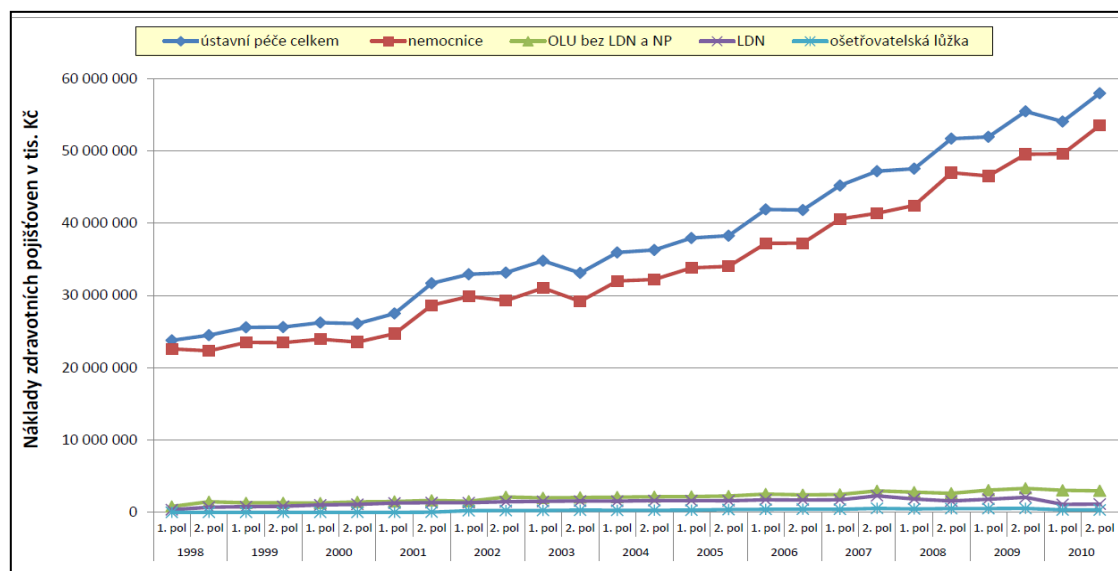
Požitek nejvyšší dosažitelné úrovně zdraví je jedním ze základních práv každé lidské bytosti (Ústava WHO), proto by nemělo docházet k věkové diskriminaci v přístupu ke kvalitním službám. Tato praxe je však velmi rozšířená. (WHO, 2013) Nerovné postavení dlouhodobé péče ve srovnání s ostatními druhy zdravotní péče lze

<sup>107</sup> Zdroj: [http://ec.europa.eu/health/care\\_for\\_me/long\\_term\\_care/index\\_cs.htm](http://ec.europa.eu/health/care_for_me/long_term_care/index_cs.htm) (2011)

<sup>108</sup> Věk lékařů s hlavním oborem činnosti všeobecné praktické lékařství činil u mužů 55,4 let, u žen 53,6 let. Průměr obou pohlaví je celkem 54,3 let. (Mašková, 2015)

sledovat dle alokace zdrojů mezi jednotlivé segmenty zdravotní péče podle typů lůžkové péče (Háva, 2012)

**Graf č. 6. Vývoj nákladů ZP na lůžkovou péči (nemocnice akutní péče, OLU, LDN, nemocnice následné péče)**



Zdroj: Háva, 2012: s. 69

### Dílčí závěry a jejich diskuse

Příprava věcného návrhu zákona o dlouhodobé péči byla odtržena od reality lidských práv se vztahem ke zdraví a byla založena pouze na úzkém podnikatelském záměru. (Háva, Mašková, Teršová, 2011) Nepříliš dobrým tahem byla skutečnost, že se tato práce realizovala nikoliv v působnosti gesčního ministerstva (MZ ČR), ale v rámci MPSV. Řešení dlouhodobé péče je standardní součástí zdravotnického systému a v zahraničí je mu samozřejmě věnována odpovídající pozornost v působnosti příslušného ministerstva. (Háva, 2012)

Zkušenost s tímto podnikatelským záměrem by neměl v torbě české zdravotní politiky vést k nečinnosti a naopak by měla být tato oblast zahrnuta do celkového strategického a koncepčního výhledu MZ ČR. Výsledky takové činnosti dosud MZ ČR nepředložilo.

## Závěr

Ideová a věcná východiska politického diskurzu modernizace vývoje sociálně zdravotní péče v ČR se střetávají ve dvou dimenzích. Jedná se zde o oblast podpory lidských práv a důstojnosti člověka na straně jedné a o ekonomicky zaměřené tendence ovlivňující poznatky praxe v oblasti zdravotních a sociálních služeb, ekonomie zdraví, řízení a správě a straně druhé. Ubírání se jedním nebo druhým směrem bylo možné v rámci delšího časového období (1989 – 2015) spatřovat ve zkoumaných prohlášeních střídajících se politických reprezentací. Nad těmito daty politického diskurzu s využitím výsledků mezinárodně dostupného poznatkového vývoje byla otevřena také diskuse o míře legitimacy formulovaných politických agend a jejich artikulovaných cílů.

Potřeba kvalitní a dostupné zdravotní péče je vázána nejen k PZSS, ale obecně ke stárnoucí populaci vůbec. Neboť nesoběstačnost v kombinaci s chronickými onemocněními často vzrůstají v důsledku prodloužené střední délky života a jsou tou negativní stránkou součásti života ve stáří.

Financování sociálních služeb v PZSS je realizováno odlišným způsobem od úhrad zdravotních služeb postavených na smluvních vztazích. K organizaci a financování sociálních služeb je využívána metoda plánování, ať už formou národních strategií realizovaných MPSV, formou komunitního plánování zřizovatelů PZSS na krajské či obecní úrovni až po interní dlouhodobé či krátkodobé cíle samotných PZSS (viz. výroční zprávy). Tuto metodu zdravotnický systém postrádá. Nástroj plánování vytváří potřebné podmínky pro udržení legitimacy a s ní související otevřenosti této oblasti vůči veřejnosti. Opačná situace naopak vznikla v úhradách zdravotní péče, kde došlo po roce 1997 v rozporu s platnou právní normou k neodůvodněnému nevyužívání zdravotně-pojistných plánů zdravotních pojišťoven a rozhodování o úhradách je imperativním způsobem řízeno s využitím úhradové vyhlášky a smluvních vztahů mezi zdravotními pojišťovnami a PZSS. K dalším použitým nástrojům zdravotních pojišťoven pak patří mocensky jednostranná realizace zpětného vyúčtování na základě kontrol výkaznictví, bez projeveného zájmu o dosažené výsledky. Vzniklý stav postrádá jak svoji legalitu, tak i legitimitu a v průběhu 10 let nebyly identifikovány jeho skutečné příčiny.

Aktérům na lokální a regionální úrovni (pracovníci PZSS a krajských úřadů) se podařilo od roku 2009 až do současnosti identifikovat a publikovat v odborných časopisech sociální tematiky důsledky problémů s financováním zdravotní péče, ale

nikoliv rozpoznat jejich hlavní příčiny. Na těchto zjištěních popisného charakteru již před vznikem zákona o sociálních službách v letech 2007 participovalo také výzkumné pracoviště MPSV. Tito aktéři se opakovaně snaží existující problémy řešit (neboť nesnáze s tím spojené ovlivňují každodenní praxi výkonu sociálních a zdravotních služeb v PZSS) s velice dílčími úspěchy.

Jednou z bariér jejich snah je do značné míry veřejnosti odcizený svět zdravotních pojišťoven a vnímání této veřejnoprávní korporace jako nadřazeného aktéra (instituci) v rámci systému.

Samotný problém nestabilních a nákladové realitě neodpovídajících úhrad zdravotní péče v zařízeních PZSS byl v práci zpracován ve druhé kapitole, která je zaměřena na vstupní analýzu výzkumného problému (jímž jsou několik let existující problémy s úhradami, spojené se soudními spory a pokusy o dílčí dohody formou memorand). Empirická část práce se pak věnuje především příčinám, které jsou spatřeny v podstatě existujícího systému veřejného zdravotního pojištění (smluvní vztahy) při praktickém nepoužití pojistného plánování.

Hlubší pozornost by si také zasloužilo zrušení přílohy vyhlášky (2007) definující zdravotní stavy, které poskytování pobytové sociální služby vylučovalo. Touto institucionální změnou sociálního práva se PZSS otevřela široké (na základě zdravotního stavu) cílové skupině seniorů s vyšší potřebou zdravotní péče.

Tato práce využila kombinaci výzkumu (1) zdravotní a sociální politiky s poznatky historického vývoje ve vztahu lidských práv a (2) veřejného diskurzu, reflektujícího situaci financování zdravotní péče v systému sociálních a zdravotních služeb v PZSS. To umožnilo reflexi nejen existujících příčin problémů s úhradami zdravotní péče, ale otevírá také diskusi o jejich vzniku uvnitř českého zdravotnictví. Ze zjištění a jejich diskuse vyplývají také možnosti řešení pro českou zdravotní politiku, a to konkrétně faktický návrat ke zdravotně pojistnému plánování.

Silně imperativním případem přístupu k tvorbě veřejné politiky je případ věcného záměru zákona o dlouhodobé péči, který byl v letech 2009 – 2012 připravován na MPSV, jež byl zastaven legislativní radou vlády ČR. Jde o zkušenost, která by neměla zůstat stranou kritické pozornosti.

## Summary

Ideological and factual basis of the political discourse of modernization development of social and health care in the Czech Republic will meet in two dimensions. This is a support area of human rights and human dignity on the one hand and economically oriented trends affecting the practice knowledge in the field of health and social services, health economics, management and administration and the other. Deleting the one or other direction was possible within a longer time period (1989 – 2015) examined seen in the statements of alternating political representation. Above these data, political discourse, using the results internationally available knowledge base of development has also opened the debate about the degree of legitimacy of political agendas formulated and articulated their goals.

The need for quality, affordable health care is tied not only to PZSS, but generally an aging population in general. Because of dependence in combination with chronic diseases often are rising due to increased life expectancy and the negative side part of life in old age.

Financing of social services is realized in PZSS different way of reimbursement of health services based on contractual relationships. The organization and financing of social services planning method is used, whether in the form of national strategies implemented by the MLSA, in the form of community planning founders PZSS at the county or municipal level to internal long-term or short-term goals themselves PZSS (see. Annual Report). This method lacks health system. Planning Tool creates the necessary conditions for maintaining the legitimacy and the related open this area to the public. The opposite situation on the contrary, was founded in reimbursements of health care, which occurred after the 1997 conflict with applicable laws and regulations in an unjustified failure to use health-insurance health insurance plans and decisions about payments is an imperative way controlled using reimbursement regulations and contractual relationships between health insurance and PZSS. Other tools used include health insurance, then by power unilateral implementation of the reverse charge based on reporting controls, without showing interest in the results. The resulting state lacks both its legality and legitimacy, and during 10 years has been identified in its true causes.

Actors at local and regional level (workers PZSS and regional offices) managed from 2009 up to now identify and publish in scientific journals Social Issues

consequences of problems with financing health care, but not to identify their main causes. On these findings descriptiveness before the creation of the Social Services Act in 2007 also participated in the research office of the MLSA. These actors have repeatedly trying to solve existing problems (as the difficulties associated with it affect the daily performance practice of social and health services in PZSS) with very promising results.

One of the barriers to their efforts is largely alienated from the world of public health insurance and the perception of the public corporation as a superior actor (institution) in the system.

The problem itself unstable and cost realities of inadequate payments for health care in PZSS was at work processed in the second chapter, which focuses on the initial analysis of the research problem (which are several years the existing problems with reimbursements, associated with litigation and attempts partial agreement in the form of memoranda). The research is devoted primarily to causes that are seen basically the existing system of public health insurance (contractual relations) with a virtually unused premium programming.

Deeper attention should also repeal attachment deserved Decree (2007) defines medical conditions that provide residential social services excluded. This institutional change of social rights PZSS opened wide (based on health status) target group of seniors with greater health care needs.

This study used a combination of research (1) health and social policy with knowledge of the historical development of the relationship between human rights and (2) public discourse, reflecting the situation in the health care financing system of social and health services in PZSS. This allowed a reflection not only of the existing causes of problems with the payment of health care, but also opens a debate about their origin within the Czech healthcare system. The findings and their discussion result possible solutions for the Czech health policy, namely the de facto return to the health insurance plan.

Heavily imperative case approach to public policy making the case for an act on long-term care, which was in the years 2009 – 2012 prepared for the MLSA, which was stopped by the Legislative Council of the Government. It is an experience that should not be left aside critical attention.



## Použitá literatura

### Literatura

- BALDOCK, J, P. Nick a S. MANNING VICKERSTAFF. *Social policy*. Second edition. Oxford: Oxford University Press, 2003. ISBN 0-19-925894-5.
- BOUZEK, P. *Jak dlouho ještě ...? Ptá se praktický lékař pracující v sociálních*. Rezidenční péče: odborný čtvrtletník pro management ústavů sociální péče. Praha: MARCOM, 2015, **11**(1), 7 - 8. ISSN 1801-8718.
- ČERMÁKOVÁ, K. *Možnosti integrace sociální a zdravotní péče: Analýza institutu sociálně zdravotního lůžka v ČR*. Praha, 2009. Disertační. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce Ing. Bohumila Čabanová, Ph.D.
- DRAŽILOVÁ, L. *Paliativní péče v podmínkách pobytového zařízení sociální péče. Sociální služby, odborný časopis*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2014, **XVI**(5), 24 – 29. ISSN 18037348.
- DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 9788024741383.
- CASSIDY, J. *Jak selhávají trhy: logika ekonomických kalamit*. Praha: Academia, 2012. Edice XXI. století. ISBN 978-80-200-2100-7.
- CASTLES, F. G. *The Oxford handbook of the welfare state*. Oxford: Oxford University Press, 2010. ISBN 978-0-19-965051-4.
- FIGUERAS, J, R. ROBINSON, a E. JAKUBOWSKI, et al. *Purchasing to improve health systems performance*. Berkshire: WHO, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005. ISBN 0335-21366-7.
- FIGUERAS, J, a M. McKEE. et al. *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being: Assessing the case for investing in health systems*. Berkshire: WHO, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2012. ISBN-13: 978-0-335-24430-0.
- CASHIN, Ch. et al. *Paying for Performance in Health Care. Implications for health system performance and accountability*. England, Open University Press 2014. ISBN-13: 978-0-33-526438-4.
- GERLOCH, A. *Teorie práva*. 6. uprav. vyd. Brno: Aleš Čeněk, 2013. ISBN 8073802333.
- GLADKIJ, I. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8.
- GULOVÁ, L, a R. ŠÍP (eds.). *Výzkumné metody v pedagogické praxi: nové paradigma pedagogického výzkumu, tradiční a netradiční metody výzkumu, vzdělávání sociálně znevýhodněných žáků, případová studie drogových bariér*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. Pedagogika (Grada). ISBN 9788024743684.
- GIDDENS, A. *Sociologie*. 1. vyd. Praha: Argo, 1999. ISBN 8072031244.
- HABERMAS, J. *Problémy legitimacy v pozdním kapitalismu*. Praha: Filosofie, 2000. Morální a politická filosofie. ISBN 80-7007-130-3.
- HALUZA, P. *Souboj Davida s Goliášem není předem prohrán Několik poznámek ke vztahům zdravotních pojišťoven a poskytovatelů sociálních služeb*. Rezidenční péče: odborný čtvrtletník pro management ústavů sociální péče. Praha: MARCOM, 2010, **6**(1), 6 - 7. ISSN 1801-8718.
- HALUZA, P. *Jsou opravdu soudní spory se zdravotními pojišťovnami nutné?* Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2015, **XVII**(5), 09 – 10. ISSN 18037348.
- HARRINGTON, A. *Moderní sociální teorie: základní témata a myšlenkové proudy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 8073670933.
- HASNEDLOVÁ, L. *Likvidační paušál VZP*. Rezidenční péče: odborný čtvrtletník pro management ústavů sociální péče. Praha: MARCOM, 2010, **6**(1), 3 - 3. ISSN 1801-8718.
- HÁVA, P, E. TUŠKOVÁ a L. MULLER. *Význam kvalitativních metod ve výzkumu zdravotní politiky: (diskurzivní analýza a kritická diskurzivní analýza)*. Zdravotnictví v České republice. Praha: Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví, 2011, **2011**(4/XIV), 2-10. ISSN 1213-6050.

HÁVA, P., P. MAŠKOVÁ a P. TERŠOVÁ, T. *České zdravotnické právo po roce 1990 v kontextu lidských práv se vztahem ke zdraví 1. Zdravotnictví v České republice 2.* Praha: Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví, **2011** (3/XIV), 21 - 27. MK ČR E 7600 ISSN 1213-6050

HÁVA, P. *Současná reforma českého zdravotnictví v kontextu euronovely Ústavy ČR* In: Moderné trendy sociálního zabezpečenia. Materiály z vedeckej konferencie konanej v dňoch 23. –24. októbra 2008 v Bratislave. Ústav štátu a práva Slovenskej akadémie vied. SAP –Slovak Academic Press, Bratislava 2008. str. 100–113. ISBN 978-80-8095-040-8

HÁVA, P. *Analýza úhrad nemocniční péče v ČR po roce 1998.* Praha: Asociace českých a moravských nemocnic, 2012.

HÁVA, P. *Diskurz reformy dlouhodobé péče v ČR v letech 2010-2012.* Zdravotnictví v České republice. Praha: Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví, 2013, **2013**(1/XVI), 13-22. ISSN 1213-6050.

HÁVA, P. *Institucionální analýza. Zdravotnictví v České republice 2014, XVII(3-4): 2-11.* ISSN 1213-6050

HAVELKA, M., a K. MÜLLER. *Procesy transformace a teorie modernizace/Transformation Process and Modernisation Theory.* Sociologický časopis/Czech Sociological Review, 1996, 143-157.

HOBBSAWM, E. J. *Věk extrémů: krátké 20. století 1914-1991.* Vyd. 2. Praha: Argo, 2010. Historické myšlení. ISBN 978-80-257-0302-1. Dostupné také z: [http://toc.nkp.cz/NKC/201009/contents/nkc20102108673\\_1.pdf](http://toc.nkp.cz/NKC/201009/contents/nkc20102108673_1.pdf)

HOLMEROVÁ, I. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče.* Praha: Grada, 2014. ISBN 9788024754390.

HORECKÝ, J., a Z. KAŠPÁREK. *Rozhovor a panem JUDr. Petrem Šimerkou ministrem práce a sociálních věcí ČR.* Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, **2009**, (5/XI), 09 – 10. ISSN 18037348.

HOTOVÁ, V. *Odbornost 913 má velké vady na „kráse“.* Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, **2015**, (4/XVII), 12 - 14. ISSN 1802-0046.

HOWLETT, M., a M. RAMESH. *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems.* Oxford: Oxford University Press, 1995. ISBN 0-19-540976-0.

HROZENSKÁ, M., a D. DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory.* 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

HUSSERL, E. *Krize evropských věd a transcendentální fenomenologie. Úvod do fenomenologické filosofie.* Praha, Academia 1996. ISBN 80-200-0561-7

HÝBNEROVÁ, S. *Evropská ochrana lidských práv: základní dokumenty.* 1. vyd. Praha: Karolinum, 1992. ISBN 80-7066-578-5.

CHARVÁT, J. *Politika volebních reforem v ČR po roce 1989.* 1. vyd. Praha: Grada, 2013. Politologie. ISBN 978-80-247-4700-2.

JABŮRKOVÁ, M. *Od paragrafů k lidem: analýza situace v oblasti sociálních služeb po přijetí nového zákona o sociálních službách.* Praha: SKOK, 2007. ISBN 9788023995060.

JANEČKOVÁ, H., a H. HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví.* 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 9788073675929.

JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství.* 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000. ISBN 80-85866-55-2.

JEŘÁBKOVÁ, V., a L. PRŮŠA. *Ošetrovatelská a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb: Příloha Rezidenční péče - odborného čtvrtletníku pro management ústavů sociální péče.* Rezidenční péče: odborného čtvrtletníku pro management ústavů sociální péče. Praha: MARCOM, 2010, **6**(1), 1- 4. ISSN 1801-8718.

KALVACH, Z. *Křehký pacient a primární péče.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 9788024740263.

KAPLANOVÁ, L. *Sociální služby nežijí ve vzduchoprázdnu. Rozhovor s Ladislavem Průšou na téma Národní strategie rozvoje sociálních služeb.* Rezidenční péče: odborného čtvrtletníku pro management ústavů sociální péče. Praha: MARCOM, 2014, **10**(3), 6- 7. ISSN 1801-8718.

- KAPLANOVÁ, L. *Memorandum: Konec právní války a začátek zrovnoprávnění vztahů PZSS a VZP? Rezidenční péče: odborného čtvrtletníku pro management ústavů sociální péče*. Praha: MARCOM, 2014a, 10(3), 2- 5. ISSN 1801-8718.
- KAŠPÁREK, Z. *Zdravotnictví 2015. Hotel diplomat hostil odbornou konferenci, která se zabývala i problematikou dlouhodobé péče*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2015, XVII(1), 12 - 13. ISSN 1802-0046.
- KELLER, J. *Soumrak sociálního státu*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. ISBN 8086429415.
- KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.
- KREBS, V. *Sociální politika*. 4. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2007. ISBN 978-80-7357-276-1.
- KREJČÍ, O. *Lidská práva*. 1. vyd. Praha: Professional Publishing, 2011. ISBN 978-80-7431-056-0.
- KUČEROVÁ, D. *APLIKACE MEZINÁRODNÍCH ÚMLUV PODLE ČL. 10 ÚSTAVY ČR*. In: *Dny práva 2011 – Days of Law 2011: Deklarace, Charty, Listiny a Lidskoprávní úmluvy a jejich význam pro proměny rodinné práva*. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2012, 81-97. ISBN 978 - 80 - 210 - 5910 - 8.
- MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 9788024731483.
- MÁTL, O, a M. JABŮRKOVÁ. *Kvalita péče o seniory: řízení kvality dlouhodobé péče v ČR : [výstupy z aplikovaného výzkumu]*. 1. vyd. Praha: Galén, c2007. ISBN 9788072624997.
- MLČOCH, L. *Institucionální ekonomie*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 8024610299.
- MLČOCH, L, P. MACHONIN a M. SOJKA. *Ekonomické a společenské změny v české společnosti po roce 1989: (alternativní pohled)*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 8024601192.
- MPSV. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb pro období 2014 – 2020*. 2014.
- NORTH, D, C. *Institutions, Institutional change, and Economic Performance*. New York: Cambridge University Press, 1990. ISBN 05-213-9734-0.
- OVRETVEIT, J. *Purchasing for Health*. Buckingham, Open University Press 1995
- PETRUSEK, M, H. MAŘÍKOVÁ a A. VODÁKOVÁ. *Velký sociologický slovník*. 1 vyd. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 8071843105.
- PIERSON, P. *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher and the politics of Retrenchment*. Cambridge University Press, Cambridge, 1994
- POLÁK, L. *Uzavírání smluv o poskytování a úhradě ošetrovatelské péče v zařízeních sociálních služeb poskytujících pobytové sociální služby*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2015, XVII(5), 08 – 09. ISSN 18037348.
- POTŮČEK, M. *Sociální politika*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 1995. ISBN 808585001X.
- POTŮČEK, M. *Nejen trh: role trhu, státu a občanského sektoru v proměnách české společnosti*. Praha: SLON, 1997. Studie. ISBN 80-85850-26-5.
- POTŮČEK, M, a I. RADÍČOVÁ. *Sociální politika v Čechách a na Slovensku po roce 1989*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 8071846228.
- POTŮČEK, M. *Strategické vládnutí a Česká republika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 9788024721262.
- POTŮČEK, M, (ed.), J. MUSIL (ed.) a M. MAŠKOVÁ (ed.). *Strategické volby pro českou společnost: teoretická východiska*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2008. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 9788086429861.
- POTŮČEK, M. *Veřejná politika*. Uprav., dopl. a aktual. vyd. v českém jaz., repr. 2010. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), c2005. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-50-4.
- PRŮŠA, L. *Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2008. ISBN 978-80-7416-018-9.

- PRŮŠA, L. *Zdravotní péče v pobytových zařízeních služeb sociální péče a její financování (I. část)*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2009, **XI**(5), 14 - 15. ISSN 1802-0046.
- PRŮŠA, L. *Zdravotní péče v pobytových zařízeních služeb sociální péče a její financování (II. část)*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2009a, **XI**(6), 19 - 20. ISSN 1802-0046.
- PRŮŠA, L. a kol. *Poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních: závěrečná zpráva o řešení projektu Analýza systému poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v PZSS a LZS v kontextu zákona o sociálních službách a zákona o veřejném zdravotním pojištění*. 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2009. ISBN 9788074160301.
- PRŮŠA, L. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením: závěrečná zpráva o řešení projektu Analýza a prognóza potřeb poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením : ZVZ 209*. 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2010. ISBN 978-80-7416-048-6.
- PRŮŠA, L. *Determinanty efektivního systému financování a poskytování dlouhodobé péče*. In: SBORNÍK VI. ROČNÍKU KONFERENCE SENIOR LIVING. Vysoké Mýto: Ledax, 2011. ISBN 978-80-905070-0-5.
- PRŮŠA, L. *Model efektivního financování a poskytování dlouhodobé péče*. Praha: VÚPSV, 2011a. ISBN 9788074160974.
- PŘIBÁŇ, J. *Legimita práva, intimita a „infikce“*. Sociologický časopis 1997, 33(2): 145-156
- PŘIBILOVÁ, V. *Indikátory kvality ošetrovatelské péče*. Jihlava, 2012. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Vedoucí práce Jitka Dejmková.
- PURKRÁBEK, M. *Veřejný zájem a stárnutí*. In: Háva, P., Goulli, R., Kalvach, Z., Kružík, L., Purkrábek, M., Topinková, E., Vožehová, S., Zavázalová, H. Ekonomická a sociomedicínská východiska tvorby zdravotní politiky v oblasti geriatrické zdravotní péče. 1. díl. Soubor vstupních expertních studií, str. 22.-29. Závěrečná zpráva o řešení grantu Interní grantové agentury Ministerstva zdravotnictví ČR. Registrační číslo 3541-3 OK:13. Praha 1999
- REDAKCE. *Horký brambor O odbornosti 913*. Rezidenční péče: odborný čtvrtletník pro management ústavů sociální péče. Praha: MARCOM, 2011, **7**(2), 4 - 5. ISSN 1801-8718.
- REDAKCE. *Kauza Jirkov. Rozhovor s Mgr. Evou Šulcovou, ředitelkou Městského ústavu sociálních služeb*. Rezidenční péče: odborný čtvrtletník pro management ústavů sociální péče. Praha: MARCOM, 2012, **8**(4), 2 - 3. ISSN 1801-8718.
- ROBINSON, R. a J. FIGUERAS a E. JAKUBOWSKI. *Purchasing to improve health systems performance*. Maidenhead: Open University Press, 2005. European Observatory on Health Systems and Policies series. ISBN 0-335-21367-7.
- SAK, P. a K. KOLESÁROVÁ. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 2012. Sociologie (Grada). ISBN 9788024738505.
- SEDLÁČEK, P. *Mezinárodní měnový fond ve 21. století*. 1. vyd. Praha: C.H. Beck, 2008. ISBN 9788074000126.
- Sociální doktrína České republiky*. Sociální politika. 2002, **28**(1-2), 7-11. ISSN 0049-0962.
- SOJKA, M. *Stane se institucionální ekonomie paradigmatickým 21. stoletím?* In Jurečka, V. (edit.) *Institucionální ekonomie a její pedagogizace*. Ostrava: VŠB-TU, Ekonomická fakulta, 2008.
- State of health financing in the African Region*. WHO/AFRO Library Cataloguing – in – Publication Data, 2013. ISBN: 978-929023213-1.
- SVĚT, L. *Zdravotní péče poskytovaná v pobytových zařízeních sociálních služeb*. Sociální služby. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2009, **XI**(1), 12 - 12. ISSN 1802-0046.
- SVĚT, L. *Úhradové dodatky nůž mezi lopatky*. Rezidenční péče: odborný čtvrtletník pro management ústavů sociální péče. Praha: MARCOM, 2010, **6**(1), 2 - 2. ISSN 1801-8718.
- SVĚT, L. *Boj o finanční zdroje*. Rezidenční péče: odborný čtvrtletník pro management ústavů sociální péče. Praha: MARCOM, 2011, **7**(2), 6 - 7. ISSN 1801-8718.
- ŠKOP, M. a P. MACHÁČ. *Základy právní nauky*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2011. ISBN 9788073577094.
- ŠKRULA, P. a M. ŠKRLOVÁ. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent Orion, 2003. ISBN

80-7172-841-1.

S , I. *Globalizace a krize: souvislosti a scénáře*. 1. vyd. Všen: Grimmus, 2010. ISBN 8087461010.

TANG, S. *A General Theory of Institutional Change*. Oxon: Taylor& Francis e-Library, 2011. ISBN 978-0-415-59769-2.

TOMEŠ, I. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 9788073676803.

*Ústava ČR: Listina základních práv a svobod ; Parlament, Ústavní soud, Ombudsman, ministerstva ; Antidiskriminační zákon, Zákon o Sbirce zákonů ; Volba prezidenta : redakční uzávěrka 09. 02. 2015*. Ostrava: Sagit, 2015, **2015**(1075). ÚZ.

YIN, R, K. *Case study research: design and methods*. 4th ed. USA: SAGE Publications, 2009. Applied social research methods series, Volume 5. ISBN 978-1-4129-6099-1.

VÁLKOVÁ, M, M. KOSEJKOVÁ a I. HOLMEROVÁ. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. Praha: MPSV, 2010. ISBN 9788074210211.

VEČERNÍK, J. *Česká sociální reforma – dlouhodobě udržitelná stagnace?* Sborník prací fakulty sociálních studií Masarykovy univerzity, 2002, 8. 106 -120

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

VESELÝ, A. *Metody a metodologie vymezení problému: (strukturace, definice, modelování a formulace problému v policy analysis)*. 1. vyd. Praha: UK FSV CESES, 2005. 5/2005. ISBN 1801-1519.

VÍŠEK, P, a L. PRŮŠA. *Optimalizace sociálních služeb*. 1. vyd. Praha: Národní centrum sociálních studií, 2012. ISBN 978-80-7416-099-8.

VOKURKA, M, a J. HUGO. *Velký lékařský slovník: Martin Vokurka, Jan Hugo a kolektiv*. 9., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 9788073452025.

VÝBORNÝ, P. *VZP systematicky ničí odbornost 913, vše za nečinnosti MPSV a APPS*. Rezidenční péče: odborný čtvrtletník pro management ústavů sociální péče. Praha: MARCOM, 2011, 7(2), 6 - 7. ISSN 1801-8718.

WALDRON, J. *Nonsense upon Stilts: Bentham, Burke and Marx on the Rights of Man*. 1. New York: Routledge Revivals, 2015. ISBN 978-1-138-82242-9.

*WHO African Region Expenditure Atlas, November 2014*. WHO/AFRO Library Cataloguing – in – Publication Data. 2014. ISBN: 978 929 023 273-5.

WODAK, R, a M. MEYER. *Methods of critical discourse analysis*. London: SAGE, 2001. Introducing qualitative methods. ISBN 0761961534.

WOODIWISS, A. *Human rights*. 1st ed. Milton Park, Abingdon, Oxon: Routledge, 2005. Key ideas. ISBN 04-153-6068-4.

ŽALOUDEK, K. *Encyklopedie politiky*. Praha: Libri, 1996. ISBN 80-85983-11-7.

ŽÍDEK, L. *Transformace české ekonomiky: 1989-2004*. 1. vyd. Praha: C.H. Beck, 2006. Beckova edice ekonomie. ISBN 807179922x.

## Internetové zdroje

*A Good Life in Old Age?: Monitoring and improving quality in long term care* [online]. 1. European Union: OECD Health policy studies, OECD Publishing, 2013 [cit. 2016-03-28]. ISBN 978-92-64-19452-6. Dostupné z: [http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/a-good-life-in-old-age\\_9789264194564-en#page4](http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/a-good-life-in-old-age_9789264194564-en#page4)

*Bílá kniha v sociálních službách: Konzultační dokument*. In: Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. Praha, 2003. [cit. 2016-03-27]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila\\_kniha.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf)

BOŤANSKÝ, P. „*Odbornost 913 v číslech*“ [online]. PowerPoint prezentace. Praha: Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna, seminář „Vykazování ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních

sociálních služeb“, 2015, 32 slade. [cit. 2016-06-05]. Dostupné z:  
<http://www.psp.cz/sqw/hp.sqw?cu=8&k=4306&td=19>

BRUTHANSOVÁ, D, A. ČERVENKOVÁ a I. HOLMEROVÁ. *Sociální hospitalizace* [online]. Praha: VÚPSV, 2000. [cit. 2016-05-05]. Dostupné z: <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/SocHos.pdf>

BRUTHANSOVÁ, D, A. ČERVENKOVÁ. *Zdravotně sociální služby v kontextu nového územního uspořádání* [online]. Praha: VÚPSV, 2004. [cit. 2016-05-04]. Dostupné z:  
[http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_150.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_150.pdf)

COLOMBO, F. [et al]. *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care* [online]. 2011. Paris: OECD Publishing, 2011. ISBN 9789264097759. [cit. 2016-03-13]. Dostupné z:  
<https://www.oecd.org/els/health-systems/47836116.pdf>

COUNCIL OF THE EUROPEAN COMMUNITIES COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES. *Treaty on european union* [online]. Luxembourg, printed in Germany: Office for Official Publications of the European Communities, 1992. ISBN 928240959. [cit. 2016-03-28] Dostupné z: [https://europa.eu/european-union/sites/europaeu/files/docs/body/treaty\\_on\\_european\\_union\\_en.pdf](https://europa.eu/european-union/sites/europaeu/files/docs/body/treaty_on_european_union_en.pdf)

Cesta domů. *Základní kurz paliativní a hospicové péče* [online]. Praha: VIZUS, 2016. [cit. 2016-03-28]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/el nec.html>

ČERMÁKOVÁ, K. *Možnosti integrace sociální a zdravotní péče: Analýza institutu sociálně zdravotního lůžka v ČR* [online]. Praha, 2009. [cit. 2016-03-13]. Dostupné z:  
<https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/8001178876>. Vedoucí práce Bohumila Čabanová.

ČERVENKOVÁ, A, D. BRUTHANSOVÁ a V. JEŘÁBKOVÁ. *Zmapování nejzávažnějších problémů ve financování ošetrovatelské a rehabilitační péče v ústavech sociálních služeb* [online]. Praha: VÚPSV, 2009. ISBN 978-80-7416-032-5. [cit. 2016-07-12]. Dostupné z: [http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_294.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_294.pdf)

*Domovy dostanou více peněz za ošetřování, když ukončí soudní spor s VZP* [online]. Deník.cz, 2014. [cit. 2016-03-02]. Dostupné z: [http://www.denik.cz/z\\_domova/vzp-ukoncete-soudni-sport-a-dostanete-vetsi-prispevek-za-osetrovani-20140707.html](http://www.denik.cz/z_domova/vzp-ukoncete-soudni-sport-a-dostanete-vetsi-prispevek-za-osetrovani-20140707.html)

*Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR* [online]. První vydání. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2015. ISBN 978-80-904668-8-3. [cit. 2016-06-01]. Dostupné z: [https://www.dataplan.info/img\\_upload/5c84ed46aa0abfec4ac40610dde11285/doporučeny-standard\\_final-1-.pdf](https://www.dataplan.info/img_upload/5c84ed46aa0abfec4ac40610dde11285/doporučeny-standard_final-1-.pdf)

*Důvodová zpráva návrhu zákona o sociálních službách* [online]. 2005. [cit. 2016-05-20]. Dostupné z: <http://socialnirevue.cz/media/docs/duvodova-zprava-zakon-o-socialnich-sluzbach-05-2005.doc>.

*Důvodová zpráva návrhu zákona o sociálních službách* [online]. 2008. [cit. 2016-12-18]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/text/text2.sqw?idd=38147>.

*Evropská sociální charta* [online]. In: MPSV. 2000. [cit. 2016-05-20]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/1218/esch.pdf>

FIALA, P. *Dlouhodobá péče v evropském kontextu* [online]. In: Asociace českých a moravských nemocnic 2012, 1-2. [cit. 2016-11-24]. Dostupné z: <http://www.acmn.cz/>

HABÁŇ, P. *MPSV: Lidé v pobytových zařízeních sociálních služeb nezůstanou bez zdravotní péče* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015. [cit. 2016-03-28]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/21387/TZ\\_230615b.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/21387/TZ_230615b.pdf)

HANZLOVÁ, A. POSLANECKÁ SNĚMOVNA PARLAMENTU ČESKÉ REPUBLIKY. *Česká národní rada 1986 - 1999, 6. schůze, 30. června 1987* [online]. Praha, 1987. [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/eknih/1986cnr/stenprot/006schuz/s006008.htm>

HÁVA, P, a P. MAŠKOVÁ-HANUŠOVÁ. *Zdravotní politika visegrádských zemí (I)* [online]. Zdravotnictví v České republice 2009, (1/XII), 12-21. [cit. 2016-03-28]. ISSN 1213-6050. Dostupné z: <http://www.zdravcr.cz/archiv/zcr-1-2009.pdf>

HÁVA, P. *Annual National Report. Pensions, Health and Long-term Care* [online]. Czech Republic Annual Report, 2009a. On behalf of the European Commission DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. [cit. 2016-12-20]. Dostupné z: <http://pensionreform.ru/files/4155/ASISP.%20Annual%20National%20Report%202009%20-%20Czech%20Republic.pdf>

- HAVLÁSEK, T. „*Quo vadis 913*“ [online]. PowerPoint prezentace. Praha: Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna, seminář „Vykazování ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb“, 2015, 15 slade. [cit. 2016-06-05]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/hp.sqw?cu=8&k=4306&td=19>
- Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb* [online]. In: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Praha, 2012. [cit. 2016-02-03]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb\\_2556\\_15.html](http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb_2556_15.html)
- HOLMEROVÁ, I, a M. VÁLKOVÁ. *Zajištění zdravotní péče v rámci procesu transformace sociálních služeb* [online]. 2011. [cit. 2016-10-10]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/11868/Methodika\\_k\\_zajisteni\\_zdravotni\\_pece.doc.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/11868/Methodika_k_zajisteni_zdravotni_pece.doc.pdf)
- HOLUB, M, a P. HÁVA. *Annual National Report. Pensions, Health and Long-term Care* [online]. Czech Republic Annual Report, 2012. On behalf of the European Commission DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. [cit. 2016-12-20]. Dostupné z: <http://docplayer.net/21838110-Annual-national-report-2012-pensions-health-care-and-long-term-care-finland.html>
- HORECKÝ, J. *APSS ČR odmítá návrh úhradové vyhlášky pro rok 2016* [online]. In: HASIM [online]. 2013 - 4. [cit. 2016-03-27]. Dostupné z: <http://www.hasim.cz/content/apss-cr-odmita-navrh-uhradove-vyhlasky-pro-rok-2016>
- Charta základních práv Evropské unie* [online]. Nice, 2009. [cit. 2016-03-27]. Dostupné z: [http://www.euroskop.cz/gallery/6/2090-charta\\_zakladnich\\_prav\\_1.pdf](http://www.euroskop.cz/gallery/6/2090-charta_zakladnich_prav_1.pdf)
- JANEČKOVÁ, H, a M. JOHNOVÁ. Individuální projekt MPSV: Inovace systému kvality sociálních služeb. *Porovnání standardů kvality sociálních služeb a ošetrovatelských standardů* [online]. 2013, 6. [cit. 2016-10-09]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/17448/C1\\_Porovnaní\\_osetrovatelskych\\_standardu.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/17448/C1_Porovnaní_osetrovatelskych_standardu.pdf)
- KLAUS, V. *Prohlášení prezidenta republiky ze dne 9. října 2009 k ratifikaci Lisabonské smlouvy* [online]. Praha, 2009. [cit. 2016-04-27]. Dostupné z: <http://www.klaus.cz/clanky/1307>
- KOLDINSKÁ, K. *Britská právní úprava a praxe sociálních služeb jako inspirace pro Českou republiku?* [online]. Aplikované právo 2/2004, 2004. [cit. 2016-10-20]. Dostupné z: <http://www.appliedlaw.eu/clanky-pdf/22.pdf>
- KOTOUS, J, G. MUNKOVÁ a M. ŠTEFKO. *Obecné otázky sociální politiky* [online]. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2013. Ediční řada Ústavu státu a práva AV ČR. ISBN 978-80-87439-08-1. [cit. 2016-04-30]. Dostupné z: <http://www.ilaw.cas.cz/get.php?file=data/files/epub/Obecne+otazky+socialni+politiky.pdf>
- KOUBOVÁ, M. *Zákon o sociálně-zdravotní péči má jít v září do vlády. Odborníci i odbory jsou ale zatím skeptičtí* [online]. In: Zdravotnický deník: zdravé je vědět. Praha, 2016. [cit. 2016-03-27]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2016/02/zakon-o-socialne-zdravotni-peci-ma-jit-v-zari-do-vlady-odbornici-i-odbory-jsou-ale-zatim-skepticti/>
- Lisabonská smlouva pozměňující smlouvu o Evropské unii a smlouvu o založení Evropské unie* [online]. Konference zástupců vlád, Brusel. 2007. [cit. 2016-12-18]. Dostupné z: [http://www.euroskop.cz/gallery/2/738-lisabonska\\_smlouva.pdf](http://www.euroskop.cz/gallery/2/738-lisabonska_smlouva.pdf)
- Naděje: Komplexní domácí péče. *KDP NADĚJE s.r.o. na kongresu Gerontologické dny Severozápad* [online]. 2011. [cit. 2016-12-19]. Dostupné z: <http://www.kdpnadeje.cz/aktuality.html>
- NOVÁK, P. *Ekonomika úhrad* [online]. PowerPoint prezentace. Praha: Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna, seminář „Vykazování ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb“, 2015, 39 slade. [cit. 2016-06-05]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/hp.sqw?cu=8&k=4306&td=19>
- MAŠKOVÁ, E. *Lékaři, zubní lékaři a farmaceuti v roce 2013*. [online] Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, č. 1/2015. [cit. 2016-12-26]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/lekari-zubni-lekari-farmaceuti-roce-2013>
- Memorandum o dohodě na úhradových mechanismech 2012 – 2014 a o dohodě na smírném ukončení soudních sporů*. In: Asociace krajů České republiky [online]. Praha, 2014. [cit. 2016-12-01]. Dostupné z: <http://www.asociacekrajů.cz/dokumenty/memoranda-o-spolupraci/rok-2014/>
- Metodika pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR verze 6.28: vytvořená v součinnosti se zástupci*

*zdravotních pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče* [online]. Ústředí VZP ČR. Praha, 2009. [cit. 2016-11-13]. Dostupné z: <http://docplayer.cz/1219733-Metodika-pro-porizovani-a-predavani-dokladu-vzp-cr-verze-6-28.html>

*Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech* [online]. 1966. [cit. 2016-12-16]. Dostupné z: <http://www.osn.cz/wp-content/uploads/2015/03/mezinarodni-pakt-o-hospodarskych-socialnich-a-kulturnich-pravech.pdf>

MISCONIOVÁ, B, I. MERHAUTOVÁ a L. PRŮŠA. *Podmínky poskytování ošetrovatelské péče v rezidenčních zařízeních vč. návrhu propojení systémů zdravotní a sociální péče* [online]. VÚPSV. Praha: 2003. Dostupné z: [http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_134.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_134.pdf) [cit. 2016-05-04]

MPSV. *Koncepce rozvoje výzkumu v resortu MPSV do roku 2003* [online]. 2. verze. Praha, 2000. Č.j.: 601-34218/00. [cit. 2016-07-01]. Dostupné z: [http://www.vyzkum.cz/storage/att/FE39C8170084531D22F6AF3AE765DB8D/vav\\_mpsv.doc](http://www.vyzkum.cz/storage/att/FE39C8170084531D22F6AF3AE765DB8D/vav_mpsv.doc).

MPSV. *Předběžná národní zpráva o zdravotní a dlouhodobé péči v České republice* [online]. 2005. [cit. 2016-05-05]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/1342/zprava\\_zdravotni\\_pece.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/1342/zprava_zdravotni_pece.pdf)

MPSV. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální za členění uživatele do společnosti* [online]. 2007. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce\\_podpory.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf) [cit. 2016-07-12]

MPSV. *Priority rozvoje sociálních služeb pro období 2009 – 2012* [online]. Praha: MPSV, 2008. [cit. 2016-07-12]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7759/Priority\\_rozvoje\\_soc\\_sluzeb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7759/Priority_rozvoje_soc_sluzeb.pdf)

MPSV. *Kvalita života ve stáří: Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012* [online]. 1. vyd. Praha: MPSV, 2008a. ISBN 78- 80- 86878- 65-2. [cit. 2016-10-03]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/5045/starnuti\\_cz\\_web.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/5045/starnuti_cz_web.pdf)

MPSV. *Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči* [online]. 2010. [cit. 2016-11-20]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/9198/Analyza\\_fin\\_SS.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/9198/Analyza_fin_SS.pdf)

MPSV. *Dlouhodobá péče – pojem známý, nebo neznámý?* [online]. Praha, 2010a. [cit. 2016-04-12]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9860>

MPSV. *Zpráva o plnění systémových opatření v oblasti „Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb poskytované v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“ za období 2009 – 2010* [online]. 2011. [cit. 2016-11-20]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/10208/Zprava\\_o\\_plneni\\_za\\_rok\\_2009-2010.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/10208/Zprava_o_plneni_za_rok_2009-2010.pdf)

MPSV. *Analýza vývoje příjmů a výdajů domácností v ČR v roce 2012 a predikce na další období* [online]. 2013. [cit. 18. 12. 2014]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/15242/Analyza\\_2012\\_text.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/15242/Analyza_2012_text.pdf)

MPSV: *Statistická ročenka z oblastí práce a sociálních věcí 2013* [online]. Praha: 2014. [cit. 2016-03-27]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/19296/MPSV\\_rocenka2013\\_280815.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/19296/MPSV_rocenka2013_280815.pdf)

MPSV. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na rok 2015* [online]. 2014a. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/20258/III.pdf>

MPSV: *Transformace sociálních služeb* [online]. Praha:2015. [cit. 2016-03-27]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/7058>

MPSV. *Národní strategii rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025* [online]. Praha: 2015a. [cit. 2016-12-26] Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/26520>

Národní vzdělávací fond. *Kvalita sociálních služeb* [online]. Praha: NVF, o p. s., 2011. [cit. 2016-04-03]. Dostupné z: <http://www.nvf.cz/kvalita-socialnich-sluzeb>

*Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR* [online]. 2006. [cit. 2016-12-19]. Dostupné z: <http://osz-stare.cmkos.cz/>

OECD. *Health system priorities when money is tight* [online]. Health System Priorities in the Aftermath of the Crisis. OECD Headquarters, Paris, 7- 8 October, 2010. [cit. 17-01-01] Dostupné z: <https://www.oecd.org/health/2010-ministerial/healthsystemprioritieswhenmoneyistight.htm>

PERNES, Z. *Osobní spotřeba důchodců v letech 2004 – 2013*[online]. In: Rada vlády pro seniory a stárnutí populace, Zápis z 23. zasedání Rady vlády pro seniory a stárnutí populace konaného dne 25.



listopadu 2014. Praha, 2014, 11. – 12. [cit. 2016-11-27]. Dostupné z:  
[http://www.mpsv.cz/files/clanky/21419/Zaznam\\_23.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/21419/Zaznam_23.pdf)

PLEVOVÁ, I, a K. ADAMICOVÁ. *Hygiena časopis pro ochranu a podporu zdraví: Význam stanovení indikátorů kvality v poskytování ošetrovatelské péče* [online]. Státní zdravotní ústav ve spolupráci s TIGIS, spol. s r. o., 2013, **58**(4) [cit. 2016-03-12]. ISSN 1803-1056. Dostupné z:  
<http://apps.szu.cz/svi/hygiena/index.php>

POLÁKOVÁ, M. *Nákladovost v sociálních službách* [online]. Brno, 2013. [cit. 2016-10-21]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Ekonomicko-správní fakulta. Vedoucí práce Hana Jurajdová Dostupné z:  
[http://is.muni.cz/th/321464/esf\\_m/](http://is.muni.cz/th/321464/esf_m/).

POTŮČEK, M. *Prezentace Tvorba veřejných politik – přístupy* [online]. 2010a. [cit. 2016-12-12]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/el/1423/podzim2010/SPP725/um/tvorba\\_politik\\_04122010.pdf](https://is.muni.cz/el/1423/podzim2010/SPP725/um/tvorba_politik_04122010.pdf)

*Programové prohlášení vlády* [online]. 1992. [cit. 2016-04-06]. Dostupné z:  
<https://www.vlada.cz/assets/clenove-vlady/historie-minulych-vlad/prehled-vlad-cr/1993-2010-cr/vaclav-klaus-1/Programove-prohlaseni-vlady.pdf>

*Programové prohlášení vlády* [online]. 1998. [cit. 2016-04-10]. Dostupné z:  
<https://www.vlada.cz/assets/clenove-vlady/historie-minulych-vlad/prehled-vlad-cr/1993-2010-cr/josef-tosovsky/Programove-prohlaseni-vlady.pdf>

*Programové prohlášení vlády* [online]. 1998a. [cit. 2016-04-10]. Dostupné z:  
[https://www.vlada.cz/assets/clenove-vlady/historie-minulych-vlad/prehled-vlad-cr/1993-2010-cr/milos-zeman/Programove-prohlaseni-vlady\\_1.pdf](https://www.vlada.cz/assets/clenove-vlady/historie-minulych-vlad/prehled-vlad-cr/1993-2010-cr/milos-zeman/Programove-prohlaseni-vlady_1.pdf)

*Programové prohlášení vlády* [online]. 2002. [cit. 2016-04-10]. Dostupné z:  
[https://www.vlada.cz/assets/clenove-vlady/historie-minulych-vlad/prehled-vlad-cr/1993-2010-cr/vladimir-spidla/Programove-prohlaseni-vlady\\_1.pdf](https://www.vlada.cz/assets/clenove-vlady/historie-minulych-vlad/prehled-vlad-cr/1993-2010-cr/vladimir-spidla/Programove-prohlaseni-vlady_1.pdf)

*Programové prohlášení vlády* [online]. 2004. [cit. 2016-04-10]. Dostupné z:  
[https://www.vlada.cz/assets/clenove-vlady/historie-minulych-vlad/prehled-vlad-cr/1993-2010-cr/stanislav-gross/Programove-prohlaseni-vlady-Ceske-republiky\\_1.pdf](https://www.vlada.cz/assets/clenove-vlady/historie-minulych-vlad/prehled-vlad-cr/1993-2010-cr/stanislav-gross/Programove-prohlaseni-vlady-Ceske-republiky_1.pdf)

*Programové prohlášení vlády* [online]. 2005. [cit. 2016-04-11]. Dostupné z:  
[https://www.vlada.cz/assets/clenove-vlady/historie-minulych-vlad/prehled-vlad-cr/1993-2010-cr/jiri-paroubek/Programove-prohlaseni-vlady-Jiriho-Paroubka\\_1.pdf](https://www.vlada.cz/assets/clenove-vlady/historie-minulych-vlad/prehled-vlad-cr/1993-2010-cr/jiri-paroubek/Programove-prohlaseni-vlady-Jiriho-Paroubka_1.pdf)

*Programové prohlášení vlády* [online]. 2006. [cit. 2016-04-11]. Dostupné z:  
<https://www.vlada.cz/assets/clenove-vlady/historie-minulych-vlad/prehled-vlad-cr/1993-2010-cr/mirek-topolanek-1/Programove-prohlaseni-vlady.pdf>

*Programové prohlášení vlády* [online]. 2007. [cit. 2016-04-11]. Dostupné z:  
[https://www.vlada.cz/assets/clenove-vlady/historie-minulych-vlad/prehled-vlad-cr/1993-2010-cr/mirek-topolanek-2/Programove-prohlaseni-vlady\\_1.pdf](https://www.vlada.cz/assets/clenove-vlady/historie-minulych-vlad/prehled-vlad-cr/1993-2010-cr/mirek-topolanek-2/Programove-prohlaseni-vlady_1.pdf)

*Programové prohlášení vlády* [online]. 2007. [cit. 2016-04-11]. Dostupné z:  
[https://www.vlada.cz/assets/clenove-vlady/historie-minulych-vlad/prehled-vlad-cr/1993-2010-cr/mirek-topolanek-2/Programove-prohlaseni-vlady\\_1.pdf](https://www.vlada.cz/assets/clenove-vlady/historie-minulych-vlad/prehled-vlad-cr/1993-2010-cr/mirek-topolanek-2/Programove-prohlaseni-vlady_1.pdf)

*Programové prohlášení vlády* [online]. 2009. [online]. [cit. 2016-04-11]. Dostupné z:  
<https://www.vlada.cz/assets/clenove-vlady/historie-minulych-vlad/prehled-vlad-cr/1993-2007-cr/jan-fischer/ppv-2009.pdf>

*Programové prohlášení vlády* [online]. 2010. [cit. 2016-06-17]. Dostupné z:  
[https://www.vlada.cz/assets/media-centrum/dulezite-dokumenty/Programove\\_prohlaseni\\_vlady.pdf](https://www.vlada.cz/assets/media-centrum/dulezite-dokumenty/Programove_prohlaseni_vlady.pdf)

*Programové prohlášení vlády* [online]. 2013. [cit. 2016-06-17]. Dostupné z:  
<https://www.vlada.cz/cz/media-centrum/tema/programove-prohlaseni-vlady-cr-109326/>

*Programové prohlášení vlády* [online]. 2014. [cit. 2016-06-17]. Dostupné z:  
[https://www.vlada.cz/assets/media-centrum/dulezite-dokumenty/programove\\_prohlaseni\\_unor\\_2014.pdf](https://www.vlada.cz/assets/media-centrum/dulezite-dokumenty/programove_prohlaseni_unor_2014.pdf)

PROCHÁZKA, J. *Ekonomika ošetrovatelské péče v sociálních službách – rok 2015* [online]. PowerPoint prezentace. Praha: Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna, seminář „Vykazování ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb“, 2015, 11 slade. [cit. 2016-06-05]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/hp.sqw?cu=8&k=4306&td=19>

- PRŮŠA, L., M. HOLUB, M. KOTRUSOVÁ, R. JAHODA, D. PRUŠVIC, J. MERTL, J. MOLEK a O. POLÁKOVÁ. *Bulletion No 31 Vývoj hlavních ekonomických a sociálních ukazatelů České republiky 1990 – 2015*. [online]. Praha: VÚPSV, 2016. ISBN 978-80-7416-241-1. [cit. 2016-06-01]. Dostupné z: <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/bullNo31.pdf>
- RIEDEL, M., a M. KRAUS. WIEN INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES, VIENNA. *The Austrian long - term care system: Research Report* [online]. Vienna, 2010. [cit. 2016-03-11]. Dostupné z: [https://www.ihs.ac.at/publications/eco/recent\\_publ/het/ANCIEN\\_Country%20report\\_Austria.pdf](https://www.ihs.ac.at/publications/eco/recent_publ/het/ANCIEN_Country%20report_Austria.pdf). This report is an Austrian contribution to Work Package 1 of the research project „Assessing Needs of Care in European Nations“ (ANCIEN).
- RECHEL, B., et al. *Ageing in the European union* [online]. The Lancet, 2013, 1312 – 1322. [cit. 2016-12-26]. 9874: 1312-1322. Dostupné z: [http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44091167/Ageing\\_in\\_the\\_European\\_Union20160325-4475-gz10ro.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1482837923&Signature=IIOJt6%2BMSa546YnAKTkaRXhJsw4%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DAgeing\\_in\\_the\\_European\\_Union.pdf](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44091167/Ageing_in_the_European_Union20160325-4475-gz10ro.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1482837923&Signature=IIOJt6%2BMSa546YnAKTkaRXhJsw4%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DAgeing_in_the_European_Union.pdf)
- RYCHETSKÝ, P. *Nález ústavního soudu* [online]. Brno, 2013. Pl. ÚS 19/13. Dostupné z: <http://www.acmn.cz/file.php?nid=1140&oid=3507638>
- ŘEZNIČKOVÁ, L. *Česká zdravotní politika po roce 2010 v kontextu Hegerovy reformy zdravotnictví* [online]. 2015. [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/138565>. Vedoucí práce Petr Háva.
- SALCMAN KUČEROVÁ, Z. „*Pravidla pro vykazování a úhradu péče v odbornosti 913 z prostředků veřejného zdravotního pojištění*“ [online]. PowerPoint prezentace. Praha: Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna, seminář „Vykazování ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb“, 2015, 26 slade. [cit. 2016-07-10]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/hp.sqw?cu=8&k=4306&td=19>
- SEZEMSKÝ, J. MPSV. *Expertní panel k problematice sociálně zdravotní péče zahájil činnost: Tisková zpráva* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2009. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/6776/10042009.pdf>
- SCHULZ, E. ENERPI, ANCIEN. *The long-term care system for the elderly in Germany: NEPRI RESEARCH REPORT NO . 78 CONTRIBUTION TO WP1 OF THE ANCIEN PROJECT* [online]. Brussels: ENEPRI, 2010. ISBN 9789461380203. Dostupné z: [http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20\\_ANCIEN\\_%20RRNo78Germany.pdf](http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20_ANCIEN_%20RRNo78Germany.pdf)
- SINGH, D. *How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers?* [online]. Policy Brief. World Health Organization and World Health Organization behalf of the European Observatory on Health System and Policies, Denmark: 2008. ISSN 1997-8073 [cit. 16-29-12] Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/75474/E93416.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/75474/E93416.pdf)
- SLÁMA, O., L. KABELKA a M. ŠPINKOVÁ. *Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP. In: Paliativní péče v ČR v roce 2013, perspektiva České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP: Základní epidemiologická data a potřeba paliativní péče v ČR* [online]. Brno, Praha, 2013. [cit. 2016-03-28]. Dostupné z: [http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/paliativni\\_medicina\\_v\\_cr\\_v\\_roce\\_2013.pdf](http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/paliativni_medicina_v_cr_v_roce_2013.pdf)
- Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015* [online]. 2010. [cit. 2016-12-18]. Dostupné z: [http://svp-vzacaonemocneni.cz/portal/wp-content/uploads/dokumenty\\_ke\\_stazeni/strategie\\_paliativni\\_pece\\_cr.pdf](http://svp-vzacaonemocneni.cz/portal/wp-content/uploads/dokumenty_ke_stazeni/strategie_paliativni_pece_cr.pdf)
- ŠPAČEK, M. *Metodická opatření: Koncepte ošetrovatelství* [online]. MZ ČR, 2009. [cit. 2016-09-28]. Dostupné z: [http://www.fnusa.cz/files/kliniky/ooop/Koncepte\\_oseetrovatelstvi.pdf](http://www.fnusa.cz/files/kliniky/ooop/Koncepte_oseetrovatelstvi.pdf)
- Usnesení č. 127 vlády České republiky ze dne 21. února 2007: o Konceptu podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti* [online]. In: MPSV. 2007, číslo 127. [cit. 2016-09-15]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/3859/usneseni\\_vlady.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/3859/usneseni_vlady.pdf)

Usnesení č. 8 vlády České republiky ze dne 9. ledna 2008: o Národním programu přípravy na stárnutí na období let 2008 – 201 [online]. In: MPSV. 2008, číslo 8. [cit. 2016-09-15]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/5045/usneseni.pdf>

Usnesení č. 23 vlády České republiky ze dne 08. ledna 20014: o Zdraví 2020 -Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí [online]. In: MZ ČR. 2014. [cit. 2016-11-21]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Soubor.ashx?souborID=19544&typ=application/pdf&nazev=Usnesen%C3%AD%20v1%C3%A1dy%2023\\_2014%20Zdrav%C3%AD%202020.pdf](http://www.mzcr.cz/Soubor.ashx?souborID=19544&typ=application/pdf&nazev=Usnesen%C3%AD%20v1%C3%A1dy%2023_2014%20Zdrav%C3%AD%202020.pdf).

Usnesení č. 175 Poslanecké sněmovny ze 7. schůze 20. března 2014: k dokumentu Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí /sněmovní tisk 113/ [online]. In: Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky. 2014. [cit. 2016-11-21]. Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/text/text2.sqw?idd=97519>

*The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth* [online]. WHO European Ministerial Conference on Health Systems: “HEALTH SYSTEMS, HEALTH AND WEALTH“. Tallin, 2008. [cit. 16-12-29] Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/88613/E91438.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf)

TEDIOSI, F, S. GABRIELE. ENEPRI, ANCIEN. *The long-term care system for the elderly in Italy: ENEPRI RESEARCH REPORT NO. 80* [online]. Brussels: ENEPRI, 2010. ISBN 9789461380227. [cit. 2016-03-21]. Dostupné z: [http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20\\_ANCIEN\\_%20RR%20No%2080%20Italy%20edited%20final.pdf](http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20_ANCIEN_%20RR%20No%2080%20Italy%20edited%20final.pdf)

TJADENS, F, F. COLOMBO. *Long-term care: valuing care providers.*[online] Eurohealth vol 17, No. 2 - 3, 2011, 13 - 17. [cit. 2016-12-26]. Dostupné z: <http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/Eurohealth-Vol17-No-2-3-Web.pdf>

UNITED NATIONS HUMAN RIGHTS: Office of the High Commissioner. *What are human rights?* [online]. Geneva, Switzerland: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR), 2016. [cit. 2016-03-26]. Dostupné z: <http://www.ohchr.org/en/issues/pages/whatarehumanrights.aspx>

VÁLKOVÁ. *Zápis z pracovní schůzky Expertního panelu 9. 4. 2009 v 9h v Kolegiu ministra* [online]. Praha, 2009. [cit. 2016-11-22]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/6776/10042009.pdf>

VÁLKOVÁ. *Zápis ze schůzky Expertního panelu 28. 5. 2009 v 9.30h Klub MPSV* [online]. Praha, 2009a. [cit. 2016-11-22]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/8383/zapis\\_28052009.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/8383/zapis_28052009.pdf)

VÁLKOVÁ. *Zápis ze schůzky Expertního panelu 15. 9. 2009 v 9.30h v Kolegiu ministra* [online]. Praha, 2009b. [cit. 2016-11-22]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/8384/zapis\\_15092009.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/8384/zapis_15092009.pdf)

VÁLKOVÁ. *Zápis ze semináře k Diskusnímu materiálu LTC* [online]. Praha, 2010. [cit. 2016-11-22]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/8386/Zapis\\_ze\\_seminare\\_k.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/8386/Zapis_ze_seminare_k.pdf)

VÁLKOVÁ. *Zápis ze schůzky Expertního panelu 23. 3. 2010 v 9 h Salonku prostorách MPSV* [online]. Praha, 2010a. [cit. 2016-11-22]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/8550/zapis\\_23032010.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/8550/zapis_23032010.pdf)

VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV, OMBUDSMAN. *Výzkum veřejného ochránce práv: Přístup k sociální službě, Domov pro seniory, Obsahová analýza* [online]. Brno, 2013. [cit. 2016-12-10]. Dostupné z: [http://www.ochrance.cz/fileadmin/user\\_upload/ochrana\\_osob/ZARIZENI/Socialni\\_sluzby/Vyzkum-2013\\_pristup-k-socialni-sluzbe\\_web.pdf](http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/ZARIZENI/Socialni_sluzby/Vyzkum-2013_pristup-k-socialni-sluzbe_web.pdf)

VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV, OMBUDSMAN. *Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv 2015 - Domovy pro seniory a Domovy se zvláštním režimem* [online]. Brno, 2015. ISBN 978-80-87949-11-5. [cit. 2016-12-18]. Dostupné z: [http://www.ochrance.cz/fileadmin/user\\_upload/ochrana\\_osob/ZARIZENI/Socialni\\_sluzby/2015\\_Zprava\\_domovy\\_pro\\_seniory.pdf](http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/ZARIZENI/Socialni_sluzby/2015_Zprava_domovy_pro_seniory.pdf)

WIJA, P. *Geriatric a gerontologie, odborný časopis České gerontologické a geriatrické společnosti: Jaká je kapacita a struktura dlouhodobé péče v České republice?\** [online]. 3. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2013, **2013**(3), 122-127. ISSN 1805-4684. [cit. 2016-12-18]. Dostupné z: <http://www.cello-ilk.cz/wp-content/uploads/2013/11/dlouhodob-pece.pdf>. 4x ročně.

WIKIPEDIE. *Otevřená Encyklopedie. Seznam vlád Česka* [online]. 2015. [cit. 2016-05-06]. Dostupné z: [https://cs.wikipedia.org/wiki/Seznam\\_premi%C3%A9r%C5%AF\\_%C4%8Ceska](https://cs.wikipedia.org/wiki/Seznam_premi%C3%A9r%C5%AF_%C4%8Ceska)

WIKIPEDIE. *Otevřená Encyklopedie. Iva Holmerová* [online]. 2015. [cit. 2016-05-06]. Dostupné z: [https://cs.wikipedia.org/wiki/Iva\\_Holmerov%C3%A1](https://cs.wikipedia.org/wiki/Iva_Holmerov%C3%A1)

WHO. *Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century* [online]. Copenhagen: WHO, 2013. [cit. 2016-12-26]. ISBN 978 92 890 0279 0.

*Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí: Akční plán č.8a: Zvýšení kvality, dostupnosti a efektivity následné, dlouhodobé a domácí péče.* MZ ČR, 2015. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Admin/\\_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2008a\\_zaprac%20pripominek%20MPR\\_cervenec15.pdf](http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2008a_zaprac%20pripominek%20MPR_cervenec15.pdf)

## Právní normy

Z. č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu

Z. č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy ČSR Ministerstvo spravedlnosti

Z. č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení

Z. č. 114/1988 Sb., o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení

Z. č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně

Z. č. 548/1991, Sb., kterým se mění a doplňuje zákon č. 20/1966 Sb. ve znění z. č. 210/1990 Sb. a z. č. 425/1990 Sb.,

Z. č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních

Z. č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách

Z. č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

Z. č. 2/1993 Sb. Usnesení předsednictva ČNR o vyhlášení Listiny základních práv a svobod

Z. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

Z. č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví

Z. č. 395/2001 Sb. Ústavní zákon, kterým se mění ústavní zákon ČNR č. 1/1993 Sb., Ústava ČR

Z. č. 290/2002 Sb., o přechodu některých dalších věcí, práv a závazků ČR na kraje a obce

Z. č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta

Z. č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních

Z. č. 125/2005 Sb., kterým se mění zákon č. 120/2002 Sb., o podmínkách uvádění biocidních přípravků a účinných látek na trh a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 186/2004 Sb., a některé další zákony

Z. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Z. č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách

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

Z. č. 347/2010 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s úspornými opatřeními v působnosti Ministerstva práce a sociálních věcí

Z. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen o zdravotních službách)

Z. č. 369/2011 Sb., kterým se mění z. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony

Z. č. 255/2012 Sb., o kontrole (kontrolní řád).

Vyhl. MPSV č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení

Vyhl. MPSV č. 28/1993 Sb., kterou se mění a doplňuje vyhl. MPSV ČR č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon ČNR o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení

Vyhl. MPSV č. 82/1993 Sb., o úhradách za pobyt v zařízeních sociální péče

Vyhl. MPSV č. 83/1993 Sb., o stravování v zařízeních sociální péče

Vyhl. MPSV č. 310/1993 Sb., o úhradě za poskytování sociální péče ve zdravotnických zařízeních

Vyhl. č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních úkonů s bodovými hodnotami

Vyhl. č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

Vyhl. č. 620/2006 Sb., kterou se mění vyhl. MZ č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami

Vyhl. č. 331/2007 Sb., kterou se mění vyhl. MZ č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů

Vyhl. č. 439/2008 Sb., kterou se mění vyhl. MZ č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami

Vyhl. č. 391/2011 Sb., kterou se mění vyhl. č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách,

Vyhl. č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.

Vyhl. č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče.

Vyhl. č. 467/2012 Sb., kterou se mění vyhl. MZ č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami

Vládní návrhy k zákonu o sociálních službách 1102/0, 1102/1, 1102/2

**Seznam boxů, grafů, obrázků, schémat, tabulek:**

Box č. 1 Platná právní úprava sociálního práva a norem s tím souvisejících (1989 – 2006)

Box č. 2 Právní úprava týkající se financování veřejných služeb (1989 – 2006)

Box č. 3 Platná právní úprava zdravotnického práva (1989 – 2006)

Box č. 4 Znění §22 Zásady činnosti ústředních orgánů státní správy

Box č. 5 Definování zkoumaného problému

Box č. 6 Přehled významných událostí

Box č. 7 Přehled významných událostí

Box č. 8 Nejasnost v současné právní terminologii v poskytování zdravotní péče v PZSS

Box č. 9 Přehled významných událostí

Box č. 10 Přehled významných událostí

Graf č. 1 Veřejné sociální výdaje v % k HDP 1990 – 2015

Graf č. 2 Vývoj počtu seniorů ve věku 75+, 85+ a 95+ v letech 2008 – 2060 (prognóza PřF UK)

Graf č. 3 Vývoj státní populace ve vybraných evropských zemích 1955 – 2014

Graf č. 4 Podíl veřejných a celkových výdajů na LTC v zemích OECD, 2008

Graf č. 5 Podíl veřejných a celkových výdajů na LTC z HDP v zemích OECD, 2008

Graf č. 6 Vývoj nákladů ZP na lůžkovou péči (nemocnice akutní péče, OLU, LDN, nemocnice následné péče)

Obr. č. 1 Vztah trhu, státu a občanského sektoru jako regulátorů života společnosti

Obr. č. 2 Plán výzkumu

Obr. č. 3 Trojrozměrné pojetí rovin diskurzu

Obr. č. 4 Institucionální změna - model

Obr. č. 5 Fázový model veřejně politického procesu

Schéma č. 1 Propojenost sociální a zdravotní péče v návaznosti na kvalitu života a zdraví

Schéma č. 2 Analytický rámec výzkumu financování zdravotní péče v pobytových sociálních službách

Tab. č. 1 Vývoj vybraných událostí institucionálního vývoje sociálních služeb a jeho politického a ekonomického kontextu

Tab. č. 2 Veřejné sociální výdaje v % k HDP 2000 – 2015

Tab. č. 3 Narození a zemřelí ČR – absolutní počty 1901 – 2009 (zdroj: data ČSÚ)

Tab. č. 4 Hlavní etapy vývoje zdravotnického práva v ČR

Tab. č. 5 Hlavní etapy vývoje sociálního práva v ČR

Tab. č. 6a Porovnání vybraných částí programových prohlášení vlád ČR v letech 1998 – 2016 v oblasti cílů MPSV se vztahem k sociálním službám

Tab. č. 6b Porovnání vybraných částí programových prohlášení vlád ČR v letech 1998 – 2016 v oblasti cílů MPSV se vztahem k sociálním službám

Tab. č. 7 Kapacita pobytových sociálních služeb vždy k 31.12.

- Tab. č. 8 Charakteristika práce všeobecné sestry v sociálních službách
- Tab. č. 9 Role a odpovědnost jednotlivých aktérů v oblasti poskytování zdravotní péče
- Tab. č. 10 Výdaje na sociální službu Domov pro seniory 2010 – 2014
- Tab. č. 11 Výdaje (v tis. Kč) na zdravotní péči dle poskytovatele péče 2010 – 2014
- Tab. č. 12 Vývoj (v tis. Kč) nákladu Domova u lesa 2007 – 2014
- Tab. č. 13 Regulace plateb za provedenou zdravotní péči 2007 – 2015
- Tab. č. 14 Vývoj hodnoty bodu 2007 –2015
- Tab. č. 15 Provozně ekonomické ukazatele VZP ČR v letech 2008 – 2013
- Tab. č. 16 Nejvýznamnější kontroverzní faktory
- Tab. č. 17 Přehled cílů, otázek, zdrojů data a použitých metod výzkumu
- Tab. č. 18 Vybrané teorie ovlivňující vývoj, nastavení a fungování sociální a zdravotní politiky v ČR
- Tab. č. 19 Srovnání racionální a inkrementálního přístupu při rozhodování
- Tab. č. 20 Proces uplatnění veřejných zájmů
- Tab. č. 21 Morfologická analýza procesu změn organizace a financování v oblasti sociálních (sociálně zdravotních) služeb v letech 1998 – 2015
- Tab. č. 22 Vybraná navrhovaná opatření vlády (1998) M. Zemana
- Tab. č. 23 Vybraný seznam konaných konferencí a seminářů v letech 2008 – 2011
- Tab. č. 24 Opatření k ukotvení sociálně zdravotní péče ve stávajícím systému
- Tab. č. 25 Výše nákladů na poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče v jednotlivých typech PZSS podle stupně závislosti (v Kč měsíčně)
- Tab. č. 26 Struktura klientů pobytových zařízení podle stupně závislosti
- Tab. č. 27 Návrh variant financování dlouhodobé péče
- Tab. č. 28 Návrhy variant řešení dlouhodobé péče

**Seznam zkratk:**

- AK ČR – Asociace krajů České republiky  
 APPS ČR – Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky  
 ČGGS – Česká gerontologická a geriatrická společnost  
 ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně  
 ČNR – Česká národní rada  
 ČR – Česká republika  
 ČSR – Československá republika  
 ČSSD – Česká strana sociálně demokratická  
 ČSSZ – Česká správa sociálního zabezpečení  
 ČSÚ – Český statistický úřad  
 DD – Domov Důchodců  
 DOZP – Domov pro osoby se zdravotním postižením  
 DS – Domov pro seniory  
 DZR – Domov se zvláštním režimem  
 ELNEC – Vzdělávací konsorcium všeobecných sester pracujících s pacienty v konečné fázi života (*End Of Life Nursing Education Consortium*)  
 EK – Evropská Komise  
 EU – Evropská unie  
 GDI – Index lidského rozvoje (*Human development index*)  
 GNH – Index hrubého národního štěstí (*Gross National Happiness*)  
 HDI – Index lidského rozvoje (*Human development index*)  
 KDS – Křesťanskodemokratická strana  
 KDU-ČSL – Křesťanská demokratická unie – Československé strany lidové  
 KSČM – Komunistická strana Čech a Moravy  
 LDN – Léčebná dlouhodobě nemocných  
 MF ČR – Ministerstvo financí České republiky  
 MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí  
 MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky  
 NFV – Národní fond vzdělávání  
 ODS – Občanská demokratická strana  
 OECD – Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (*Organisation for Economic Co-operation and Development*)  
 OF – Občanské fórum  
 OH – Občanské hnutí  
 OLU – Odborné léčebné ústy (např. psychiatrické léčebny a další)  
 OMC – Otevřená metoda koordinace (*Open Method of Coordination*)  
 PZSS – Pobytová zařízení sociálních služeb  
 SZP – Střední zdravotní personál NLZP – nelékařský zdravotnický pracovník  
 UOP – Unikátní ošetřovaný pojištěnec  
 ÚP ČR – Úřad práce České republiky  
 US - DEU - Unie svobody - Demokratická unie  
 US – Unie svobody  
 VOP – Veřejný ochránce práv  
 VZP ČR – Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky  
 WHO – Světová zdravotnická organizace (*World Health Organization*)  
 ZPP – Zdravotně pojistný plán



## Seznam příloh

- Příloha č. 1: Relace výdajů základních složek sociálně zdravotního systému 1990 – 2014 (tabulka)**
- Příloha č. 2: Podíl celkových přímých výdajů na zdravotní péči ve visegrádských zemích a Řecku v porovnání s průměrem EU před rokem 2004 a s vybranými členskými státy EU v západní Evropě (graf)**
- Příloha č. 3: Počet a financování sociálních služeb dle právní formy (2014) (tabulka)**
- Příloha č. 4: Základní činnosti pobytových sociálních služeb (tabulka)**
- Příloha č. 5: Výkony odbornosti 913 (tabulka)**
- Příloha č. 6: Strom problémů (schéma)**
- Příloha č. 7: Porovnání osobních nákladů všeobecné sestry v sociálních službách s úhradou za výkon 06613 - rok 2014 a 2015 (tabulka)**
- Příloha č. 8: Ukazatele hodnoty bodu zdravotní péče zařízení č. 1 - 4 (2010 – 2013) (tabulka)**
- Příloha č. 9: Seznam realizovaných projektů (text)**
- Příloha č. 10: Nejvýznamnější připomínky k Návrhu řešení úhrad zdravotní péče v ústavech sociální péče a sociální péče ve zdravotnických zařízeních (text)**
- Příloha č. 11: Vybraná opatření národního programu přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (text)**
- Příloha č. 12: Uvažovaná řešení k odstranění závislosti poskytovatelů sociálních služeb na přiznání dotace za státního rozpočtu nebo z rozpočtu zřizovatele (text)**
- Příloha č. 13: Vývoj počtu zdravotnického personálu (SZP) v PZSS 2008 – 2013 (tabulka)**

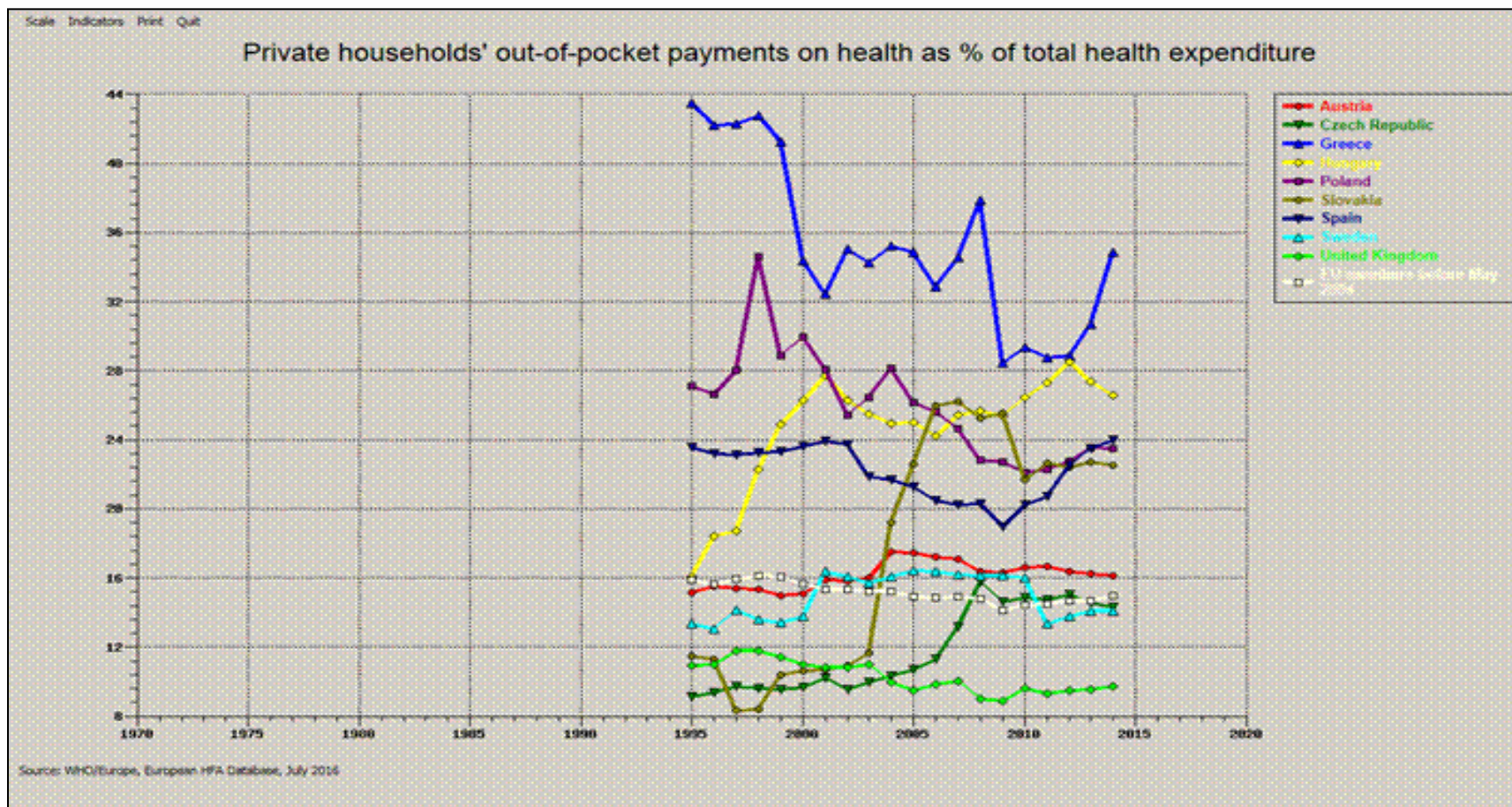
## Přílohy

Příloha č. 1: Relace výdajů základních složek sociálně zdravotního systému 1990 – 2014 (tabulka)

<i>ROK - YEAR</i>	<b>1990</b>	<b>1995</b>	<b>2000</b>	<b>2005</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
<i>Položka - Unit</i>	<i>% z HDP* - % of GDP*</i>								
<b>Sociálně-zdravotní systém celkem</b>	<b>17,9</b>	<b>18,6</b>	<b>18,8</b>	<b>18,4</b>	<b>20,1</b>	<b>20,1</b>	<b>20,4</b>	<b>19,3</b>	<b>19,1</b>
<b>A. Systém sociálního zabezpečení</b>	<b>13,1</b>	<b>11,7</b>	<b>12,3</b>	<b>11,4</b>	<b>12,5</b>	<b>12,6</b>	<b>12,7</b>	<b>12,2</b>	<b>12,0</b>
důchodové zabezpečení	7,3	7,3	8,0	7,7	8,9	9,4	9,7	9,1	8,8
peněžité dávky v nemoci a mateřství	1,4	1,2	1,2	1,0	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5
politika zaměstnanosti	0,0	0,2	0,4	0,4	0,5	0,4	0,3	0,3	0,4
státní sociální podpora	2,1	1,3	1,4	1,1	1,1	0,9	0,9	0,9	0,9
system dávek soc. péče a soc. služeb	0,9	0,8	1,0	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1
jiné	1,4	0,5	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
náklady na správu syst.	0,1	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2
<b>B. Systém zdravotní péče</b>	<b>4,8</b>	<b>6,9</b>	<b>6,5</b>	<b>7,0</b>	<b>7,6</b>	<b>7,5</b>	<b>7,6</b>	<b>7,1</b>	<b>7,1</b>
<i>*revize časových řad HDP dle ČSÚ - revision of GDP time-series by CZSO</i>									

Zdroj: Průša, Holub, Kotrusová, Jahoda, Prušvic, Mertl, Molek, Poláková, 2016: s. 42

**Příloha č. 2: Podíl celkových přímých výdajů na zdravotní péči ve visegrádských zemích a Řecku v porovnání s průměrem EU před rokem 2004 a s vybranými členskými státy EU v západní Evropě (graf)**



Zdroj: WHO/Europe European HFA Database, July 2016

**Příloha č. 3: Počet a financování sociálních služeb dle právní formy (2014)**  
**(tabulka)**

<b>Právní forma organizace</b>	<b>Počet služeb</b>	<b>Přidělené dotace</b>
<b>Příspěvková organizace</b>	<b>1.428</b>	<b>4.428.041.169 Kč</b>
Sdružení (svaz, spolek, klub)	1.284	828.104.030 Kč
Církevní organizace	963	1.038.919.100 Kč
Obecně prospěšná společnost	936	70.693.286 Kč
Obec (obecní úřad)	266	117.146.000 Kč
<b>Celkem</b>	<b>4877</b>	

Zdroj: Národní strategie rozvoje sociálních služeb na rok 2015, MPSV, 2014a

**Příloha č. 4: Základní činnosti pobytových sociálních služeb (tabulka)**

<b>Základní činnost</b>	<b>Rozsah úkonů</b>
Poskytnutí ubytování	1. ubytování 2. úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení.
Poskytnutí stravy	Zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel.
Pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu	1. pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek, 2. pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík, 3. pomoc při vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh, 4. pomoc při podávání jídla a pití, 5. pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru.
Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu	1. pomoc při úkonech osobní hygieny, 2. pomoc při základní péči o vlasy a nehty, 3. pomoc při použití WC.
Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím	1. podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů, 2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,
Sociálně terapeutické činnosti	Socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob.
Aktivizační činnosti	1. volnočasové a zájmové aktivity, 2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím, 3. nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností,
Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti (pouze DOZP)	1. pracovně výchovná činnost, 2. nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností, 3. vytvoření podmínek pro zajišťování přiměřeného vzdělávání nebo pracovního uplatnění, 4. volnočasové a zájmové aktivity
Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí	Pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů

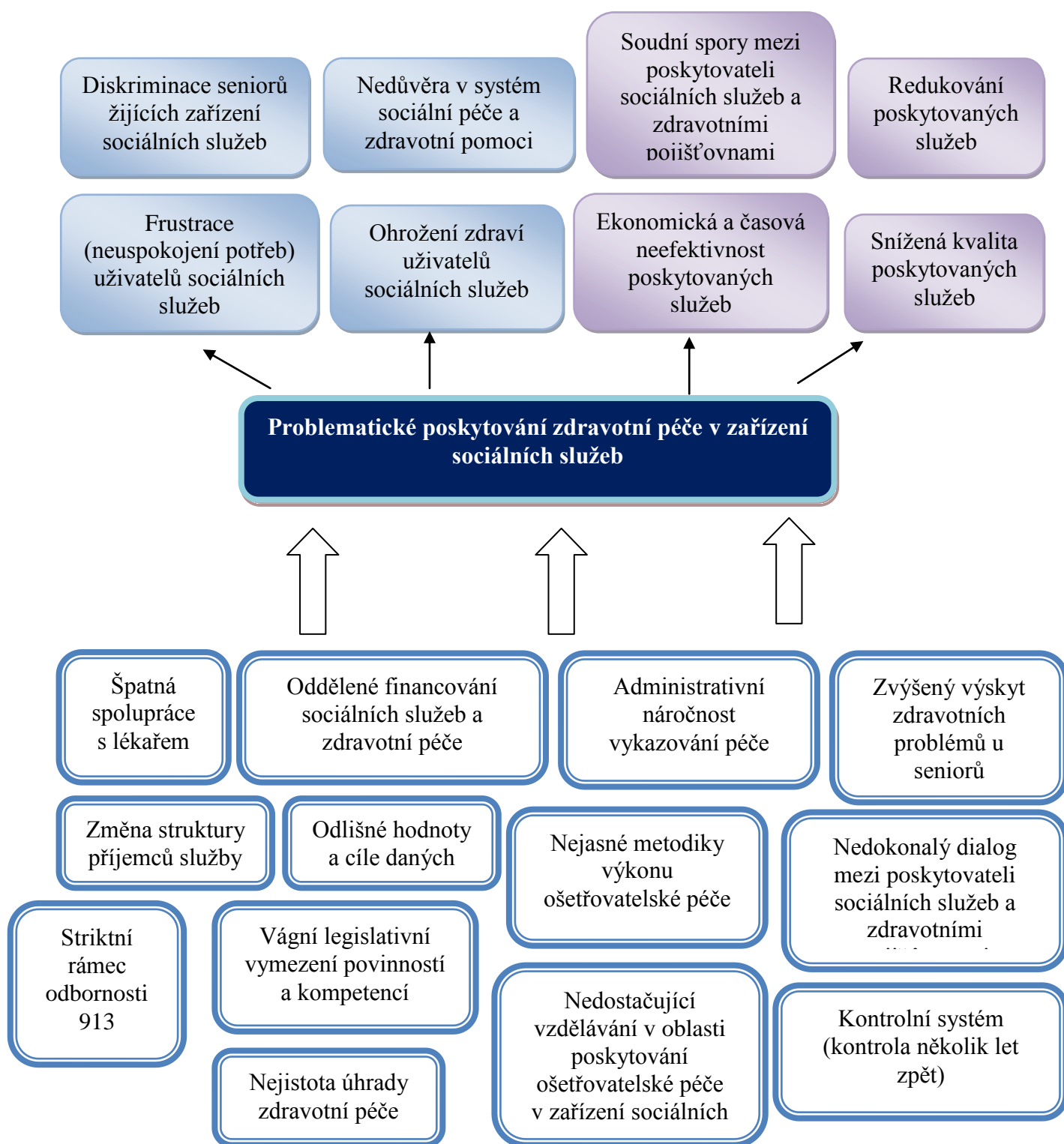
Zdroj: Z. č. 108/2006 Sb., § 47, 48, 49, 50; Vyhl. č. 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, § 13, 14, 15, 16

## Příloha č. 5: Výkony odbornosti 913 (tabulka)

Kod	Intervence	Popis výkonu
<b>Časové</b>		
<b>06611</b>	Zavedení nebo ukončení odborné zdravotní péče, administrativní činnost sestry.	Max. 60 min
<b>06613</b>	Ošetřovatelská intervence	Max. 10 min, 3 hod. (18x/denně na 1 RČ). Lze kombinovat s ostatními materiálovými výkony.
<b>Materiálové</b>		
<b>06621</b>	Komplex – odběr biologického materiálu, eventuálně orientační vyšetření biologického materiálu	Max. 10 min.
<b>06623</b>	Aplikace léčebné terapie p. o., i. m., s. c., i. v., UV, eventuálně další způsoby aplikace terapie či instilace léčiv	Počítá se k výkonu 06613, max. 10 min.
<b>06625</b>	Příprava a aplikace ordinované infuzní terapie za účelem zajištění hydratace, dodání léčebných a energet. zdrojů, léčby bolesti	Max. 30 min.
<b>06627</b>	Aplikace inhalační léčebné terapie, oxygenoterapie	Max. 15 min.
<b>06629</b>	Péče o ránu	Dle velikosti defektu max. 30 min.
<b>06631</b>	Komplex – klyzma, laváže, ošetření permanent. katetrů a zavádění Permanent. katetrů u žen	/
<b>06633</b>	Zavádění nazogastrické sondy	Max. 5 min.
<b>06635</b>	Komplex – vyšetření stavu pacienta přístrojovou technikou, ošetření kožních lézí přístrojovou technikou	ma. 10 min, musí být funkční EKG nebo glukoment, nelze na měření pulsu, tlaku nebo teploty
<b>06637</b>	Nácvik a zaučování aplikace inzulinu	30 min. max. 14 dní a 3x denně
<b>06639</b>	Ošetření stomií	Max. 10 min.
<b>Bonifikační</b>		
<b>06645</b>	Bonifikační kód za práci zdravotní sestry v době od 22.00 do 6.00 hodin	Počet vykázaných bonifikačních kódů se musí shodovat s počtem vykázaných kódů 06613, max. 1/3 všech indikovaných výkonů
<b>00649</b>	Bonifikační kód za práci sestry v době pracovního volna nebo pracovního klidu	Časový výkon + eventuální materiálový výkon + bonifikace, max. 18x/denně

Zdroj: Holmerová, Válková 2011

**Příloha č. 6: Strom problémů (schéma)**



Zdroj: autorka

**Příloha č. 7: Porovnání osobních nákladů všeobecné sestry v sociálních službách s úhradou za výkon 06613 - rok 2014 a 2015 (tabulka)**

statistická ročenka MPSV za rok 2013, vzorek- 4816 úvazků				
Celkové mzdové náklady:				v Kč
Průměr hrubého měsíčního platu:				26 933
příplatky 15,7%				-4228
sociální a zdravotní odvody:				7719
FKSP:				269
<b>Celkové měsíční osobní náklady:</b>				<b>30693</b>
<b>Var. A/Fond pracovní doby - nepřetržitý provoz- 12 hodinové směny:</b>				
h/ týden	h/měsíc	náhrada za dovolenou/ měsíc	využitelná prac.doba hodiny/ měsíc	<b>Mzdové náklady vč. odvodů / hod. práce: v Kč</b>
37,5	162,5	16	146,5	<b>209,49</b>
<b>Var.B/Fond pracovní doby - nepřetržitý provoz- 8 hodinové směny:</b>				
h/ týden	h/měsíc	náhrada za dovolenou/ měsíc	využitelná prac.doba hodiny/ měsíc	<b>Mzdové náklady vč. odvodů / hodina práce: v Kč</b>
40	173,3	16,6	156,7	<b>195,85</b>
Kalkulace platby pro výkon 06613 -ošetřovatelská intervence :		<b>rok 2015</b>		
Kód	počet bodů	počet intervencí/ hodina	hodnota bodu	platby ZP za hodinu práce
6613	24	6	0,99	<b>142,56</b>
var.A	<b>35</b>	<b>6</b>	<b>0,99</b>	<b>209,49</b>
Var.B	<b>33</b>	<b>6</b>	<b>0,99</b>	<b>195,85</b>
Kalkulace platby pro výkon 06613 -ošetřovatelská intervence :		<b>rok 2014</b>		
Kód	počet bodů	počet intervencí/ hodina	hodnota bodu	platby ZP za hodinu práce
6613	24	6	0,90	<b>129,6</b>
var.A	<b>38</b>	<b>6</b>	<b>0,90</b>	<b>209,49</b>
Var.B	<b>36</b>	<b>6</b>	<b>0,90</b>	<b>195,85</b>

Zdroj: Procházka, 2015



**Příloha č. 8: Ukazatele hodnoty bodu zdravotní péče zařízení č. 1 - 4 (2010 – 2013)****(tabulka)**

	Zařízení č. 1				Zařízení č. 2			
	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
Počet bodů	1 165 482	922 420	1 328 626	2 487 786	1 322 249	1 016 750	1 998 320	1 844 191
Počet UOP	96	103	75	94	78	66	102	71
Počet bodů/UOP	12 140	8 956	17 715	26 466	16 952	15 405	19 591	25 975
Počet bodů/UOP VZP	18 562	19 523	20 005	19 030	18 562	19 523	20 005	19 030
Náklady (Kč)	1 048 934	830 178	1 195 763	2 239 007	1 190 024	915 075	1 798 488	1 659 772
Náklady/UOP (Kč)	10 926	8 060	15 944	23 819	15 257	13 865	17 632	23 377
<b>Regulace dle memoranda VZP, APSS ČR a AK</b>								
Náklady (Kč)			986 717	1 710 662			1 663 875	1 659 772
Náklady/UOP (Kč)			13 156	18 199			16 313	23 377
Ztráta (Kč)			-209 046	-528 345			-134 613	0
Pozn.: Hodnota "Počet bodů/UOP" za všechna PZSS v roce 2013 ve výši 170 % roku 2011 by činila 1,7 x 19 523 = 33 189 bodů								

	Zařízení č. 3				Zařízení č. 4			
	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
Počet bodů	1 258 965	1 224 122	1 197 540	2 420 363	542 227	419 989	362 056	890 640
Počet UOP	125	124	125	127	47	45	34	38
Počet bodů/UOP	10 072	9 872	9 580	19 058	11 537	9 333	10 649	23 438
Počet bodů/UOP VZP	18 562	19 523	20 005	19 030	18 562	19 523	20 005	19 030
Náklady (Kč)	1 133 069	1 101 710	1 077 786	2 178 327	488 004	377 990	325 850	801 576
Náklady/UOP (Kč)	9 065	8 885	8 622	17 152	10 383	8 400	9 584	21 094
<b>Regulace dle memoranda VZP, APSS ČR a AK</b>								
Náklady (Kč)			1 077 786	2 033 822			325 850	657 715
Náklady/UOP (Kč)			8 622	16 014			9 584	17 308
Ztráta (Kč)			0	-144 505			0	-143 861
Pozn.: Hodnota "Počet bodů/UOP" za všechna PZSS v roce 2013 ve výši 170 % roku 2011 by činila 1,7 x 19 523 = 33 189 bodů								

Zdroj: Bořanský, 2015

**Příloha č. 9: Seznam realizovaných projektů (text)**

**Rok 1999 – 2000:** „Projekt vytvoření minimálních standardů pro jednotlivé komplexy sociálních služeb“

**Rok 2000–2001:** „Projekt Metodika hodnocení kvality služeb v ústavech přímo řízených MPSV“

**Rok 2001:** Projekt „Metodika hodnocení kvality služeb poskytovaných v rezidenčních službách (i) podporované bydlení, chráněné bydlení, (ii) azylové domy“ (2001)

**Rok 2001:** Projekt „Vypracování vzorové metodiky hodnocení kvality poskytovaných služeb pro oblast sociální intervence – poradenství“ (2001)

**Rok 2001:** „Metodika výcviku sekretářů a hodnotitelů kvality sociálních služeb v ÚSP a výcvik 16 hodnotitelů, 7 sekretářů, 4–6 vedoucích HS a 3–4 supervizorů“

**Rok 2001:** „Projekt kontrola kvality poskytovaných sociálních služeb u příjemců dotací ze státního rozpočtu pro rok 2001“

**Rok 2000 – 2003:** Česko-britský projekt „Podpora MPSV při reformě sociálních služeb“. 2 hl. moduly: I. Komunitní plánování + II. Rozvoj kvality v soc. službách (tzn. standardy + inspekce)

Zdroj: NFV, Dostupné z: <http://www.nvf.cz/kvalita-socialnich-sluzeb>

**Příloha č. 10: Nejvýznamnější připomínky k Návrhu řešení úhrad zdravotní péče v ústavech sociální péče a sociální péče ve zdravotnických zařízeních (text)**

- *„nesouhlas s tvrzením o nutnosti vytvoření zcela nové právní úpravy,*
- *nesouhlas s tím, že ošetrovatelskou péčí v pobytových zařízeních by nemohly*
- *vykonávat agentury domácí péče,*
- *nesouhlas s rozsahem časových kalkulací jednotlivých výkonů, který povede k tomu, že obyvatelům pobytových zařízení sociálních služeb by byla poskytována kvalitativně a kvantitativně jiná zdravotní péče,*
- *nesouhlas s tím, že navrhované zvýšení úhrad za sociální hospitalizaci nebylo doplněno vhodným valorizačním mechanismem, který by zachovával její reálnou úhradu,*
- *nesouhlas s tím, že navržené zdravotní výkony nebyly diskutovány s profesní odbornou reprezentací a byly zkalkulovány bez znalosti náplně jednotlivých ošetrovatelských aktivit a příslušných právních předpisů,*
- *nesouhlas s navrhovaným a nejasně vyargumentovaným možným převodem určité kapacity zdravotnických zařízení do sociální sféry a s chybějící motivací k této transformaci“*

Zdroj: Průša a kol., 2009: s. 21

## **Příloha č. 11: Vybraná opatření národního programu přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (text)**

### **5. Strategická priorita: Prostředí a komunita vstřícná ke stáří**

#### Opatření:

5. H. Transformovat zařízení residenčních sociálních služeb pro seniory tak, aby tato zařízení poskytovala chráněné bydlení a individualizované služby a aby jeho uživatelům byla dostupná jak primární, tak specializovaná (geriatrická, gerontopsychiatrická atd.) zdravotní péče.

Gesce: MPSV

Spolupráce: MMR, ČGGS, sociální partneři, regionální a místní samospráva, nestátní neziskové organizace, Rada vlády pro seniory a stárnutí populace

Termín: průběžně (s. 33)

### **6. Strategická priorita: Zdraví a zdravé stárnutí**

#### Opatření:

6. C. Zpracovat koncepci rozvoje systému zdravotních a sociálních služeb pro starší osoby („bílou knihu o službách pro seniory“), která stanoví základní strategii, priority, principy a kompetence poskytování zdravotních a sociálních služeb pro starší osoby. V rámci přípravy nové legislativy navrhnout opatření ke zvýšení provázanosti zdravotní a sociální péče.

Gesce: MPSV, MZ

Spolupráce: ČGGS, sociální partneři, regionální a místní samospráva, nestátní neziskové organizace, Rada vlády pro seniory a stárnutí populace

Termín: 2009 (s. 39)

6. D. Zpracovat ekonomickou analýzu současného systému poskytování dlouhodobé péče v rámci zdravotnictví a sociálních služeb. Na základě této analýzy zpracovat návrh opatření v systému dlouhodobé péče a přijmout opatření k naplňování nové legislativy vymezující dlouhodobou péči, včetně způsobu její úhrady.

Gesce: MPSV, MZ

Spolupráce: ČGGS, ČSÚ, sociální partneři, regionální a místní samospráva, nestátní neziskové organizace, Rada vlády pro seniory a stárnutí populace

Termín: 2009 (s. 39)

6. G. Vhodným nastavením legislativních podmínek pro zdravotní pojišťovny reagovat na stárnutí populace a měnit se požadavky na zdravotní péči a zajistit dostupnost odborné geriatrické péče (nemocniční a ambulantní). Podpořit rozvoj odborné geriatrické zdravotní péče a uplatnění koncepce oboru geriatry ČGGS ČLS JEP v praxi.

Gesce: MZ

Spolupráce: ČGGS, regionální a místní samospráva, nestátní neziskové organizace, Rada vlády pro seniory a stárnutí populace

Termín: 2009 (s. 40)

6. M. Do vzdělávání praktických lékařů, jednotlivých lékařských specializací a příslušných nelékařských profesí zahrnout poznatky z oboru gerontologie a geriatry a paliativní péče.

Gesce: MZ, MŠMT

Spolupráce: ČGGS, regionální a místní samospráva, nestátní neziskové organizace, Rada vlády pro seniory a stárnutí populace

Termín: průběžně (s. 41)

Zdroj: MPSV, 2008

**Příloha č. 12: Uvažovaná řešení k odstranění závislosti poskytovatelů sociálních služeb na přiznání dotace za státního rozpočtu nebo z rozpočtu zřizovatele (text)**

- „zrušení maximální výše úhrad za pobyt a stravu v pobytových a ambulantních zařízeních a za jednotlivé úkony v oblasti terénních sociálních služeb,
- důsledné uplatňovat, aby uživatelé služeb - především v domovech pro seniory - platili za poskytované služby spolu s přiznaným příspěvkem na péči a úhradou ošetrovatelské a rehabilitační péče ze zdrojů zdravotních pojišťoven skutečnou výši provozních nákladů daného zařízení (vč. přiměřeného zisku),
- poskytování věcné pomoci ve formě půjčky v rámci systému pomoci v hmotné nouzi těm uživatelům sociálních služeb, kteří jsou osamělí a jejichž děti nemají dostatek finančních prostředků na úhradu nákladů potřebných sociálních služeb (po úmrtí uživatele služby by se pověřený obecní úřad ve své přenesené působnosti stal účastníkem dědického řízení a pokud by se výše uvedené skutečnosti v jeho rámci potvrdily, půjčka by se účetně "převedla na dávku", v opačném případě by poskytnutou půjčku museli do výše disponibilních zdrojů uhradit dědicové),
- důsledné vytvoření "zrcadla" v pravidlech pro poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních a ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb (povinná registrace zdravotnických zařízení pro poskytování sociálních služeb a definování standardů kvality jejich poskytování, výplata příspěvku na péči klientům i při jejich dlouhodobém pobytu v registrovaném zdravotnickém zařízení).“ (Višek, Průša, 2012: s. 104)

Zdroj: Višek, Průša, 2012

**Příloha č. 13: Vývoj počtu zdravotnického personálu (SZP) v PZSS 2008 – 2013 (tabulka)**

<b>Rok</b>	<b>Počet SZP</b>	<b>Kapacita PZSS</b>	<b>DS</b>	<b>DZR</b>	<b>DOZP</b>	<b>Počet lůžek na 1 SZP</b>
<b>2008</b>	5310	60242	<b>37733</b>	<b>7396</b>	15113	<b>11,3 ( 62)</b>
<b>2009</b>	5356	59967	<b>37192</b>	<b>8223</b>	14552	11,2
<b>2010</b>	5224	61036	<b>37818</b>	<b>8822</b>	14396	11,7
<b>2011</b>	5025	61321	<b>37616</b>	<b>9727</b>	13978	12,2
<b>2012</b>	4876	62037	<b>37477</b>	<b>10740</b>	13820	12,7
<b>2013</b>	4816	63562	<b>38091</b>	<b>12048</b>	13423	<b>13,2 ( 73)</b>

Zdroj: Procházka, 2015