

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**

**ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Zdravotní pojištění a úhrada ošetrovatelské a rehabilitační péče  
poskytované v zařízeních sociálních služeb**

Diplomová práce

Autor práce: Bc. Gabriela Voborníková

Vedoucí práce: JUDr. Věra Pražmová

5.5. 2008

## **Health insurance and reimbursement for nursing services and rehabilitation care in social services facilities**

The topic of my diploma thesis is Health insurance and reimbursement for nursing services and rehabilitation care provided in social services facilities. I chose this topic not only because social services and related fields are currently very topical but also because I wanted to find out what changed with regard to social services facilities with the arrival of the possibility of funding nursing and rehabilitation care. I wanted to explore opinions of people who work in this field and encounter such issues on a daily basis. Since the possibility of reimbursement for nursing and rehabilitation care has been in the Czech Republic for a relatively short period of time, I assumed that the collection of data would bring new insight into the matter. The theoretical part of my thesis deals with social services and subjects that establish and provide social services. Furthermore, I also discuss the main aims of social services. Next chapter deals with the funding of social services and the factors that help improve the quality of social services. This is followed by the description of nursing and rehabilitation care in residential care facilities. This part focuses closely on the new legal regulation and the types of residential care facilities and also analyses the term competence for the performance of health profession. The practical part of the thesis contains the results of my research work. It describes the methodology (in order to achieve the goal established and to confirm, or reject the hypotheses, I did a questionnaire-based survey and performed the secondary analysis of data). The group studied included all facilities that met the following condition: they had to be residential social services facilities located in the South Bohemian Region. The aim of my work was to find out whether the change in the legal regulation helped improve the funding of nursing and rehabilitation care in residential care facilities. It follows from my research that the possibility of reimbursing for rehabilitation and nursing care from public health insurance means more resources for a social services facility. Furthermore, the obligation to charge a particular health insurer a fee for health care implies more administrative work for the facility. In conclusion, the hypotheses suggested were confirmed and the goal of the work

was achieved. My diploma thesis can serve as a full-range source of information for the facilities providing social services. It can also become a useful study material for other students.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci na téma Zdravotní pojištění a úhrada ošetrovatelské a rehabilitační péče poskytované v zařízeních sociálních služeb jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích .....

.....

Podpis studenta

## **Poděkování**

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí mé diplomové práce JUDr. Věře Pražmové za její vstřícnost, trpělivost, ochotu a cenné rady, kterými přispěla ke konečné verzi diplomové práce.

## Obsah

Úvod .....	9
<b>1. Současný stav</b> .....	10
1.1. Účel a definice sociálních služeb .....	10
1.2. Zřizovatelé sociálních služeb .....	12
1.3. Poskytovatelé sociálních služeb .....	12
1.3.1 Nestátní neziskové organizace .....	13
1.4 Organizace působící v sociální oblasti .....	14
1.5 Cíle sociálních služeb .....	14
1.6 Historie sociálních služeb .....	14
1.7 Současnost sociálních služeb .....	16
1.8 Zákon o sociálních službách .....	18
1.9 Znaky nového systému sociálních služeb .....	19
1.10 Smlouva o poskytování sociálních služby .....	20
1.11 Jednání se zájemcem o službu .....	20
1.12 Financování sociálních služeb .....	21
1.13 Změny v sociálních službách .....	22
1.13.1 Příspěvek na péči .....	22
1.14 Kvalita sociálních služeb .....	23
1.14.1 Personální zajištění pro kvalitu sociálních služeb .....	24
1.14.2 Význam zajištění kvality sociálních služeb .....	25
1.14.3 Způsoby zajištění kvality sociálních služeb .....	26
1.14.3.1 Registrace poskytovatele sociálních služeb .....	26
1.14.4 Standardy kvality sociálních služeb .....	27
1.14.4.1 Typy standardů .....	29
1.14.4.2 Přínosy standardů z pohledu poskytovatelů sociálních služeb	30
1.14.4.3 Nevýhody standardů z pohledu poskytovatelů sociálních služeb	30
1.14.5. Komunitní plánování .....	31
1.14.5.1 Co je komunitní plánování .....	31

1.14.5.2	<i>Cesta ke komunitnímu plánu</i>	31
1.14.5.3	<i>Proces komunitního plánování</i>	31
1.14.5.4	<i>Výhody plánování</i>	32
1.14.6	<i>Místní a časová dostupnost služby</i>	32
1.14.7	<i>Zvyšování kvality sociálních služeb</i>	32
1.15	<b>Úhrada ošetrovatelské a rehabilitační péče v zařízeních pobytových sociálních služeb</b>	33
1.15.1	<i>Nová právní úprava</i>	33
1.15.2	<i>Typy pobytových zařízení sociální péče</i>	35
1.15.2.1	<i>Týdenní stacionáře</i>	35
1.15.2.2	<i>Domovy pro osoby se zdravotním postižením</i>	35
1.15.2.3	<i>Domovy pro seniory</i>	35
1.15.2.4	<i>Domovy se zvláštním režimem</i>	36
1.15.3	<i>Povinnosti pobytových zařízení</i>	36
1.15.4	<i>Způsobilost k výkonu zdravotnického povolání</i>	39
1.15.4.1	<i>Všeobecná sestra v sociálních službách</i>	39
1.15.4.2	<i>Zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti</i>	40
1.15.4.3	<i>Zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti</i>	40
1.15.4.4	<i>Zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením</i>	40
1.15.5	<i>Seznam zdravotních výkonů</i>	41
1.15.6	<i>Zvláštní smlouva</i>	41
1.15.6.1	<i>Práva a povinnosti smluvních stran</i>	42
1.15.6.2	<i>Pobytová zařízení</i>	42
1.15.6.3	<i>Pojišťovny</i>	42
1.15.6.4	<i>Kontrola</i>	42
<b>2.</b>	<b>Cíl práce a hypotézy</b>	<b>44</b>

2.1 Cíl práce .....	44
2.2 Hypotézy .....	44
<b>3. Metodika</b> .....	<b>45</b>
3.1 Použité metody výzkumu .....	45
3.2 Charakteristika výběrového souboru .....	45
<b>4. Výsledky</b> .....	<b>46</b>
4.1 Grafy a tabulky .....	46
<b>5. Diskuse</b> .....	<b>90</b>
<b>6. Závěr</b> .....	<b>97</b>
<b>7. Seznam použité literatury</b> .....	<b>99</b>
<b>8. Klíčová slova</b> .....	<b>103</b>
<b>9. Přílohy</b> .....	<b>104</b>



## Úvod

Pro svou diplomovou práci jsem si zvolila téma Zdravotní pojištění a úhrada ošetrovatelské a rehabilitační péče poskytované v zařízeních sociálních služeb. Toto téma jsem si zvolila z toho důvodu, neboť mě zajímalo, zda změnil nový zákon o sociálních službách a související předpisy; systém financování rehabilitační a ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb. Chtěla jsem se dozvědět, jaká je realita přímo v daných zařízeních. Co se pro ně změnilo, nebo zda je vše stejné a přibyla jen další administrativní činnost. Přála jsem si slyšet názory přímo od povolaných lidí, kteří v jednotlivých zařízeních pracují a denně se s tímto tématem setkávají.

Statisticy neustále poukazují na stárnutí naší populace. Se stářím přicházejí častěji různá onemocnění, která vyžadují dlouhodobé léčení a někdy i doživotní upoutání na lůžko. Z tohoto důvodu bude neustále přibývat lidí, kteří okolo sebe potřebují někoho, kdo se o ně postará (poskytne jim službu), pokud to nebude moci zajistit jejich rodina. Musely se proto vytvořit nové podmínky, které by napomohly rozvoji sociálních služeb a souvisejících oblastí. Zajímalo mě, zda se to alespoň zčásti povedlo.

V teoretické části práce se zabývám definicí sociálních služeb, kdo sociální služby zřizuje a kdo poskytuje. Dále uvádím, co by mělo být cílem sociálních služeb, k čemu by měly směřovat. Zmiňuji se o jejich financování a o faktorech přispívajících ke zkvalitnění sociálních služeb. Poté se věnuji tématu ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče v zařízeních pobytových sociálních služeb, zabývám se novou právní úpravou, charakterizuji typy pobytových zařízení sociální péče a povinnosti poskytovatelů. V závěru teoretické části se zabývám obsahem pojmu způsobilost k výkonu zdravotnického povolání.

Praktická část obsahuje výzkumnou část práce. Jsou zde stanovené cíle a hypotézy dále je popsána metodika výzkumu – použité metody a charakteristika výběrového souboru. Následují zpracovaná data pomocí grafů a tabulek. Praktická část je ukončena závěrem, v němž je shrnuta celá práce a uvedeno, zda byly hypotézy potvrzeny či vyvráceny a zda byl splněn cíl diplomové práce.

## **1. Současný stav**

### **1.1 Účel a definice sociálních služeb**

V průběhu lidského života nastává mnoho situací, se kterými se musíme vyrovnávat. Vedle přirozených a radostných událostí se dostáváme i do situací pro nás nepříznivých a mnohdy neočekávaných. Může se jednat o nemoc, zdravotní postižení, invaliditu, ale i chudobu, samotu či ztrátu zaměstnání a výdělků. Některé situace můžeme zvládnout vlastními silami nebo za pomoci svých blízkých. Některé události však nejsme schopni sami vyřešit a nejsme schopni zabezpečit své základní životní potřeby. V tomto případě je nutná pomoc státu v rámci realizované sociální politiky. Vedle sociálního pojištění a státní sociální podpory tvoří sociální pomoc základ systému sociální ochrany a hovoří se o ní jako o třetím pilíři sociálního zabezpečení. Systém sociální pomoci vytváří určitý standard v oblasti lidských práv, jehož základní složkou je právo na existenci člověka. Sociální pomoc se u nás uskutečňuje prostřednictvím sociálních služeb a dávek sociální péče (10).

Hlavním posláním sociální služby je snaha umožnit lidem, kteří jsou v nepříznivé sociální situaci, zůstat rovnocennými členy společnosti a využívat jejich přirozených zdrojů, žít nezávisle, v kontaktu s ostatními lidmi a v přirozeném sociálním prostředí (26). Sociální služby pomáhají lidem žít běžným životem – umožňují jim pracovat, nakupovat, navštěvovat školy, účastnit se aktivit volného času, starat se sami o sebe, o domácnost apod. Zaměřují se na zachování co nejvyšší kvality a důstojnosti života (4).

Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společensky chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství (14).

Sociální služby tvoří široké spektrum. Jejich funkcí je uspokojování specifických potřeb určitých skupin obyvatelstva poskytnutím služby. Služby jsou modernější formou sociální pomoci, která umožní indisponovanému občanu setrvat v jeho přirozeném prostředí. Přitom není podstatné, kdo službu poskytuje, ale jak je

potřebnému dostupná. Dostupnost je kvantitativní dimenzí služby a je vyjádřená dostupností prostorovou, časovou, personální a finanční (2). Každému občanu, ať žije kdekoliv, musí být umožněn přístup k celému spektru sociálních služeb, jak se postupně vytvořilo, a to z hlediska finanční i fyzické dostupnosti. Jinak řečeno, v každém území by měly být některou z forem občanům k dispozici všechny základní typy služeb. Ty představují komplex vzájemně nezastupitelných aktivit, řešících individuální situace sociální a popř. i hmotné nouze. Za reálnou existenci služeb by měly být ve prospěch svých občanů odpovědný postupně stále více samosprávné obce. Je také nutné stanovit podstatně příznivější a rovnoprávnější podmínky pro podporu na rozvoj činností nestátních subjektů v této oblasti. Role státu se jeví především v oblasti právní regulace, ekonomické stimulace a podpory (23).

Sociální služby nejsou významné proto, že je potřebuje mnoho lidí, ale proto, že bez jejich působení by se významná část občanů nemohla podílet na všech stránkách života společnosti, bylo by znemožněno uplatnění jejich lidských a občanských práv a docházelo by k jejich sociálnímu vyloučení(10). Nejčastěji užívají sociální služby staří občané a lidé se zdravotním postižením, kteří využívají pomoc při zajišťování základních životních potřeb (39).

Podle Tomeše je pojem „sociální služby“ používán v těchto souvislostech:

- jako druh sociální péče poskytované konáním (službou) státní (obecné) instituce ve prospěch jiné osoby
- šířeji jako činnosti (výkony) ve prospěch občanů poskytované soukromoprávní nebo veřejnoprávní institucí přímo nebo soukromoprávní institucí za podpory veřejnoprávní instituce
- jako sociální práce (odborná činnost profesionálních pracovníků) ve prospěch lidí v sociální nouzi (33).

Cílem sociálních služeb je pomoc v těch oblastech života a při výkonu těch pro život či pracovní uplatnění nezbytných činností, které zdravotně postižený občan není schopen samostatně zvládat ani po absolvování základní či akutní léčby a rehabilitačního procesu (1).

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb rozumíme pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů (4).

### **1.2 Zřizovatelé sociálních služeb**

- Obce a kraje, které dbají na vytváření vhodných podmínek pro rozvoj sociálních služeb, zejména zjišťování skutečných potřeb lidí a zdrojů k jejich uspokojování, kromě toho sami zřizují organizace poskytující sociální služby.
- Nestátní neziskové organizace a fyzické osoby, které nabízejí široké spektrum služeb, jsou rovněž významnými poskytovateli sociálních služeb.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí, které je nyní zřizovatelem pěti specializovaných ústavů sociální péče (4).

Obce mohou zřizovat v rámci své samostatné působnosti sociální službu buď jako vlastní organizační složku bez právní subjektivity, nebo jako příspěvkové organizace, které mají samostatnou právní subjektivitu. První možnost, forma organizační složky obce, se využívá spíše v případech, kdy jde o službu nenáročnou na personál, prostory a techniku. Pokud má obec zřizovat službu v těchto ohledech náročnou, je vhodnější forma samostatné příspěvkové organizace. Také kraje mohou zřizovat sociální služby v rámci své samostatné působnosti, a to stejně jako obce buď ve formě svých organizačních složek, nebo jako příspěvkové organizace. Po roce 2002 se kraje staly zřizovateli většiny zařízení sociální péče, kterou do té doby zřizovali okresy. Ministerstvo práce a sociálních věcí také může zřizovat zařízení sociální péče. V současnosti je ministerstvo zřizovatelem specializovaných ústavů s celostátní působností (14).

### **1.3 Poskytovatelé sociálních služeb**

Právnícká nebo fyzická osoba, která má podle zákona o sociálních službách registraci, poskytuje na základě smluvního vztahu uživateli sociální službu za účelem

zajištění potřebné pomoci. Sociální službu mohou poskytovat i dobrovolní pracovníci a to na základě zákona č.198/2002 Sb., o dobrovolnictví, kteří musí mít uzavřenou smlouvu dle tohoto zákona. V praxi to znamená, že s nabytím účinnosti zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, dochází ke změně v posuzování profesionálních pracovníků vykonávajících odbornou činnost. Tento zákon v § 115 vymezuje okruh pracovníků v sociálních službách vykonávajících odbornou činnost a v § 116 pak činnosti vykonávané pracovníkem v sociálních službách. Pracovníci v sociálních službách vykonávají činnosti v pracovně právním vztahu(4).

### *1.3.1 Nestátní neziskové organizace*

Zřizovatelem a poskytovatelem sociálních služeb mohou být v České republice i nestátní neziskové organizace. Tyto subjekty mohou dostávat dotace na svou činnost z veřejných rozpočtů, tj.z rozpočtů obcí, krajů a ministerstev. Na tyto dotace nemají právní nárok. Nestátní poskytovatelé sociálních služeb vznikají jako právnické osoby od roku 1990, do té doby nebylo poskytování sociálních služeb ze strany nestátních subjektů možné – nestátní subjekty v podstatě neexistovaly. V roce 1990 bylo nicméně zřejmé, že k rozvoji občanské společnosti jsou potřeba rovněž nestátní subjekty, jež mohou pracovat na neziskové bázi. Celou první polovinu devadesátých let vznikaly téměř všechny tyto subjekty ve formě občanských sdružení. Díky dalšímu vývoji legislativy v druhé polovině devadesátých let je nicméně v současné době možné zakládat poskytovatele sociálních služeb v následujících formách – občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti a církevní právnické osoby (14).

Ani jedna z forem nestátních subjektů, jež mohou působit jako poskytovatelé sociálních služeb, nemá ve své obecné úpravě žádná specifika týkající se poskytování sociálních služeb. Je tomu tak proto, že všechny právní formy nestátních subjektů mohou být zřizovány k nejrůznějším účelům (sportovním, výchovným, kulturním apod.). Jedním ze závažných nedostatků dosavadní právní úpravy byla právě skutečnost, že neexistovaly žádné zákonné požadavky na činnost poskytovatelů sociálních služeb – z hlediska kvality poskytovaných služeb, odborné způsobilosti zaměstnanců takového subjektu, vybavenosti jeho zařízení apod. Tento nedostatek je nyní částečně řešen povinností registrace poskytovatelů sociálních služeb, zavedené zákonem o sociálních

službách. Všechny subjekty zainteresované na poskytování sociálních služeb nazývá americká literatura „stakeholders“, což je výraz těžko přeložitelný do češtiny. Nejspíše by se k jeho překladu hodil termín zainteresované subjekty(14).

#### 1.4 Organizace působící v sociální oblasti

Subjekty, které obvykle působí v sociální oblasti a to především jako poskytovatelé sociálních služeb, můžeme dělit dle právní formy takto:

1) nevládní neziskové organizace (občanská sdružení, nadace a nadační fondy, obecně prospěšné společnosti, církve a účelová zařízení církví)

2) neziskové organizace založené vládní autoritou (příspěvkové organizace zřízené orgány státní správy, příspěvkové organizace zřízené obcemi a kraji)

3) ostatní organizace založené za jiným účelem než podnikání (společnost s ručením omezeným, akciová společnost) (5).

#### 1.5 Cíle sociálních služeb

Cíle si lze představit, jako úseky různých cest k dosažení poslání. Zatímco poslání může být společné pro všechna zařízení sociálních služeb zřizovaná jednou organizací, měly by cíle být formulovány pro každé zařízení zvlášť. Formulované cíle by měly být specifické pro dané zařízení. Měly by to být měřitelné výsledky či procesy, které ukazují, jak konkrétně bude vaše zařízení naplňovat poslání, pro které vzniklo.

Dobře formulované cíle:

- popisují to, čeho konkrétně má být dosaženo poskytováním sociálních služeb u stanovené cílové skupiny uživatelů
- stanovují termíny, kdy má být cílů dosaženo
- zohledňují zdroje, které jsou k dispozici
- jsou reálné – dosažitelné v reálném čase
- lze je změřit, určit, zda byly dosaženy – je možno je monitorovat
- je těžké je zmanipulovat (3).

#### 1.6 Historie sociálních služeb

Pomoc starým a zdravotně postiženým lidem byla v minulosti zřejmě dlouhou dobu praktikována výhradně v rodinné kruhu, starosti s tím spojené ležely dlouhou dobu mimo horizont společenského dění. Jakmile se však tato skupina potřebných zvětšovala,

propadala se na okraj společnosti a stávala se tak viditelným problémem, který bylo nutno řešit i mimo rodinné vazby (2).

Dva souběžně působící motivy poskytování sociálních služeb se v historii Evropy v podstatě nemění. Služby byly a stále jsou motivovány snahou pomoci sociálně slabým lidem, a současně se do nich promítá zájem osob disponujících mocí na udržování společenské rovnováhy. Problém chudiny byl již od dob starověkých říší předmětem zájmu panovníků. Ve starověku a později i část středověku se však společnost před chudými bránila. Represivní postoj k lidem žijícím na okraji společnosti se v dějinách víckrát vracel. V raném středověku se první sociální služby objevily po přijetí křesťanství a po zřízení církve. První církevní sociální služby začaly poskytovat kláštery a později farnosti. Ty tak představovaly v podstatě první „instituce“, které plánovitě a více či méně organizovaně poskytovaly dlouhodobou pomoc chudým, nejvíce právě prostřednictvím služeb věcného charakteru. Se vznikem centralizovaných států se začala centralizovat i politika státu vůči sociálně slabým lidem. Pod patronací státu se začaly postupně zřizovat služby převážně ústavního charakteru, které měly dlouhodobě pečovat o znevýhodněné lidi. Až na přelomu 18. a 19. století vznikala diferencovaná velká zařízení pro opuštěné děti, staré osoby, lidi nemajetné aj. Na našem území byla tato péče od 19. století poskytována obcemi. Ve 20. století vznikaly významné iniciativy na půdě církve, které byly ovšem potlačeny komunistickým režimem (14).

Za posledních patnáct let došlo v naší zemi k řadě, většinou pozitivních změn. Bylo proto dosaženo pokroku v humanizační oblasti, zvyšují se technické možnosti, rozvíjí se oblast sociální, významnější roli v životě společnosti hraje sociologie. Zvýšila se i pozornost věnovaná lidem, kteří se nacházejí z důvodu svého zdravotního stavu nebo rizikového způsobu jednání v nepříznivé sociální situaci. Těmto lidem využití sociálních služeb zabrání sociální exkluzi, nebo umožní jejich integraci nebo neintegraci do společnosti. Do skupiny lidí využívajících sociální služby je nutno započítat nejen osoby s různými typy zdravotního postižení, děti, které přišly o rodinné zázemí, osoby které se ocitly v krizové životní situaci, osoby závislé na návykových látkách, ale i značnou část seniorů. Celá tato skupina se musí vypořádat se specifickou životní situací, s rolí člověka s handicapem. Minulý politický režim v naší zemi vytvářel dojem, že

poměrně velká sociální skupina handicapovaných neexistuje, zřetelná byla snaha umisťovat jedince s postižením do izolovaných ústavů apod. (30).

Do roku 1989 i v průběhu devadesátých let byl i v praxi kladen důraz na celodenní ústavní péči. Alternativní služby především před rokem 1989 kromě pečovatelské služby v podstatě neexistovaly. Služby terénní a jiné začaly poskytovat až nestátní subjekty, jež vznikly po roce 1989 (14). Po roce 1990 dochází v České republice k výraznému rozvoji sociálních služeb. Vznikají sociální služby, které dříve chyběly, jako reakce na potřeby specifických skupin občanů a jsou založeny na moderních metodách sociální práce. Tento rozvoj sociálních služeb byl však prozatím spíše živelný a nestrukturovaný. Legislativní změny, které by byly pro tento rozvoj velmi potřebné nebyly prováděny pružně a stávalo se, že byly zastaralé již v době, kdy nabývaly účinnosti (32).

Po roce 1990 se poskytovateli sociálních služeb kromě státu, měst, obcí a okresních úřadů staly i církve, občanská sdružení, další nestátní neziskové organizace i fyzické osoby. V určité míře dochází k marketizaci a komercializaci sociálních služeb, vytváří se různé dobrovolné a dobročinné organizace, dochází k oživení činnosti církví v sociální oblasti, což je ve svých důsledcích procesem žádoucím. Sociální služby se neobyčejně rozšířily, od zajištění základních životních potřeb až po specializované odborné služby pro malé skupiny zdravotně postižených. Své tradiční role v této oblasti, se chopil i občanský sektor, zejména profesionálové v sociální oblasti, kteří využili možnosti založit nestátní subjekt, jehož prostřednictvím mohli okamžitě začít poskytovat moderní sociální služby (10).

### **1.7 Současnost sociálních služeb**

V posledních letech bylo dosaženo výrazných legislativních změn. Naše společnost má však zatím velké problémy s jejich neznalostí a dodržováním. Je třeba v první řadě odstranit bariéry v navyklém způsobu myšlení, odstraňovat nedostatky v právních předpisech. Má-li u nás být naplňována Listina základních práv a svobod, která je součástí našeho ústavního pořádku, musí být vytvořeny rovné podmínky i pro osoby s handicapem. Tzn. odstranit diskriminaci, podporovat nezávislý způsob života a



větší sociální integraci, umožnit získávat vzdělání, kvalifikaci zaměstnání, zlepšit kvalitu a dostupnost péče a pomůcek a zajistit i odpovídající bydlení (30).

Důležitou roli při tomto rozvoji hraje neziskový sektor(32). V moderních západoevropských a severoamerických státech poskytují sociální služby státní i nestátní subjekty. Služby na nestátní bázi mohou jednodušeji nabízet pomoc i lidem, jejichž způsob života je veřejností odmítán. Nestátní pomoc není placená z daní, ale stát může poskytovatele smluvně podporovat, nebo poskytovat vlastní prostředky výnosů z poplatků a daní k financování těchto služeb (33).

Obecným směřováním je v současnosti snaha o redukci role státu jako jediného poskytovatele sociálních služeb. Rozvíjí se služby poskytované nestátními subjekty a v některých případech jsou služby poskytované za úplatu na komerční bázi. Stát (popřípadě jím pověřené orgány) pouze určuje pravidla poskytování služeb (zejména zákony a vyhláškami), registruje poskytovatele, vydává nebo odebrává oprávnění k poskytování služeb, kontroluje kvalitu služeb a takto garantuje, že jsou služby poskytovány způsobem, jaký je v dané době přiměřený a obvyklý (14).

Jedním z důležitých faktorů ovlivňujících jak charakter sociální politiky, tak i konkrétní podobu sociálních služeb je demografický vývoj a některé demografické ukazatele (porodnost, kojenecká úmrtnost a celková úmrtnost, počet obyvatel a jejich vývoj, střední délka života a věková struktura). Z hlediska demografického vývoje je nutné upozornit na alarmující skutečnost, která výrazně ovlivní oblast sociálních služeb, a to, že v devadesátých letech se výrazně urychlilo stárnutí obyvatelstva, způsobené poklesem počtu a podílu dětí. Pokles porodnosti se projevil na celkovém poklesu počtu obyvatel (10). Pro představu se uvádí, že podle prognózy ČSÚ bude v první dekádě 21. století postupně docházet ke změně demografické struktury populace. V roce 2030 bude průměrný věk obyvatel ČR přibližně 46 let, polovina obyvatel bude starších 48 let a počet dětí do 14 let bude výrazně převyšován počtem osob ve věku nad 60 i nad 65 let (30). Současné obyvatelstvo České republiky je nutno definovat jako populaci regresního typu, vyznačující se navíc značnou převahou žen ve vyšším věku (10).

Jak již bylo jmenováno výše, od roku 1990 dochází k renesanci sociální práce a sociální pomoci jako takové, a to jak v návaznosti na tradice sahající do období první

republiky, tak s ohledem na potřebu řešit evropsky srovnatelnými metodami nové sociální problémy. Právní normy upravující sociální oblast a to zejména problematiku sociálních služeb byly zastaralé, neodpovídaly současnému vývoji v praxi a neodrážely celkové změny posledních let (39).

### 1.8 Zákon o sociálních službách

Z výše zmiňovaných důvodů vznikl nový zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Nový zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., který nabyl účinnosti 1.1. 2007, přinesl zásadní změny do oblasti sociálních služeb. Změny spočívají jak v novém pojetí samotných sociálních služeb, jejich forem, druhů a podmínek poskytování, tak i v novém přístupu k finančnímu zajištění osob, které pomoc v nepříznivé sociální situaci potřebují, těmto osobám je určena nová dávka – příspěvek na péči poskytovaný na zajištění potřebné pomoci zejména prostřednictvím služeb sociální péče, ať již poskytovaných v domácím prostředí osob, nebo v zařízeních sociálních služeb (11). Konkrétní potřeba reformy v oblasti služeb vyplývala také z toho, že dosavadní posuzování sociálních služeb nebylo zcela dostatečné, odvíjelo se od zdravotnického a hygienického úhlu pohledu a v této perspektivě zcela chybělo zaměření na toho, pro koho se vlastně sociální služby vykonávají, tedy na uživatele sociálních služeb (17).

Tato reforma sociálních služeb by měla vytvořit takový systém sociálních služeb, v němž by byla zaručena dostupnost služeb pro všechny osoby, které se ocitnou v nepříznivé sociální situaci, přičemž je nutné garantovat kvalitu služeb, zavést jejich účinnou kontrolu, vytvořit způsob plánování služeb a v neposlední řadě vymezit požadavky na profesionalitu pracovníků v sociálních službách. Sociální služby musí být v souladu s principem rovných příležitostí k dispozici každému, kdo pomoc potřebuje, musí respektovat důstojnost uživatelů a podporovat jejich nezávislost, zvýšenou společenskou a ekonomickou spoluúčast uživatelů, a to zejména upřednostněním individuálních potřeb oprávněného jedince a přímým adresným směřováním finančních prostředků k oprávněným osobám. Nový systém sociálních služeb by měl včasným rozpoznáním potřeb obcí, měst a regionů v oblasti sociálních služeb a jejich flexibilním zabezpečením předcházet sociálnímu vyloučení jednotlivých osob nebo skupin (10).

Až do přijetí zákona o sociálních službách byly sociální služby primárně poskytovány státem, Ministerstvem práce a sociálních věcí nebo okresními úřady. V rámci přechodu kompetencí okresních úřadů, které byly rušeny v souvislosti s reformou veřejné správy, přešly pravomoci v oblasti sociálních služeb na kraje a obce s rozšířenou působností. Sociální služby by přitom měly být poskytovány především obcemi a nevládními organizacemi, aby mohla být každá služba co nejvíce „šitá na míru“ potřebám konkrétního klienta. Z definice sociální péče vyplývá, že péče byla občanům „zajišťována“, což implikuje pasivní roli klienta sociálních služeb. Celý systém sociální péče byl de facto pojat tak, že občan čekal na to, co mu bude poskytnuto, a nebyl žádným motivačním prvkem veden k tomu, aby se rozhodoval a vyvíjel vlastní aktivitu (14).

Nový zákon o sociálních službách přinesl také určité pochybnosti. Mění se desetiletí fungující vztah subjektu (poskytovatele) a objektu (příjemce) sociální péče na vztah partnerský. Viditelnými projevy tohoto posunu je změna financování sociálních služeb. Peníze formou příspěvků nyní přicházejí těm, kteří je potřebují, z pasivních příjemců péče se stávají klienty, kteří rozhodují, jaké služby a od koho využijí. Přesto nová pravidla provázejí nejasnosti, obavy z neznámého: na jedné straně strach z nabití samostatnosti a odpovědnosti za sebe sama, na straně druhé strach ze ztráty dosavadního postavení, z konkurence i nových typů sociálních služeb (12).

### **1.9 Znamky nového systému sociálních služeb**

- Primární je poskytnutí relevantních informací osobě, která se ocitla v nepříznivé sociální situaci tak, aby ji pokud možno mohla vyřešit sama a vlastními silami.
- Teprve pokud tyto informace jako takové nestačí, nastupují sociální služby.
- Sociální služby mají být individualizované, „šité potřebám konkrétního jedince na míru“.
- Sociální služby mají být především aktivační, podporovat samostatnost klientů a předcházet delšímu trvání nepříznivé sociální situace.
- Kvalita poskytování sociálních služeb je dána přímo do souvislosti s dodržováním lidských práv a základních svobod a se zachováním důstojnosti klienta.

### **1.10 Smlouva o poskytování sociální služby**

Sociální služby jsou uživateli poskytovány na základě uzavřené smlouvy o poskytování služby. Smyslem je přispět k vytvoření takových vztahů mezi uživatelem a poskytovatelem služby (zařízením), které v co největší míře vyváží nerovné postavení poskytovatele a uživatele. Je však nástrojem ochrany obou zúčastněných stran. Výsledkem smlouvy by mělo být jasné uspořádání toho, co každá ze stran od poskytování sociální služby očekává – jaké povinnosti a práva účastníků, k jakému společnému výsledku směřují. Podstatou uzavření smlouvy je úprava vztahů mezi uživatelem a poskytovatelem služby, čili stanovení bližších podmínek poskytování služeb (3). Přičemž v některých případech, především jde-li o poskytování služeb sociální péče, jsou subjekty povinny tuto smlouvu uzavřít v písemné formě. Povinná písemná forma smlouvy chrání oba subjekty, které ji uzavírají. Obsah smlouvy se v případě, že dojde ke sporu, lépe dokazuje. V případě pouhého ústního ujednání je eventuální dokazování mnohem složitější. Poskytovatel, jenž požadovanou službu provozuje a má dostatečnou kapacitu pro její zajištění, je povinen smlouvu s osobou, která o poskytnutí služby požádala, uzavřít. Zákon je koncipován tak, že je dána přednost nestátním poskytovatelům sociálních služeb. Obce s rozšířenou působností a kraje působí v oblasti sociálních služeb pouze podpůrně: zajišťují sociální služby tam, kde je nemá kdo jiný zajistit a hrozí újma na zdraví či životě toho, kdo službu potřebuje, zjišťují ve svém obvodu potřebu sociálních služeb, zajišťují dostupnost informací o sociálních službách a zpracovávají střednědobé plány rozvoje sociálních služeb na svém území (14).

### **1.11 Jednání se zájemcem o službu**

Jednání by mělo předcházet uzavření smlouvy o poskytování sociální služby a mělo by probíhat ve třech fázích. Zařízení nabídne zájemci služby (popíše, jaký je jejich cíl, obsah, podmínky apod.) a zjistí, jaké jsou jeho potřeby a zájmy a ve spolupráci s pracovníkem zařízení pak umožní zájemci formulovat, jaké služby mu bude zařízení poskytovat. Zařízení přitom musí dbát na to, aby zájemce o službu věděl o všech podmínkách, které se k poskytování služby vztahují a aby jim rozuměl. Je důležité, aby své potřeby a zájmy určil zájemce o službu, nikoli zařízení (26).

## 1.12 **Financování sociálních služeb**

Jedním z nejožehavějších problémů transformace celého systému sociálních služeb je otázka jejich financování. Přestože sociální služby prošly v průběhu 90. let celou řadou významných změn, základní principy jejich financování se po celé období prakticky nezměnily (22). Změnu přinesl až nový zákon o sociálních službách. Na financování sociálních služeb mohou být poskytnuty dotace ze státního rozpočtu a dotace z rozpočtů obce a kraje. V souladu se zákonem č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů, na poskytnutí dotace není právní nárok (11). Zákon stanoví, že dotace ze státního rozpočtu se poskytuje na zajištění poskytování sociálních služeb poskytovatelům sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru. Tyto dotace se poskytují prostřednictvím rozpočtu kraje. Stejně jako dříve se o dotaci musí žádat. Oproti bývalému stavu však tuto žádost předkládá krajský úřad Ministerstvu práce a sociálních věcí. Tato koncepce financování sociálních služeb představuje dlouho očekávané zrovnoprávnění poskytovatelů sociálních služeb, neboť o dotaci musí žádat každý poskytovatel sociálních služeb, nikoli pouze nestátní subjekt. Jak tomu bylo doposud (4).

Ze státního rozpočtu se budou poskytovat rovněž účelové dotace. Dotaci poskytuje MPSV na podporu sociálních služeb, které mají celostátní či nadregionální charakter, na činnosti rozvojové povahy nebo v případě mimořádných situací (např. živelné pohromy). Dalším zdrojem financování sociálních služeb jsou úhrady od samotných klientů těchto služeb. Předpokládá se, že z větší části by měl úhradu za sociální služby pokrýt příspěvek na péči. Zákon stanovuje, jaké služby se poskytují bez úhrady a jaké se poskytují za úhradu. Zákon předpokládá vydání prováděcího předpisu, který stanoví maximální výše úhrad, aby nedošlo k finančnímu zneužití provozování sociálních služeb. Omezení výše úhrad se stanoví především proto, že sociální služba je službou veřejnosti a nelze z ní vytvořit čistě komerční činnost orientovanou na zisk. Přesto však existují zcela komerční zařízení sociální péče, kde se klientům poskytují nadstandardní služby, a to za nadstandardní úhradu. Pro provozovatele takových zařízení bude zřejmě omezení zákonem o sociálních službách představovat určité potíže a lze předpokládat, že se budou snažit některá ustanovení tohoto zákona obcházet (14).

### 1.13 Změny v sociálních službách

Zcela zásadně se mění vztah poskytovatel a uživatel v oblasti právního vztahu mezi nimi. Zatímco do 31.12. 2006 uživatel žádal úřad o správní rozhodnutí o umístění do sociální péče, po 1.1. 2007 již vyzve přímo poskytovatele a v případě, že tento poskytovatel poskytuje požadovanou sociální službu, má volnou kapacitu a žádající osoba není ve zdravotním stavu, který by vyloučil poskytnutí sociální služby, uzavírají společně smlouvu o poskytování sociální služby. Výše jmenované podmínky jsou také ze zákona jediné důvody, pro které může poskytovatel zájemce o službu odmítnout (4).

#### 1.13.1 Příspěvek na péči

Jednou z nevýznamnějších změn, kterou přináší nový zákon o sociálních službách, je koncipování nové sociální dávky – příspěvek na péči. Ten představuje zcela nový nástroj financování sociálních služeb a měl by výrazně přispět k potřebným, žádoucím a očekávaným změnám v této oblasti (14). Příspěvek na péči je sociální dávkou poskytovanou fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby. Účelem této dávky je umožnit osobě, aby si podle vlastního uvážení zajistila potřebnou pomoc, a to buď v rámci rodiny anebo prostřednictvím poskytovatele sociálních služeb formou poskytnutí některé ze sociálních služeb, popřípadě prostřednictvím jiné fyzické nebo právnické osoby (11). Předpokládá se, že příspěvek na péči bude vyplácen přibližně 175 tisícům osob, celkové náklady na jeho výplatu budou činit zhruba 8 miliard korun, veškeré náklady budou hrazeny ze státního rozpočtu (14).

Nárok na příspěvek na péči má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v takovém rozsahu, který odůvodňuje její zařazení do některého ze stupňů závislosti (11). Při hodnocení schopnosti osoby zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti se posuzuje, zda je osoba schopna dlouhodobě, samostatně, spolehlivě a opakovaně rozpoznat potřebu úkonu, úkon fyzicky provádět obvyklým způsobem a kontrolovat správnost provádění úkonu. Výše příspěvku na péči je proto stanovena a hodnocena tak, aby si osoba, která tuto pomoc potřebuje, mohla uhradit sociální služby a to v takovém rozsahu, kterému odpovídá stanovený stupeň závislosti (4).

1. ve stupni I., který je definován jako „lehká závislost“ – bude přiznán těm osobám, jež z důvodu dlouhodobě nepříznivého stavu budou potřebovat každodenní pomoc nebo dohled při více než dvanácti úkonech péče o vlastní osobu
2. ve stupni II., který je definován jako „středně těžká závislost“ – bude přiznán těm osobám, jež z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu budou potřebovat každodenní pomoc nebo dohled při více než osmnácti úkonech péče o vlastní osobu
3. ve stupni III., který je definován jako „těžká závislost“ – bude přiznán těm osobám, jež z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu bude potřebovat každodenní pomoc nebo dohled při více než čtyřiceti úkonech péče o vlastní osobu
4. ve stupni IV., který je definován jako „úplná závislost“ – bude přiznán těm osobám, jež z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu budou potřebovat každodenní pomoc nebo dohled při více než třiceti úkonech péče o vlastní osobu (14).

Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se považuje nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok a který omezuje duševní, smyslové nebo fyzické schopnosti a má vliv na péči o vlastní osobu a soběstačnost (11).

#### 1.14 Kvalita sociálních služeb

Není možné stanovit konkrétní metodu pro zajištění kvality. Každá organizace a každý, kdo poskytuje službu, si sám musí zvolit, jakou cestu si vybere. Obecně se doporučuje, aby základní prvky systému zajišťování kvality byly pevně svázány s kulturou služby. Tím se myslí:

- Práce s jasně stanoveným souborem standardů, hodnot a principů, které zajišťují jasné „zaměření na zákazníka“.
- Zajištění toho, že názorům uživatel služeb, jejich příbuzných a zástupců je vždy věnována pozornost a jejich názory jsou brány vážně v úvahu při řešení otázek týkajících se rozvoje služby.
- Vytváření metod pro monitorování a hodnocení kvality služeb, pro supervizi a podporu zaměstnanců.
- Je třeba, aby existovaly vhodné pokyny a postupy, a aby bylo zajištěno, že budou odpovídajícím způsobem uplatňovány (3).

### *1.14.1 Personální zajištění pro kvalitu sociálních služeb*

Zajistit kvalitu ve službách vyžaduje jiné a svým způsobem náročnější postupy a přístupy. Na rozdíl od produkce výrobků není u služeb možná výstupní kontrola před tím, než je zákazník použije. Služby se „vyrábějí a spotřebovávají současně. Klíčem kvalitních služeb jsou proto lidé, kteří je přímo poskytují. Pracovníkům, kteří se věnují přímé práci s uživateli služeb, je z toho důvodu potřeba věnovat velkou pozornost – zajistit dobrý výběr pracovníků, zaškolení a další vzdělávání, průběžnou odbornou pomoc od nezávislých odborníků (supervize) a také zajistit dobré pracovní podmínky. Primárním vodítkem při vytváření pracovních týmů jsou potřeby uživatelů, které by se měly odrazit v požadavcích na dovednosti a znalosti pracovníků a také jejich osobnostní předpoklady. V závislosti na zvyšujících se nárocích na kvalitu, odbornost atd. jsou po pracovnících v sociálních službách požadovány profesionální výkony a současně lidský přístup k uživatelům služeb. Jsou-li kladeny na pracovníky vysoké nároky, musí k tomu být vytvořeny dobré podmínky, zejména

- atmosféra důvěry – základem by měla být jasná a respektovaná vnitřní pravidla pro všechny důležité oblasti práce (např. supervize, vzdělávání, přesčasy, čerpání náhradního volna atd.)
- jasný systém odměňování – nejenom ve finanční formě, ale slovně, zohledněním zájmu o další vzdělávání, osobní růst apod.
- jasný systém kompetencí – ideální je grafické znázornění struktury organizace, tzv. pavouk, ze kterého lze zjistit odpovědnosti a vztahy nadřízených a podřízených, spolupráce s jinými týmy apod. (26).

Práci v sociálních službách dnes není možno vnímat jako dobrovolnou práci vykonávanou jen z nadšení a lásky k bližnímu. Zatímco ve společnosti vedou úvahy tohoto typu k představě sociální služby jako amatérské výpomoci, v samotných zařízeních mohou přispívat k vytvoření „asketické kultury“ (práce za minimální mzdu s malým důrazem na vytváření dobrých pracovních podmínek a kvalifikaci pracovníků). V době, kdy sociální služby jsou neodmyslitelným doplňkem pomoci rodině i společnosti nebo dokonce jediným zdrojem podpory lidem v nepříznivé situaci, je třeba



sociální pracovníky vnímat jako profesionály. Vytvoření dobrých pracovních podmínek pro ně by mělo být samozřejmostí (3).

Chris Payne říká o kvalitě: Kvalita není pevně daným souborem názorů, neskládá se z absolutních hodnot a principů, ale musí být zaměřena, definována a rozvíjena v konkrétních historických, sociálních, politických, hospodářských a kulturních souvislostech a musí být „vlastněna“ odpovídajícím způsobem. Je důležité zaměřit se na otázky související s kvalitou z různých pohledů, a ne se spoléhat pouze na předpoklady jediného souboru těch, kteří disponují finančními prostředky. Pokud tyto zásady budou akceptovány, pak budou otázky kvality řešeny prostřednictvím modelu partnerství, v němž si všichni partneři budou rovni a budou schopni rovnocenně přispívat k rozvoji služeb a přijímat odpovědnost, která z takového partnerství při rozvoji a poskytování služeb může vyplynout (19).

Sociální služby jsou důležitou složkou aktivity státu, měst, obcí a jiných nestátních subjektů v oblasti sociální politiky. Kvalita sociálních služeb je určena způsobem jejich realizace a tím, jak jsou tyto služby dostupné pro své současné a budoucí klienty (2). Spektrum sociálních služeb je nesmírně široké. A proto v zájmu nás všech je pečlivě sledovat kvalitu sociálních služeb. Smyslem celého procesu hodnocení kvality sociálních služeb je v první řadě ochrana uživatelů sociálních služeb, kteří patří k těm nejzranitelnějším skupinám obyvatelstva, před poskytnutím nekvalitní služby či institucionálním zneužitím. Dalším aspektem tohoto procesu je potřeba sledovat způsob a efektivitu využití veřejných zdrojů, ze kterých jsou sociální služby, jako služby veřejné financovány (4).

#### ***1.14.2 Význam zajištění kvality sociálních služeb***

- Zajištění kvality příjemní poskytování sociálních služeb. Základní úroveň kvality bude jednotná ve všech poskytovaných službách. Služby budou skutečně orientovány na potřebu uživatele. V neposlední řadě bude zavedení systémů zajišťujících kvalitu znamenat zlepšení dostupnosti sociálních služeb – lepší možnosti služby využívat.

- Velmi důležitým cílem zajištění kvality sociálních služeb je možnost chránit uživatele sociálních služeb před nekvalitně poskytnutou službou a zejména před porušováním práv a před zneužíváním moci pracovníků těchto služeb (13).

#### ***1.14.3 Způsoby zajištění kvality v sociálních službách***

K zajištění kvality v sociálních službách vedou dva kroky. Organizace, které budou chtít poskytovat sociální služby, musí nejprve získat oprávnění k poskytování sociálních služeb. V této fázi je posuzován jejich záměr – zda odpovídá stanoveným požadavkům včetně standardů. Dalším krokem je pravidelné hodnocení poskytovaných služeb v procesu inspekce (kontroly) (13). Předmětem inspekce sociálních služeb je plnění registračních podmínek a povinností poskytovatelů sociálních služeb. Inspekční tým, který provádí kontrolní činnost u poskytovatele sociálních služeb je složen nejméně ze tří členů. V inspekčním týmu je vždy alespoň jeden člen zaměstnanec kraje nebo zaměstnanec Ministerstva práce a sociálních věcí. V zájmu posouzení věci mohou být k účasti na inspekci přizváni specializovaní odborníci (6). Vždy by alespoň jeden ze členů inspekčního týmu měl být odborníkem na kvalitu sociálních služeb – absolventem specializovaného vzdělávání (dosud pořádaného vždy pod gescí MPSV). Specializovaný odborník nemusí být orientován pouze na kvalitu. Podle povahy inspektované služby lze přizvat i odborníky s jinou specializací (například medicína) (4).

##### ***1.14.3.1 Registrace poskytovatele sociálních služeb***

Jak je uváděno výše ke zlepšení kvality sociálních služeb přispívá povinná registrace poskytovatelů. Od 1. ledna 2007 musí každý poskytovatel sociálních služeb, ještě před začátkem poskytování sociální služby, získat na místně příslušném krajském úřadě oprávnění k poskytování sociálních služeb (4). O oprávnění musí fyzické nebo právnické osoby, které chtějí sociální službu poskytovat, požádat prostřednictvím odpovědného zástupce zvlášť pro každé zařízení. Způsobilost k poskytování sociálních služeb je ověřována přímo v místě poskytování služby. Nejedná se tedy jen o administrativní kontrolu předepsané dokumentace, ale o skutečné ověřování toho, jak se realizovaná sociální služba promítne do života jejího uživatele (29). Toto oprávnění se získává rozhodnutím o registraci. Základní podmínkou registrace je podání písemné

žádosti o registraci. V § 79 odstavce 1 zákona o sociálních službách jsou stanoveny další podmínky pro vznik a trvání registrace. Pokud v průběhu poskytování sociálních služeb přestane poskytovatel splňovat podmínky pro registraci, může tato skutečnost vést až k odebrání registrace a tím k zániku poskytované služby (4).

Poskytovatel sociálních služeb je povinen před započítáním jejich poskytování uzavřít pojistnou smlouvu pro případ odpovědnosti za škodu způsobenou při poskytování sociálních služeb, toto pojištění musí být sjednáno po celou dobu, po kterou poskytuje sociální služby. Poskytovatel sociálních služeb je povinen do 15. dnů ode dne uzavření pojistné smlouvy zaslat její úředně ověřenou kopii registrujícímu orgánu (25).

#### ***1.14.4 Standardy kvality sociálních služeb***

Standardy popisují, jak má vypadat kvalitní sociální služby. Jsou souborem měřitelných a ověřitelných kritérií, nikoli návrhem zákona či vyhlášky. Jejich smyslem je umožnit průkazným způsobem posoudit kvalitu poskytované služby, nikoli stanovit, jaká práva a povinnosti mají zařízení a uživatelé sociálních služeb. Pro vytvoření standardů sociálních služeb byly využity prvky zajišťování kvality užívané v jiných odvětvích, kde je obecně kvalita služeb chápána jako schopnost uspokojit zájmy a potřeby zákazníků. V případě sociálních služeb, které patří k veřejným službám, se kvalita musí odvíjet od uspokojení potřeb a zájmů nejenom samotných uživatelů služeb, ale i zájmů zadavatelů služeb, tedy těch subjektů, které služby objednávají a platí z veřejných zdrojů. Kvalita je popsána prostřednictvím souboru kritérií (vlastností a charakteristik), o nichž se předpokládá, že ovlivňují schopnost služeb naplnit zájmy a potřeby obou uvedených zájmových skupin – uživatelů i zadavatelů (26).

Vznik standardů kvality sociálních služeb odráží více rovin života naší společnosti. Jedna z nich souvisí s tím, že se po roce 1989 otevřely možnosti přijímat myšlenky ze zemí s progresivním rozvojem sociálních služeb. Další rovinu představují snahy a aktivity občanů, kteří dlouhodobě viděli nedostatky v sociálních službách a chtěli situaci změnit, což do té doby, z politických důvodů, nebylo možné. Standardy kvality sociálních služeb jsou vytvořeny pro všechny služby všech sociálních zařízení (rezidenčních, ambulantních, terénních i poskytovaných v místě bydliště uživatele)

vycházejí ze stejných principů, odvolávají se v kontextu reformy sociálních služeb na shodné obecné cíle a vymezují požadované vlastnosti služeb. Vytvářely se v přímé návaznosti na reformu sociálních služeb a měly by být jedním z jejích nástrojů (17).

Zavedením standardů do praxe na celonárodní úrovni umožní porovnávat efektivitu jednotlivých druhů služeb, které pomáhají řešit stejný typ nepříznivé sociální situace, i efektivitu různých zařízení, která poskytují stejný druh služby. To má velký význam pro instituce, které sociální služby financují – místní samosprávy, stát, sponzory atd. a především pro samotné uživatele (26). Standardy kvality vznikly jako prostředek k vyjádření představy MPSV o tom, jaké by sociální služby měly být. Konstituovaly se do tzv. minimálních či „nepodkročitelných“ standardů kvality, jakýchsi měřítek toho, zda služba je poskytována kvalitně či nikoliv. Mezi etické principy, se kterými by měly standardy být v souladu můžeme zařadit: zachování důstojnosti, respekt k soukromí, umožnění individuální volby, naplnění lidských práv či realizace vlastních aspirací (seberealizace). V souladu s reformou sociálních služeb pak mají standardy kvality naplňovat následující cíle: podpora integrace, podpora nezávislosti, vyrovnání příležitostí, posílení kompetence, ochrana zranitelných skupin obyvatel (17).

Pro standardy je charakteristická vysoká úroveň obecnosti kritérií. Ta je nezbytná pro to, aby standardy byly použitelné pro jakoukoli sociální službu bez ohledu na její charakter, velikost či právní formu zařízení. Takto formulované standardy předpokládají, že poskytovatelé sociálních služeb sami definují důležitá kritéria ve své dokumentaci – např. cíle služeb, poslání, cílovou skupinu uživatelů, kapacitu, postupy, jak zajistit respektování práv uživatelů služeb, způsob a principy poskytování služeb a další vnitřní pravidla. Tento typ dokumentace spolu s dokumentací o tom, jak poskytování služby probíhalo, jsou důležitým zdrojem informací pro hodnocení kvality služeb (26).

Standardy kvality sociálních služeb jsou souborem kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytované sociální služby v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami (6). Dobře připravené standardy mají umožňovat

zacvičeným poskytovatelům dostatečnou shodu v hodnocení. To se obvykle provádí na stupnicích, jejichž jedním extrémem jsou hodnoty odpovídající zcela nedostatečnému stavu druhým extrémem jsou hodnoty odpovídající „dobré praxi“. Standardy jsou proto vždy také pokusem o formulaci ideálu dobré praxe (14).

#### *1.14.4.1 Typy standardů*

Za nejvýznamnější, z hlediska změn v sociálních službách, jsou považovány procedurální standardy, protože stanovují, jak má poskytovaná služba vypadat, na co je potřeba si dát pozor, jak přizpůsobit službu individuálním potřebám člověka, jak dbát na ochranu práv uživatelů a jak vytvářet ochranné mechanismy, jako jsou pravidla proti střetu zájmů, stížností postupy atd. (17).

Personální standardy se věnují personálnímu zajištění služeb. Kvalita služby závisí na dovednostech, vzdělání pracovníků a podmínkách, které pro práci mají (31). Při poskytování služby totiž není možná dodatečná oprava či vyřazení „zmetků“. Nepovedenou službu nelze dodatečně vyřadit jako špatný výrobek. Kvalita služby je přímo závislá na pracovnících – na jejich vzdělání, dovednostech, etickém přístupu, na jejich vedení a spolupráci s ostatními pracovníky a také na podmínkách, které jsou vytvořeny pro jejich práci (17).

Provozní standardy určují podmínky pro poskytování sociálních služeb jako prostory poskytovaných služeb, jejich dostupnost, ekonomické zajištění a rozvoj jejich kvality. Nejvýznamnějším ukazatelem při hodnocení kvality služby je její přínos pro uživatele. Hlavním smyslem zavádění standardů kvality sociálních služeb je snaha přiblížit prostředí a podmínky pro poskytování sociálních služeb současné úrovni poznání i změnám ve společnosti. V požadavcích na kvalitu života jde zejména o naplnění požadavku autonomie, zajištění důstojnosti uživatelů sociálních služeb, důraz na dodržování lidských a občanských práv (31).

Uživatelům služeb a jejich rodinám poskytují standardy záruky v tom, co mohou očekávat od služeb, které jsou jim poskytovány, a co mohou očekávat od personálu, se kterým se při poskytování sociálních služeb setkávají. Poskytovatelům dávají standardy jistotu, že stejné požadavky se vztahují na všechny služby, a že se jim dostane nezávislého hodnocení kvality služeb, které poskytují (24).

#### ***1.14.4.2 Přínosy standardů z pohledu poskytovatelů služeb***

- lépe znají potřeby svých klientů, lépe je uspokojují
- lépe obhájí svou užitečnost, neboť reagují na skutečné (doložené) potřeby a dělají to kvalifikovaně, odborně, v souladu s uznávanými kritérii pro posouzení kvality
- zlepšená komunikace a spolupráce se zadavateli služeb, s ostatními poskytovateli i s uživateli
- sdílení zkušeností, výměna poznatků, informací a příkladů dobré praxe především mezi poskytovateli služeb
- větší informovanost o službách
- standardy kladou zvýšené požadavky na odbornost pracovníků a zároveň vytváří předpoklady a podmínky pro rozvoj zaměstnanců sociálních služeb, jednak se podílejí na nových činnostech, jednak mají možnost dalšího vzdělávání, supervizí atd.
- vylepšené podmínky financování, zadavatelé služeb – ti, kdo rozhodují o přidělení peněz – rozumí vyšším finančním nárokům spojeným se standardy - kvalita něco stojí (24).

#### ***1.14.4.3 Nevýhody standardů z pohledu poskytovatelů služeb***

- standardy znamenají více práce, vyžadují pojmenování a popsání pracovních postupů, které mohly být dosud vykonávány zcela samozřejmě, bez ukotvení ve vnitřních předpisech organizace. Znamenají tvorbu mnoha psaných dokumentů, norem a řádů. Také individuální plánování s každým klientem je časově náročné, stejně jako vysvětlování standardů klientům. A čas zabere i inspekce kvality(až tří denní) a příprava na ně
- standardy předpokládají a vyžadují otevřenost, přístupnost informací o nákladech na službu, o průběhu jejího poskytování, o její kvalitě. To vystavuje poskytovatele určité zranitelnosti, zadavatelé či konkurenční poskytovatelé mohou být v pokušení tyto informace zneužít
- je-li vyžadován kvalifikovaný personál, znamená to vyšší náklady na jeho zaplacení. Zároveň stoupá požadavek na více pracovních sil, aby bylo možné veškeré činnosti zvládnout. Mohou se objevit nároky na investice do materiálního vybavení služby

- poskytovatelé jsou vystavení vyšší veřejné kontrole, pro některé z nich to může být nepříjemné – snižuje to role osobních vazeb, lobisticky schopné organizace přichází o část svého prostoru a vlivu. Všichni jsou vedeni k plnění stejných požadavků a působení v rámci veřejně sjednaného plánu (24).

#### ***1.14.5 Komunitní plánování***

##### ***1.14.5.1 Co je komunitní plánování***

Komunitní plánování sociálních služeb je plánování sociálních služeb na místní a regionální úrovni. Komunitní plánování sociálních služeb zajišťuje efektivní fungování sociálních služeb a umožňuje účelně využívat finančních prostředků. To konkrétně znamená, že služby jsou dostupné, jsou na kvalitativně vyšší úrovni, reagují na aktuální potřeby uživatelů, jsou transparentní, finanční prostředky jsou vynakládány jen na takové služby, které jsou potřebné apod. Hlavním charakteristickým znakem komunitního plánování je důraz kladený na zapojování všech, kterých se zpracovávaná oblast týká, na partnerství, dialog a vyjednávání a na dosažení výsledku, který je přijat a podporován většinou účastníků. Komunitního plánování sociálních služeb se účastní zejména obec nebo kraj, jako zadavatelé služby a dále poskytovatelé a uživatelé sociálních služeb a veřejnost (17).

##### ***1.14.5.2 Cesta ke komunitnímu plánu***

Důležitým nástrojem při tvorbě komunitního plánu je spolupráce tří skupin, souhrnně nazýván triáda. Plán je tak tvořen společnými silami veřejné správy (obec, mikroregion, region, kraj, stát), veřejností a poskytovatelů sociálních služeb. Veřejnost představuje stranu poptávky sociálních služeb, poskytovatelé jsou za stranu nabídky. Veřejná správa zde působí jako nositel projektu a služeb v sociální oblasti. Při tvorbě komunitního plánu tak vedou všechny tři skupiny společnou diskusi. Hlavním cílem je poskytnout prostor nejen poskytovatelům, ale také přímo veřejnosti, aby se podílela na definici sociálních služeb (28).

##### ***1.14.5.3 Proces komunitního plánování***

Proces komunitního plánování je tvořen třemi základními kroky: prvním a vstupním krokem je analytická část. Součástí této aktivity je zejména tvorba profilu regionu v oblasti sociálních služeb a obyvatelstva, které je cílovou skupinou projektu.

Snahou je definovat zejména všechny problematické okruhy, které mohou vést ke snížení kvality sociálních služeb v regionu nebo obci. Součástí jsou také výzkumy, a to výzkum u poskytovatelů a příjemců sociálních služeb. Výzkum příjemců je zaměřen na zjištění potřeb a přání občanů regionů se zaměřením na zjištění nabídky poskytovaných služeb organizací působících v oblasti sociálních služeb. Cílem je zjistit jaké potřeby a zábrany tyto organizace mají v oblasti poskytování služeb v regionu a jak jim obce a její organizace mohou pomoci k rozšíření služeb (17).

#### ***1.14.5.4 Výhody plánování***

Na základě plánu tak může kupříkladu dojít ke zřízení nové služby nebo rozšíření stávajících služeb. Některé sociální služby se v daném rozsahu mohou naopak ukázat jako nepotřebné, může se přistoupit k jejich přeměně v jiné druhy služeb nebo mohou být zrušeny. Konkrétní příklady z praxe dokládají, že prostřednictvím plánování sociálních služeb se podařilo rovněž zvýšit informovanost o sociálních službách, posílit spolupráci mezi obcemi, neziskovými organizacemi nebo vzbudit zájem o problémy v obci. Hlavní však je, že sociální služby jsou plánovány za účasti těch, kterých se bezprostředně týkají, a nabídka služeb se tak jejich uživatelům snáze přiblíží. Proto se plánování sociálních služeb jeví jako optimální přístup k vytváření skutečně požadované sítě služeb (34).

#### ***1.14.6 Místní a časová dostupnost služby***

Pro kvalitu služeb je důležité především možnost ji co nejpohodlněji využít. Dobré zařízení vyjde v tomto ohledu uživatelům svých služeb maximálně vstříc tím, že zohlední jejich chování a možnosti. Při úvahách o umístění zařízení a jeho provozní době je třeba zohledňovat především potřeby, možnosti, chování uživatelů sociálních služeb. U služeb orientovaných na uživatele mají potřeby uživatelů přednost před personálem. Obě skupiny mohou mít zcela rozdílné zájmy. To, jakým způsobem se podařilo vyhovět potřebám uživatel je poznat na intenzitě využití služeb (3).

#### ***1.14.7 Zvyšování kvality sociálních služeb***

Přestože je obecně uznáváno, že registrace a inspekce jsou klíčovými nástroji zajišťování kvality, alespoň na úrovni minimálních standardů, externí kontrolní mechanismy tvoří pouze část z celkového procesu zajišťování kvality. Hlavní



odpovědnost za dosahování a zajišťování kvality v sociálních službách je uvnitř jednotlivých organizací a služeb. Existuje řada pravděpodobných důvodů, proč mají organizace zájem se v těchto procesech angažovat. Jedním z nich je snaha prokázat oddanost uživatelům služeb, respektování jejich principů a současně demonstrovat důvěryhodnost služeb. Dalším důvodem je skutečnost, že patří k dobré obchodní strategii předvést svou cenu a své postavení na trhu sociální péče. Je obecně známo, že „kvalita“ je v sociálních službách těžko definovatelná a měřitelná. Je třeba brát v potaz subjektivní a objektivní aspekty, které spolu nemusí být nutně v souladu. Standardy, které více závisí na subjektivních názorech a hodnocení, jsou problematické, avšak často patří k těm, které nejvíce souvisí s názory uživatelů a příbuzných na kvalitu služeb. V moderním pojetí musí být u každé sociální služby jasné, za jakým účelem a proč existuje. Je třeba definovat její účel, filozofii a cíle, které jsou nutné pro naplnění vyjádřeného účelu. Vyjádření na papíře však ještě neznamená skutečnou oddanost věci nebo opravdový zájem o zajišťování a zvyšování kvality. Není možné uvést do praxe a do chování pouze filozofii a účel, ale musejí vzniknout také dobře definované postupy a procesy hodnocení toho, jak jsou cíle naplňovány (26).

Zákon o sociálních službách měl revoluční význam jak v sociálních službách, tak i ovlivnil řadu dalších zákonů.

### **1.15 Úhrada ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče v zařízeních pobytových sociálních služeb**

Nové zákony o sociálních službách kromě jiného umožní úhradu ošetrovatelské péče v zařízeních sociální péče, kterou poskytuje ošetrovatelský personál a která není dosud hrazena ze zdravotního pojištění (18).

#### **1.15.1 Nová právní úprava**

Dnem 1. ledna 2007 se staly účinnými ustanovení zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, a zákona č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách, která upravují úhradu ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče v zařízeních pobytových sociálních služeb (7).

Problém pobytových zařízení sociální péče je nejen úhrada ošetrovatelské péče, ale také rozsah ošetrovatelské péče, který se v těchto zařízeních poskytuje. Každý občan má stejný nárok na úhradu zdravotní péče ze zdravotního pojištění, a to bez ohledu na to, v jakém zařízení právě pobývá. I přes tuto skutečnost nebyla tato péče dosud zařízeními sociální péče, které ošetrovatelskou péči poskytují svým obyvatelům, ze zdravotního pojištění hrazena. Dokonce již několik let trvala diskuse, zda je vůbec v pobytových zařízeních sociální péče ošetrovatelská péče potřebná? O tom, že je nutné ošetrovatelskou péči v zařízeních sociální péče poskytovat, svědčí skutečnost, že v některých z nich je skladba obyvatel z hlediska jejich zdravotního stavu velmi podobná jako v léčebnách dlouhodobě nemocných.

Pokud se podíváme na předpokládaný demografický vývoj populace v České republice, zjistíme, že se v nejbližších letech staneme zemí s nejstarším obyvatelstvem v rámci zemí EU. S přechodem početně silných generací narozených ve 40. letech minulého století nad hranici důchodového věku, dojde v nejbližších letech ke zrychlení procesu stárnutí obyvatelstva. Věková struktura se tak během příštích 40 let zcela přemění, což bude do budoucna ovlivňovat další demografický vývoj. Rostoucí počty obyvatelstva ve vyšším věku budou zároveň znamenat silné ekonomické zatížení osob v produktivním věku. Bude ovšem také docházet ke stárnutí pracovní síly, což bude ovlivněno posunem nepravidelností ve věkové struktuře do vyššího věku. Obyvatelstvo v produktivním věku početně poroste pouze v několika příštích letech, okolo roku 2009 je totiž předpokládán zlom, kterým bude zahájen trvalý a ve svých důsledcích velmi významný pokles počtu obyvatel v této věkové skupině. Vzhledem k tomu, že zdravotní ukazatele týkající se starších osob se viditelně nemění v prospěch jejich zdravotního stavu, lze předpokládat, že s rostoucím počtem poroste i potřeba péče o ně. S prodlužováním dožití se vysokého věku poroste poptávka nejen po službách terénních, ale také pobytových, které budou poskytovat kvalifikovanou péči sociální i zdravotní včetně péče ošetrovatelské (18).

Zásadní význam mají zejména tato ustanovení: § 36 zákona č. 108/2006 Sb., který stanoví, že poskytovatel pobytových sociálních služeb v

- týdenních stacionářích,

- domovech pro osoby se zdravotním postižením,
- domovech pro seniory a
- domovech se zvláštním režimem

je povinen osobám v nich umístěných zajistit zdravotní péči (8).

V týdenních stacionářích se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, kteří potřebují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (11). Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení a výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba je poskytována za úplatu (4).

#### **1.15.2.2 Domovy pro osoby se zdravotním postižením** (dále jen DPOSZP)

V domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Jedná se o zabezpečení zpravidla trvalé péče. Pobyt v tomto zařízení nahrazuje domácí prostředí (11). Nezaopatřeným dětem se v domovech pro osoby se zdravotním postižením poskytuje osobní vybavení, drobné předměty běžné osobní potřeby a některé služby s přihlédnutím k jejich potřebám. Osobním vybavením se rozumí prádlo, šatstvo a obuv, některými službami se rozumí stříhání vlasů, holení a pedikúra. V domovech pro osoby se zdravotním postižením může být vykonávána ústavní výchova (36).

#### **1.15.2.3 Domovy pro seniory** (dále jen DPS)

Domovy pro seniory představují klasickou formu péče o seniory nabízející trvalé ubytování a široké spektrum služeb od péče o domácnost klienta, přes nejrůznější programy aktivit až po náročnou ošetrovatelskou i rehabilitační péči o těžce zdravotně postižené seniory a hospicovou péči o umírající (15).

#### *1.15.2.4 Domovy se zvláštním režimem* (dále jen DSZR)

V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. Služba obsahuje tyto základní činnosti: poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (16).

#### *1.15.3 Povinnosti pobytových zařízení*

Povinnost pobytových zařízení sociální péče zajistit zdravotní péči osobám, kterým poskytují pobytové služby, mohou zařízení sociální péče splnit formou zvláštní ambulantní péče podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. A sice léčebnou péči zejména prostřednictvím zdravotnického zařízení (praktický lékař, ambulantní specialista), ošetrovatelskou a rehabilitační péči především prostřednictvím svých zaměstnanců, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání (18). Nově je také stanoveno, že na poskytování a úhradu ošetrovatelské a rehabilitační péče uzavírají zdravotní pojišťovny se zařízeními pobytových sociálních služeb Zvláštní smlouvy. Podmínkou je, že zařízení, které požádá o uzavření smlouvy, prokáže, že ošetrovatelská a rehabilitační zdravotní péče bude poskytována zdravotnickými pracovníky tohoto zařízení odborně způsobilými k výkonu zdravotnického povolání podle zákona o nelékařských zdravotních povoláních (7). Příslušná zdravotní pojišťovna je povinna provádět kontroly dodržování zákonem stanovených nebo smluvně sjednaných podmínek poskytování a úhrady zdravotní péče, zejména dodržování postupu lege artis, indikaci ošetřujícím lékařem, dodržování metodiky a datového rozhraní (8).

Zákon o sociálních službách také říká, že poskytovaná ošetrovatelská a rehabilitační péče nebude hrazena v plném rozsahu, ale pouze v takovém, jaký určí zvláštní právní předpis. Tímto předpisem je Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Aby bylo možné naplnit povinnost danou zákonem o sociálních službách, jsou doplněna příslušná ustanovení do zákona o veřejném zdravotním pojištění, ve kterém se říká, že ze zdravotního pojištění hrazená ošetrovatelská a rehabilitační péče bude poskytována na základě indikace ošetřujícího lékaře (**18**). V praxi to znamená, že zařízení pobytových sociálních služeb získávají oprávnění vyúčtovat uvedenou zdravotní péči příslušné zdravotní pojišťovně, pokud byla poskytnuta

- na základě ordinace ošetřujícího lékaře, zpravidla praktického, který má s příslušnou zdravotní pojišťovnou smluvní vztah
- odborně kvalifikovanými zaměstnanci zařízení pobytových sociálních služeb
- zařízením, které uzavřelo smlouvu s příslušnou pojišťovnou
- v rozsahu výkonů stanovaných pro tuto péči Seznamem zdravotních výkonů a sjednaných ve smlouvě
- za podmínek sjednaných ve smlouvě, zejména v souladu s metodikou a datovým rozhraním, tvořícími přílohu smlouvy (**8**).

Definice kdo je ošetřujícím lékařem je uvedena v zákoně č. 48/1997Sb. v § 18 odst. 3

„Ošetřujícím lékařem se rozumí:

- a) praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost, zubní lékař, u žen ženský lékař, který registruje pojištěnce,
- b) lékař poskytující pojištěnci specializovanou ambulantní zdravotní péči,
- c) lékař poskytující pojištěnci zdravotní péči v zařízeních ústavní péče (**37**).

Aby k tomu mohlo dojít, je třeba, aby zařízení pobytových sociálních služeb uzavřelo smlouvu se zdravotními pojišťovnami pojištěnců v nich umístěných. Každá pojišťovna totiž smí hradit pouze za své pojištěnce (**7**). Podmínkou uzavření smlouvy je doložení odborné způsobilosti zaměstnanců zařízení k poskytování zákonem vymezené zdravotní péče. Protože se jedná o péči v nově vytvořené odbornosti všeobecná sestra v sociálních službách, je dokladem odborné způsobilosti:

1. Osvědčení Ministerstva zdravotnictví ČR k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu – toto osvědčení vydává Ministerstvo zdravotnictví zdravotnickému pracovníkovi na základě jeho písemné žádosti.

2. Doklad o absolvování příslušného oboru studia dle § 5 odst. 1) zákona č. 96/2004 u všeobecných sester, které nejsou držitelkami Osvědčení MZ ČR (8).

V § 5 zákona č. 96/2004 Sb. se řeší odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry a v odstavci 1) tohoto paragrafu jsou určeny podmínky pro získání odborné způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry. Získávají se absolvováním:

a) nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester,

b) nejméně tříletého studia v oboru diplomované všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách,

c) vysokoškolského studia ve studijních programech a studijních oborech psychologie – péče o nemocné, pedagogika – ošetřovatelství, pedagogika – péče o nemocné, péče o nemocné nebo učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději v akademickém roce 2003/2004,

d) tříletého studia v oboru diplomovaná dětská sestra nebo diplomovaná sestra pro psychiatrii na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004,

e) studijního oboru všeobecná sestra na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004,

f) studijního oboru zdravotní sestra, dětská sestra, sestra pro psychiatrii, sestra pro intenzivní péči, ženská sestra nebo porodní asistentka na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997, nebo

g) tříletého studia v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004 (38)

#### ***1.15.4 Způsobilost k výkonu zdravotnického povolání***

Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních rozlišuje způsobilost pro výkon zdravotnického povolání bez odborného dohledu nebo pod odborným dohledem. V případě, že někteří zaměstnanci zařízení jsou způsobilí pracovat pouze pod odborným dohledem, musí zařízení doložit i zajištění tohoto dohledu. Dále musí zařízení pobytových sociálních služeb doložit rozhodnutí příslušného orgánu, které je opravňuje k poskytování pobytových sociálních služeb, nebo jiný doklad, prokazující, že jde o poskytovatele pobytových služeb (8).

##### ***1.15.4.1 Všeobecná sestra v sociálních službách***

Jak již bylo zmíněno výše novela č. 620/2006 Sb. vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, zavádí pojem „všeobecná sestra v sociálních službách“. 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 ošetrovatelské 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 ošetřujícího lékaře příslušnými výkony odbornosti 913 (27).

Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních definuje výkon zdravotnického nelékařského povolání jako „souhrn činností při poskytování zdravotní péče podle tohoto zákona“ a jiného odborného pracovníka jako „fyzickou osobu provádějící činnosti, které nejsou poskytováním zdravotní péče, ale s poskytováním této péče přímo souvisejí. Způsobilost k výkonu nelékařského zdravotnického povolání má ten, kdo je odborně způsobilý, zdravotně způsobilý a bezúhonný. Požadavek na bezúhonnost je vnímán jako zcela nová povinnost. Za bezúhonnost se pro účely způsobilosti k výkonu zdravotnických povolání považuje ten, kdo nebyl odsouzen za úmyslný trestný čin nebo za trestný čin spáchaný z nedbalosti v souvislosti s poskytováním zdravotní péče (tedy nikoli s výkonem povolání v celém rozsahu). Odborná způsobilost k výkonu nelékařských zdravotnických profesí je podrobně

vymezena zákonem a to prostřednictvím studijních oborů středních, vyšších a vysokých škol nebo akreditovaných kvalifikačních kurzů. Tyto obory poskytují způsobilost k výkonu zdravotnického povolání pouze v tom případě, že Ministerstvo zdravotnictví dalo souhlasné stanovisko. Zákon také garantuje, že osobám, které získaly odbornou nebo specializovanou způsobilost podle dříve platných předpisů, bude způsobilost k výkonu zdravotnického povolání zachována, i když jejich obor není v zákoně uveden. Těmto osobám pak na základě písemné žádosti přizná způsobilost Ministerstvo zdravotnictví (20).

#### ***1.15.4.2 Zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti***

Jsou způsobilí k plnému výkonu své profese ihned po získání odborné způsobilosti – není nutná specializovaná způsobilost ani nástupní praxe. Absolventi středních zdravotnických škol však jako kompenzační opatření musí pro výkon povolání bez odborného dohledu prokázat výkon povolání v délce alespoň 3 let.

#### ***1.15.4.3 Zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti***

Mají podobně jako lékaři povinnou pro „samostatný výkon povolání specializovanou způsobilost. Výjimku zde mají fyzioterapeuti – absolventi magisterského vzdělání (magisterské vzdělání de facto specializaci nahrazuje).

#### ***1.15.4.4 zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením***

Mohou poskytovat zdravotní péči pouze pod odborným dohledem . Kromě bývalých oborů jako např. ošetřovatel, masér nebo sanitář jsou zde i nově zaváděné obory středních zdravotnických škol (např. zdravotnický asistent, laboratorní asistent nebo nutriční asistent).

K odborné způsobilosti vedou dvě odlišné cesty:

- přímá – absolvováním zdravotnického vysokoškolského programu nebo,
- nepřímá – absolvováním jiného programu příslušného zaměření (získání způsobilosti jiného odborného pracovníka) a akreditovaného kvalifikačního kurzu.



Akreditační kurz má vyrovnávat rozdíly mezi regulovaným zdravotnickým oborem a různorodým vzděláváním nezdravotnického typu. Způsobilost k výkonu zdravotnického povolání cestou akreditovaného kurzu však nebudou moci jiní odborní pracovníci – absolventi středních škol (20).

#### *1.15.5 Seznam zdravotních výkonů*

Zdravotnická zařízení a další subjekty poskytující hrazenou péči jsou povinni ve výúčtováních zdravotním pojišťovněm uvádět čísla pojištěnců, kterým hrazenou péči poskytly. Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami vydává Ministerstvo zdravotnictví. Hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení se vždy na následující kalendářní rok dohodnou v dohodovacím řízení zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení. Svolavatelem dohodovacího řízení je Ministerstvo zdravotnictví. Dojde-li k dohodě, posoudí její obsah Ministerstvo zdravotnictví z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem. Je-li dohoda v souladu s veřejným zájmem, vydá ji Ministerstvo zdravotnictví jako vyhlášku. Nedojde-li v dohodovacím řízení k výsledku do 90 dnů před skončením příslušného kalendářního roku nebo shledá-li Ministerstvo zdravotnictví, že tato dohoda není v souladu s právními předpisy nebo veřejným zájmem, stanoví hodnoty bodu, výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění na následující kalendářní rok Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou (37).

#### *1.15.6 Zvláštní smlouva*

Smlouva upravuje podmínky za nichž je příslušnou pojišťovnou hrazena ošetrovatelská a rehabilitační péče, poskytovaná jejich pojištěncům umístěným v pobytových zařízeních. Právní vztahy mezi pojišťovnou a pobytovým zařízením se řídí písemnou smlouvou, uzavřenou podle vzorové smlouvy a právních předpisů, upravujících veřejné zdravotní pojištění, poskytování zdravotní péče a poskytování sociálních služeb (35).

#### **1.15.6.1 Práva a povinnosti smluvních stran**

##### **1.15.6.2 Pobytové zařízení**

- a) poskytuje zdravotní péči na základě rozhodnutí o registraci zařízení sociálních služeb s pobytovými službami
- b) poskytuje ošetrovatelskou a rehabilitační zdravotní péči vymezenou výčtem sjednaných výkonů, pro které je věcně a technicky vybaveno a personálně zajištěno
- c) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci – zdravotničtí pracovníci, kteří budou pojištěnému poskytovat ve smlouvě sjednanou zdravotní péči, splňují požadavky odborné způsobilosti
- d) odpovídá za to, že zdravotničtí pracovníci poskytují zdravotní péči na základě ordinace ošetřujícího lékaře, který je ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně
- e) vede pro posouzení oprávněnosti vyúčtované zdravotní péče v průkazné formě dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které jsou zaznamenávány provedené zdravotní výkony (35).

##### **1.15.6.3 Pojišťovna**

- a) uhradí pobytovému zařízení zdravotní péče, průkazně zdokumentovanou odůvodněně poskytnutou jejím pojištěncům
- b) poskytuje pobytovému zařízení k zajištění jednotných podmínek dohodnutou metodiku, pravidla, datové rozhraní a příslušné číselníky vydané k vykazování a výpočtu úhrady zdravotní péče
- c) je oprávněn provádět kontrolu plnění sjednaných podmínek poskytování zdravotní péče pobytovým zařízením podle smlouvy

##### **1.15.6.4 Kontrola**

Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona č. 48/1997 Sb. a smlouvou kontrolu využívání a poskytování zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě, včetně dodržování cen, a to prostřednictvím svého informačního systému, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků ve zdravotnictví. V rámci své odborné způsobilosti revizní lékaři a odborní pracovníci oprávnění ke kontrole posuzují, zda zvolený způsob zdravotní péče byl odůvodněn a řádně indikován s ohledem na zdravotní stav pojištěnce,

v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, poskytnout pouze v rozsahu indikace, řádně zdokumentován a zda nebyl zbytečně ekonomicky náročný (35).

## **2. Cíl práce a hypotézy**

### **2.1 Cíl práce**

Cílem práce je zjistit, jaké změny nastaly pro pobytová zařízení sociálních služeb poskytujících ošetrovatelskou a rehabilitační péči. Zejména, zda změna právní úpravy přispěla ke zlepšení financování ošetrovatelské a rehabilitační péče.

### **2.2 Hypotézy**

Hypotéza H 1: Úhrada ošetrovatelské a rehabilitační péče z veřejného zdravotního pojištění, přinesla pobytovým zařízením sociálních služby více finančních prostředků.

Hypotéza H 2: Povinnost vyúčtování zdravotní péče příslušné zdravotní pojišťovně, znamená pro pobytová zařízení sociálních služeb větší administrativní zatížení.

### **3. Metodika**

#### ***3.1 Použité metody výzkumu***

Pro výzkum byla použita metoda kvantitativního výzkumu. Jako metoda bylo zvoleno dotazování a technikou sběru dat byl dotazník, kde respondent odpovídá písemně na otázky v tištěném formuláři. Dotazník je koncipován jako standardizovaný soubor 10 otázek. Na jehož začátku je úvodní formule, která obsahuje oslovení, představení se respondentovi a zdůvodnění výzkumu. Následují otázky, které zjišťují identifikační znaky respondenta. Ostatní otázky jsou již specificky zaměřené tak, aby mi pomohly vyvrátit či potvrdit stanovené hypotézy. V dotazníku jsou použity uzavřené otázky, které nabízejí možné varianty a respondent si z nich vybere vhodnou odpověď, u části z nich má respondent možnost svou odpověď zdůvodnit.

#### ***3.2 Charakteristika výběrového souboru***

Zkoumaný soubor byl tvořen všemi zařízeními pobytových sociálních služeb, které poskytují sociální služby v Jihočeském kraji. Dotazníkové šetření probíhalo od ledna 2008 do února 2008. Celkem bylo osloveno 47 zařízení. Ze 47 dotazníků se nevrátilo či bylo chybně vyplněno 12 dotazníků tzn. že při vyhodnocování výsledků jsem vycházela z počtu 35 dotazníků.

## 4. Výsledky

### 4.1 Grafy a tabulky

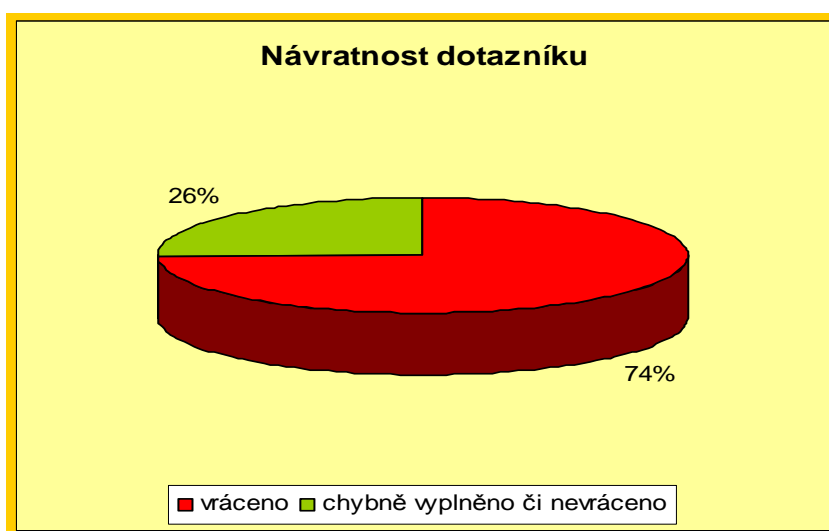
Údaje získané z dotazníkového šetření byly statisticky zpracovány a zaznamenány do tabulek a grafů.

Celkem bylo rozdáno 47 dotazníků. Správně vyplněných dotazníků se vrátilo 35 (74%). Nesprávně vyplněných či nevrácených dotazníků bylo 12 (26%). Výsledky jsou zaznamenány v tabulce 1 a zároveň v grafu 1.

Tabulka 1: Návratnost dotazníku

Návratnost dotazníku			
	Rozdáno	Správně vyplněno	Nevráceno či chybně vyplněno
Počet respondentů	47	35	12
Vyjádřeno v %	100	74	26

Graf 1: Návratnost dotazníku (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

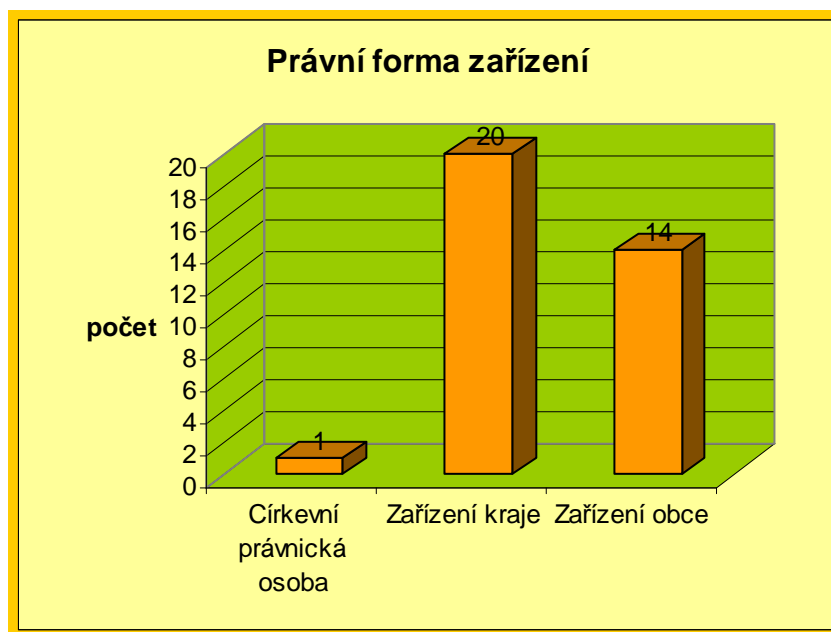
Otázka č. 1: „Právní forma Vašeho zařízení“

Odpovědi týkající se právní formy zařízení zobrazuje tabulka 2 a graf 2. U 20-ti zařízení je zřizovatelem kraj, u 14 zařízení je zřizovatelem obec a 1 zařízení je církevní právnická osoba.

Tabulka 2: Právní forma zařízení

Právní forma zařízení			
	Církevní právnická osoba	Zařízení kraje	Zařízení obce
Počet	1	20	14
Vyjádřeno v %	3	57	40

Graf 2: Právní forma zařízení (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

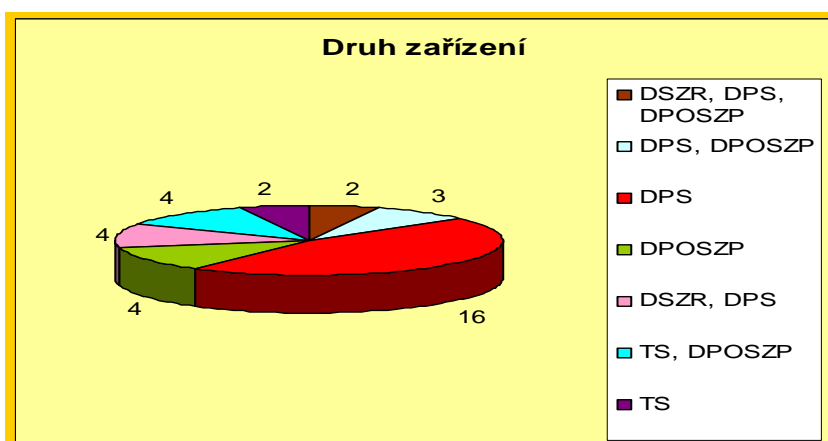
Otázka č. 2: „Zařízení dle typu poskytované služby“

Druhy zařízení dle typu poskytované služby znázorňuje tabulka 3 a graf 3. 2 zařízení (6%) nabízí své služby jako domov pro osoby se zvláštním režimem, domov pro seniory a domov pro osoby se zdravotním postižením. Další 3 zařízení (9%) slouží jako domov pro seniory a domov pro osoby se zdravotním postižením. Nejvíce a to celkem 16 zařízení (46%) jsou domovy pro seniory. 4 zařízení (11%) poskytují služby jako domov pro osoby se zdravotním postižením. 4 zařízení (11%) je registrováno jako domov pro osoby se zvláštním režimem a současně jako domov pro seniory. 4 zařízení (11%) jsou jako týdenní stacionář a domov pro osoby se zdravotním postižením a 2 zařízení (6%) poskytují své služby jako týdenní stacionáře.

Tabulka 3: Druh zařízení dle typu poskytované služby

Druh zařízení dle typu poskytované služby							
	DSZR, DPS, DPOSZP	DPS, DPOSZP	DPS	DPOSZP	DSZR, DPS	TS, DPOSZP	TS
Počet	2	3	16	4	4	4	2
Vyjádřeno v %	6	9	46	11	11	11	6

Graf 3: Druh zařízení dle typu poskytované služby (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum



Otázka č.3: „Domníváte se, že v rámci nového systému veřejná správa.“

Odpovědi na tuto otázku zobrazuje tabulka 4 a graf 4. Odpovědi na tuto otázku byly velmi vyrovnané 9 zařízení (26%) si myslí, veřejná správa dotuje služby větším množstvím finančních prostředků. 13 respondentů (37%) si myslí, že množství finančních prostředků je stejné. Stejný počet respondentů, tedy 13 (37%) se domnívá, že došlo spíše ke snížení objemu peněz, poskytovaných na sociální služby veřejnou správou.

Tabulka 4: Množství finančních prostředků poskytovaných veřejnou správou na sociální služby

Množství finančních prostředků			
	Stejně	Méně	Více
Počet respondentů	13	13	9
Vyjádřeno v %	37	37	26

Graf 4: Množství finančních prostředků poskytovaných veřejnou správou na sociální služby (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

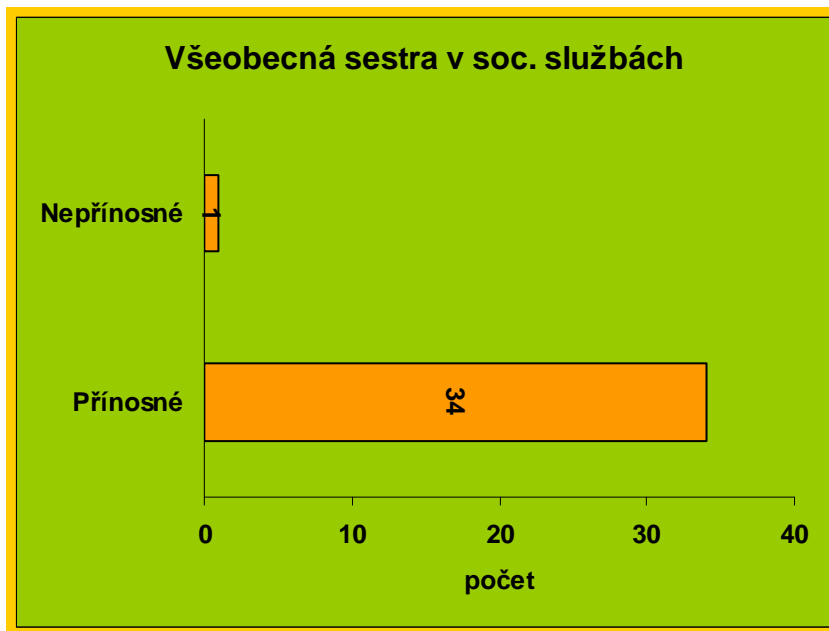
Otázka č.4: „Zavedení odborné způsobilosti Všeobecná sestra v sociálních službách spatřujete jako“

Odpovědi respondentů jsou shrnuty v tabulce 5 a v grafu 5. 34 respondentů (97%) uvedlo, že zavedení odborné způsobilosti „všeobecná sestra v sociálních službách“ spatřuje jako přínosné. Pouhé 1 zařízení (3%) uvedlo, že toto spatřuje jako nepřínosné.

Tabulka 5: Přínos zavedení odborné způsobilosti „všeobecná sestra v sociálních službách“

Všeobecná sestra v sociálních službách		
	Přínosné	Nepřínosné
Počet respondentů	34	1
Vyjádřeno v %	97	3

Graf 5: Přínos zavedení odborné způsobilosti „všeobecná sestra v sociálních službách“ (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

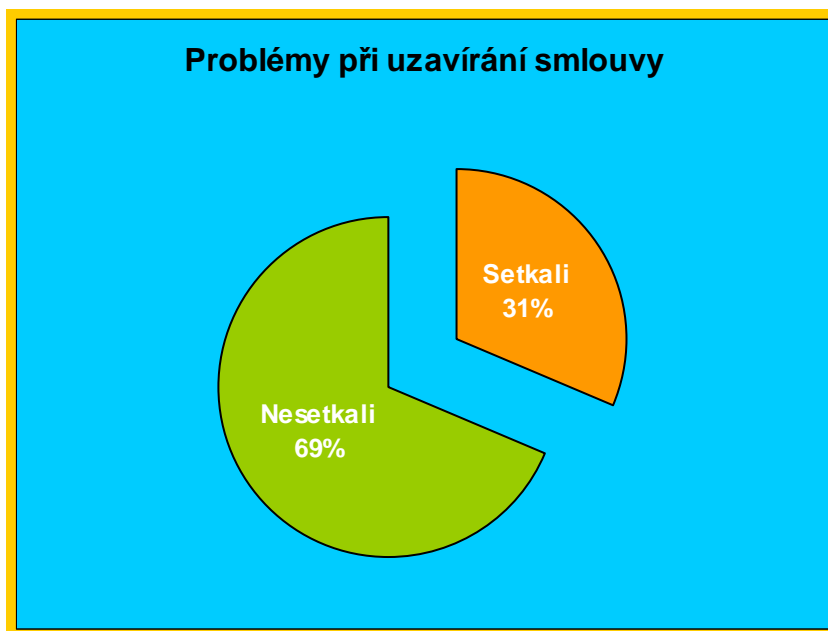
Otázka č.5: „Při uzavírání Zvláštní smlouvy na poskytování a úhradu ošetrovatelské a rehabilitační péče, mezi vašim zařízením a zdravotními pojišťovnami, jste se s nějakými vážnými problémy“

Zvolené odpovědi respondentů jsou zapsány v tabulce 6 a grafu 6. 24 respondentů (69%) se při uzavírání smlouvy se zdravotní pojišťovnou s žádnými problémy nesetkalo. 11 zařízení (31%) se při uzavírání smlouvy s problémy setkalo.

Tabulka 6: Výskyt problémů při uzavírání smlouvy se zdravotní pojišťovnou

Problémy při uzavírání smlouvy		
	Setkali	Nesetkali
Počet respondentů	11	24
Vyjádřeno v %	31	69

Graf 6: Výskyt problémů při uzavírání smlouvy se zdravotní pojišťovnou (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

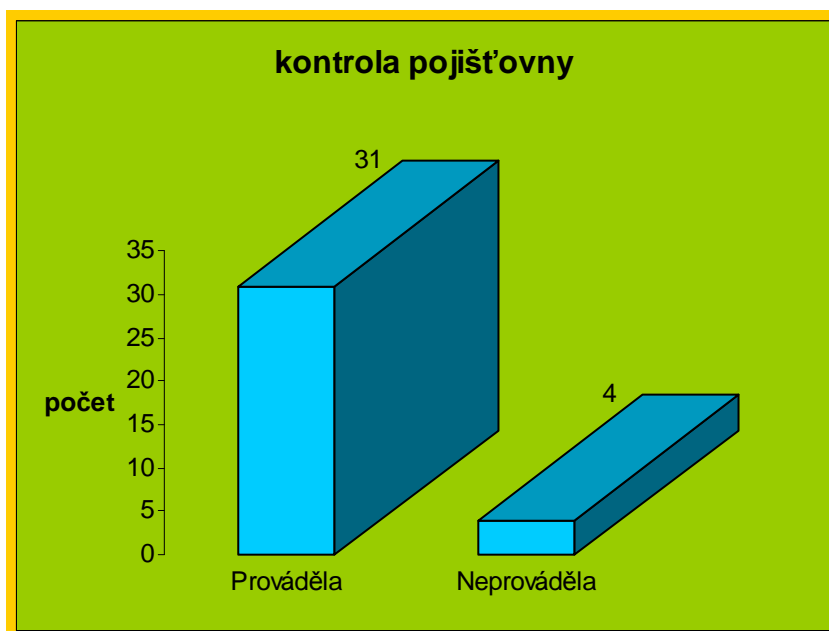
Otázka č.6: „Prováděla již ve vašem zařízení zdravotní pojišťovna kontrolu dodržování zákonem stanovených nebo smluvně sjednaných podmínek poskytování a úhrady zdravotní péče?

Výsledky jsou zpracovány v tabulce 7 a grafu 7. Na tuto otázku 31 respondentů (89%) odpovědělo, že u nich pojišťovna kontrolu již prováděla a jen 4 zařízení (11%) odpověděly, že dosud u nich pojišťovna kontrolu neprováděla.

Tabulka 7: Kontrola z pojišťovny

Kontrola z pojišťovny		
	Prováděla	Neprováděla
Počet respondentů	31	4
Vyjádřeno v %	89	11

Graf 7: Kontrola z pojišťovny (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.7: „Přinesla vašemu zařízení, povinnost vyúčtovat zdravotní péči příslušné zdravotní pojišťovně, větší administrativní zatížení?“

Odpovědi jsou zobrazeny v tabulce 8 a grafu 8. V odpovědi na tuto otázku se shodli všichni respondenti, když všech 35 (100%) odpovědělo, že povinnost vyúčtovat zdravotní péči příslušné zdravotní pojišťovně znamená pro jejich zařízení větší administrativní zatížení.

Tabulka 8: Administrativní zatížení

<b>Je vaše administrativní zatížení větší?</b>		
	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
Počet respondentů	35	0
Vyjádřeno v %	100	0

Graf 8: Administrativní zatížení (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.8: „Máte ve svém zařízení dostatek odborně způsobilých zaměstnanců k poskytování zákonem vymezené zdravotní péče?“

Odpovědi respondentů zobrazuje tabulka 9. Rovněž i u této otázky se všichni respondenti tedy 35 (100%) shodli na stejné odpovědi, kdy odpověděli, že ve svém zařízení mají dostatek odborně způsobilých zaměstnanců k poskytování zákonem vymezené zdravotní péče.

Tabulka 9: Počet zaměstnanců

<b>Máte dostatek zaměstnanců?</b>		
	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
Počet respondentů	35	0
Vyjádřeno v %	100	0

Otázka č.9: „Znamená možnost úhrady rehabilitační a ošetrovatelské péče z veřejného zdravotního pojištění pro vaše zařízení?“

Odpovědi jsou zaznamenány v tabulce 10 a grafu 9. Nejvíce respondentů a to 29 (82%) odpovědělo, že možnost úhrady rehabilitační a ošetrovatelské péče z veřejného zdravotního pojištění pro ně znamená více finančních prostředků. Pouze 3 respondenti (9%) odpověděli, že to pro ně znamená méně finančních prostředků. A stejný počet respondentů tedy 3 (9%) si myslí, že množství finančních prostředků je stejné.

Tabulka 10: Množství finančních prostředků pro zařízení od veřejných zdravotních pojišťoven .

<b>Prostředky z veřejného zdravotního pojištění</b>			
	<b>Více</b>	<b>Méně</b>	<b>Stejně</b>
Počet respondentů	29	3	3
Vyjádřeno v %	82	9	9

Graf 9: Množství finančních prostředků pro zařízení od veřejných zdravotních pojišťoven (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.10: „Myslíte si, že možnost úhrady rehabilitační a ošetrovatelské péče z veřejného zdravotního pojištění přispěla ke zkvalitnění péče o vaše klienty?“

Odpovědi na tuto otázku jsou zaznamenány v tabulce 11 a grafu 10. Celých 74% respondentů (26) se domnívá, že možnost úhrady ošetrovatelské a rehabilitační péče z veřejného zdravotního pojištění, nepřispělo ke zkvalitnění péče o jejich klienty. 26% respondentů (9) si myslím opak a to, že ke zkvalitnění péče došlo.

Tabulka 11: Zkvalitnění péče o klienty

Došlo ke zkvalitnění péče o klienty?		
	Ano	Ne
Počet respondentů	9	26
Vyjádřeno v %	26	74

Graf 10: Zkvalitnění péče o klienty (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

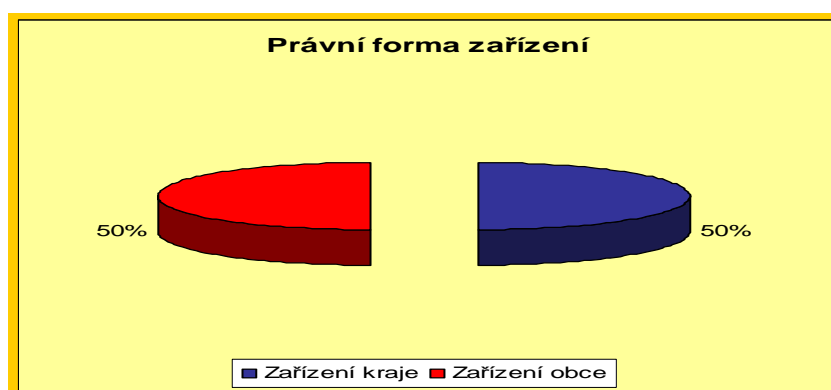


**Výsledky za zařízení jež jsou ve skupině: Domov se zvláštním režimem, domov pro seniory a domov pro osoby se zdravotním postižením.** – V této skupině jsou dvě zařízení

Otázka č.1: „Právní forma zařízení“

Odpovědi jsou zaznamenány v grafu 11. Jedno zařízení zvolilo variantu odpovědi zařízení obce a druhé zařízení je zařízení kraje.

Graf 11: Právní forma zařízení (v %)

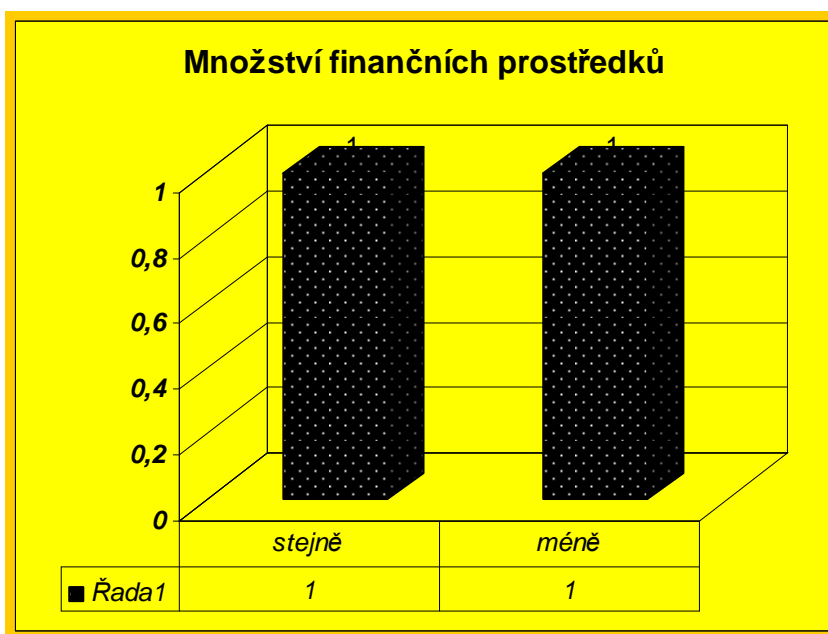


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.3: „Domníváte se, že v rámci nového systému veřejná správa“

Odpovědi na tuto otázku zobrazuje graf 12. Odpovědi na tuto otázku byly vyrovnané 1 z respondentů se domnívá, že došlo ke snížení objemu peněz poskytovaných na sociální služby. Druhý respondent zvolil odpověď množství finančních prostředků je stejné.

Graf 12: Množství finančních prostředků poskytovaných veřejnou správou na sociální služby (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.4: „Zavedení odborné způsobilosti Všeobecná sestra v sociálních službách spatřujete jako“

Odpovědi obou respondentů jsou shrnuty v tabulce 12. U této otázky oba respondenti shodně uvedly, že zavedení odborné způsobilosti „všeobecná sestra v sociálních službách“ spatřují jako přínosné.

Tabulka 12: Přínos zavedení odborné způsobilosti „všeobecná sestra v sociálních službách“

Všeobecná sestra v sociálních službách		
	Přínosné	Nepřínosné
Počet respondentů	2	0
Vyjádřeno v %	100	0

Otázka č.5: „Při uzavírání Zvláštní smlouvy na poskytování a úhradu ošetrovatelské a rehabilitační péče, mezi vaším zařízením a zdravotními pojišťovnami, jste se s nějakými vážnými problémy“

Zvolené odpovědi respondentů jsou zapsány v tabulce 13. Stejně jako v minulé otázce oba respondenti i zde odpověděli stejně a označili odpověď, že se při uzavírání smlouvy se zdravotní pojišťovnou se žádnými problémy nesetkali.

Tabulka 13: Výskyt problémů při uzavírání smlouvy se zdravotní pojišťovnou

<b>Problémy při uzavírání smlouvy</b>		
	<b>Setkali</b>	<b>Nesetkali</b>
Počet respondentů	0	2
Vyjádřeno v %	0	100

Otázka č.6: „Prováděla již ve vašem zařízení zdravotní pojišťovna kontroly dodržování zákonem stanovených nebo smluvně sjednaných podmínek poskytování a úhrady zdravotní péče?“

Výsledky jsou zaznamenány v tabulce 14. Při odpovědi oba respondenti zvolili variantu ano, tedy u nich pojišťovna již prováděla kontrolu dodržování zákonem stanovených nebo smluvně sjednaných podmínek poskytování a úhrady zdravotní péče.

Tabulka 14: Kontrola od pojišťovny

<b>Kontrola od pojišťovny</b>		
	<b>Neprováděla</b>	<b>Prováděla</b>
Počet respondentů	0	2
Vyjádřeno v %	0	100

Otázka č.7: „Přinesla vašemu zařízení, povinnost vyúčtovávat zdravotní péči příslušné zdravotní pojišťovně, větší administrativní zatížení?“

Odpovědi jsou zobrazeny v tabulce 15. V odpovědi na tuto otázku se shodli oba 2 respondenti, když odpověděli, že povinnost vyúčtovávat zdravotní péči příslušné zdravotní pojišťovně pro jejich zařízení znamená větší administrativní zatížení.

Tabulka 15: Administrativní zatížení

<b>Je vaše administrativní zatížení větší?</b>		
	<b>Ne</b>	<b>Ano</b>
Počet respondentů	0	2
Vyjádřeno v %	0	100

Otázka č.8: „Máte ve svém zařízení dostatek odborně způsobilých zaměstnanců k poskytování zákonem vymezené zdravotní péče?“

Odpovědi respondentů zobrazuje tabulka 16. Rovněž i u této otázky se respondenti shodli na stejné odpovědi, kdy odpověděli, že ve svém zařízení mají dostatek odborně způsobilých zaměstnanců k poskytování zákonem vymezené zdravotní péče.

Tabulka 16: Počet zaměstnanců

<b>Dostatek zaměstnanců</b>		
	<b>Ne</b>	<b>Ano</b>
Počet respondentů	0	2
Vyjádřeno v %	0	100

Otázka č.9: „Znamená možnost úhrady rehabilitační a ošetrovatelské péče z veřejného zdravotního pojištění pro vaše zařízení?“

Odpovědi jsou zaznamenány v tabulce 17. I zde se respondenti shodli a odpověděli, že možnost úhrady rehabilitační a ošetrovatelské péče z veřejného zdravotního pojištění pro ně znamená více finančních prostředků.

Tabulka 17: Množství finančních prostředků pro zařízení od veřejných zdravotních pojišťoven .

Prostředky z veřejného zdravotního pojištění			
	Více	Stejně	Méně
Počet respondentů	2	0	0
Vyjádřeno v %	100	0	0

Otázka č.10: „Myslíte si, že možnost úhrady rehabilitační a ošetrovatelské péče z veřejného zdravotního pojištění přispěla ke zkvalitnění péče o vaše klienty?“

Odpovědi na tuto otázku jsou zaznamenány v grafu 13. Jeden z respondentů odpověděl, že možnost úhrady ošetrovatelské a rehabilitační péče z veřejného zdravotního pojištění, nepřispěla ke zkvalitnění péče o jejich klienty. Druhý respondent si myslí opak, že ke zkvalitnění péče došlo.

Graf 13: Zkvalitnění péče o klienty (v %)



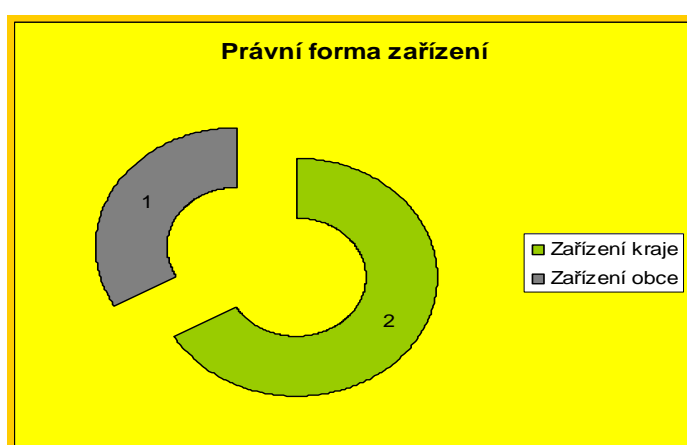
Zdroj: Vlastní výzkum

**Výsledky za zařízení jež jsou ve skupině: Domov pro seniory a domov pro osoby se zdravotním postižením.** – Těto skupině byly celkem 3 zařízení.

Otázka č.1: „Právní forma zařízení“

Odpovědi jsou zaznamenány v grafu 14. Jedno zařízení zvolilo variantu odpovědi zařízení obce a 2 zařízení jsou zařízení kraje.

Graf 14. Právní forma zařízení (v absolutních číslech)

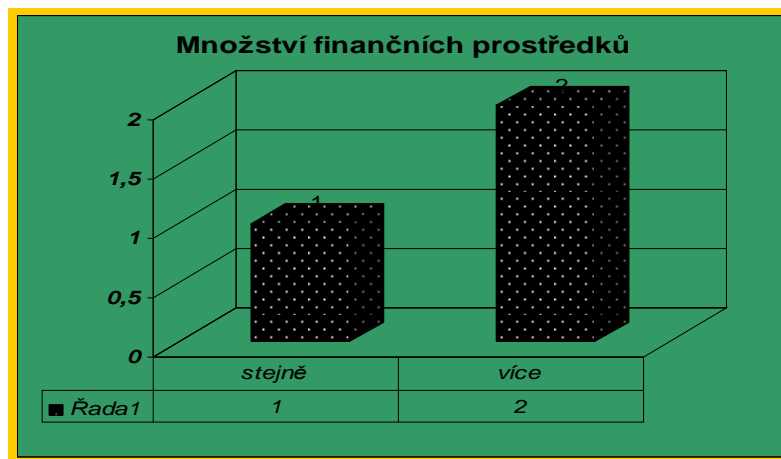


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.3: „Domníváte se, že v rámci nového systému veřejná správa“

Odpovědi na tuto otázku zobrazuje graf 15. 2 respondenti si myslí, že veřejná správa dotuje služby větším množstvím finančních prostředků a 1 respondent zvolil odpověď množství finančních prostředků je stejné.

Graf 15: Množství finančních prostředků poskytovaných veřejnou správou na sociální služby (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.4: „Zavedení odborné způsobilosti Všeobecná sestra v sociálních službách spatřujete jako?“

Odpovědi respondentů jsou shrnuty v tabulce 18. U této otázky všichni 3 respondenti shodně uvedly, že zavedení odborné způsobilosti „všeobecná sestra v sociálních službách“ spatřují jako přínosné.

Tabulka 18: Přínos zavedení odborné způsobilosti „všeobecná sestra v sociálních službách“

Všeobecná sestra v sociálních službách		
	Přínosné	Nepřínosné
Počet respondentů	3	0
Vyjádřeno v %	100	0

Otázka č.5: „Při uzavírání Zvláštní smlouvy na poskytování a úhradu ošetrovatelské a rehabilitační péče, mezi vašim zařízením a zdravotními pojišťovnami, jste se s nějakými vážnými problémy“

Zvolené odpovědi respondentů jsou zapsány v tabulce 19. Stejně jako v minulé otázce všichni 3 respondenti i zde odpověděli stejně a označili odpověď, že se při uzavírání smlouvy se zdravotní pojišťovnou se žádnými problémy nesetkali.

Tabulka 19: Výskyt problémů při uzavírání smlouvy se zdravotní pojišťovnou

<b>Problémy při uzavírání smlouvy</b>		
	<b>Setkali</b>	<b>Nesetkali</b>
Počet respondentů	0	3
Vyjádřeno v %	0	100

Otázka č.6: „Prováděla již ve vašem zařízení zdravotní pojišťovna kontroly dodržování zákonem stanovených nebo smluvně sjednaných podmínek poskytování a úhrady zdravotní péče?“

Výsledky jsou zaznamenány v tabulce 20. Při odpovědi všichni 3 respondenti zvolili variantu ano, tedy u nich pojišťovna již prováděla kontrolu dodržování zákonem stanovených nebo smluvně sjednaných podmínek poskytování a úhrady zdravotní péče.

Tabulka 20: Kontrola od pojišťovny

<b>Kontrola od pojišťovny</b>		
	<b>Prováděla</b>	<b>Neprováděla</b>
Počet respondentů	3	0
Vyjádřeno v %	100	0

Otázka č.7: „Přinesla vašemu zařízení, povinnost vyúčtovávat zdravotní péči příslušné zdravotní pojišťovně, větší administrativní zatížení?“



Odpovědi jsou zobrazeny v tabulce 21. V odpovědi na tuto otázku se shodli opět všichni 3 respondenti, když odpověděli, že povinnost vyúčtovat zdravotní péči příslušné zdravotní pojišťovně znamená pro jejich zařízení větší administrativní zatížení.

Tabulka 21: Administrativní zatížení

<b>Je pro vás nyní administrativní zatížení větší?</b>		
	<b>Ne</b>	<b>Ano</b>
Počet respondentů	0	3
Vyjádřeno v %	0	100

Otázka č.8: „Máte ve svém zařízení dostatek odborně způsobilých zaměstnanců k poskytování zákonem vymezené zdravotní péče?“

Odpovědi respondentů zobrazuje tabulka 22. Rovněž i u této otázky se respondenti shodli na stejné odpovědi, kdy 3 odpověděli, že ve svém zařízení mají dostatek odborně způsobilých zaměstnanců k poskytování zákonem vymezené zdravotní péče.

Tabulka 22: Počet zaměstnanců

<b>Máte dostatek zaměstnanců?</b>		
	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
Počet respondentů	3	0
Vyjádřeno v %	100	0

Otázka č.9: „Znamená možnost úhrady rehabilitační a ošetrovatelské péče z veřejného zdravotního pojištění pro vaše zařízení?“

Odpovědi jsou zaznamenány v tabulce 23. I zde se respondenti shodli a odpověděli, že možnost úhrady rehabilitační a ošetrovatelské péče z veřejného zdravotního pojištění pro ně znamená více finančních prostředků.

Tabulka 23: Množství finančních prostředků pro zařízení od veřejných zdravotních pojišťoven .

Prostředky z veřejného zdravotního pojištění			
	Více	Stejně	Méně
Počet respondentů	3	0	0
Vyjádřeno v %	100	0	0

Otázka č.10: „Myslíte si, že možnost úhrady rehabilitační a ošetrovatelské péče z veřejného zdravotního pojištění přispěla ke zkvalitnění péče o vaše klienty?“

Odpovědi na tuto otázku jsou zaznamenány v tabulce 24. Respondenti shodně odpověděli, že možnost úhrady ošetrovatelské a rehabilitační péče z veřejného zdravotního pojištění, nepřispěla ke zkvalitnění péče o jejich klienty.

Tabulka 24: Zkvalitnění péče o klienty

Zkvalitnění péče o klienty		
	Ano	Ne
Počet respondentů	0	3
Vyjádřeno v %	0	100

**Výsledky za zařízení jež jsou ve skupině: Domov pro seniory.** – V této skupině bylo celkem 16 zařízení.

Otázka č.1: „Právní forma zařízení“

Odpovědi jsou zaznamenány v grafu 16. U 6-ti zařízení je zřizovatelem kraj, u 9 zařízení je zřizovatelem obec a 1 zařízení je církevní právnická osoba.

Graf 16. Právní forma zařízení (v absolutních číslech)

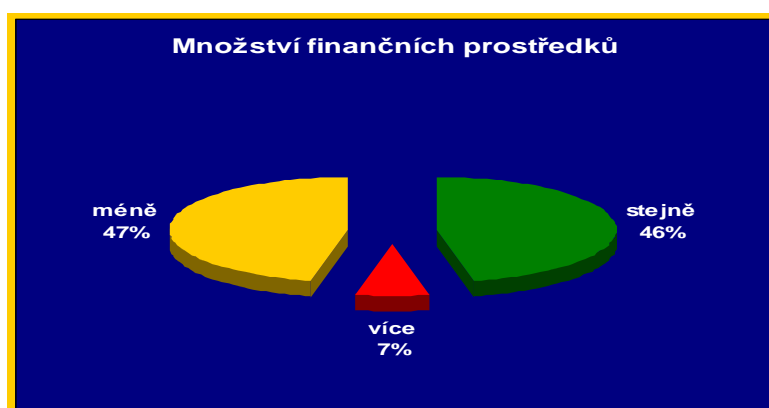


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.3: „Domníváte se, že v rámci nového systému veřejná správa“

Odpovědi na tuto otázku zobrazuje graf 17. 7 respondentů (47%) si myslí, že veřejná správa dotuje služby menším množstvím finančních prostředků. 7 respondentů (46%) zvolilo odpověď množství finančních prostředků je stejné a 1 respondent (7%) zvolil možnost, že veřejná správa dotuje služby větším množstvím finančních prostředků.

Graf 17: Množství finančních prostředků poskytovaných veřejnou správou na sociální služby (v %)

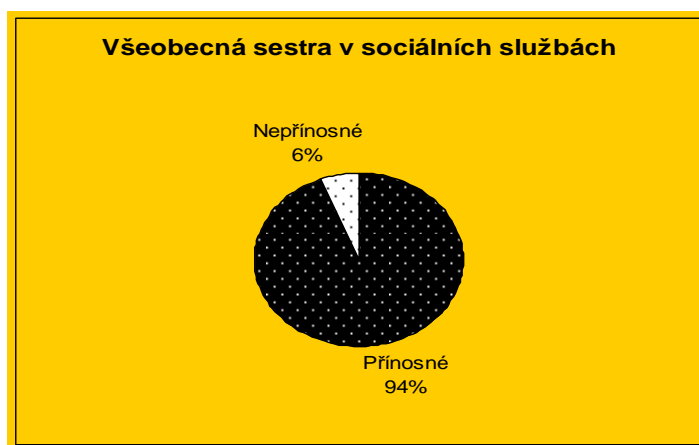


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.4: „Zavedení odborné způsobilosti „všeobecná sestra v sociálních službách“ spatřujete jako?“

Odpovědi respondentů jsou shrnuty v grafu 18. U této otázky 15 respondentů shodně uvedlo, že zavedení odborné způsobilosti „všeobecná sestra v sociálních službách“ spatřují jako přínosné. Pouhé 1 zařízení tedy 6% uvedlo, že toto spatřuje jako nepřínosné.

Graf 18: Přínos zavedení odborné způsobilosti „všeobecná sestra v sociálních službách“ (v %)

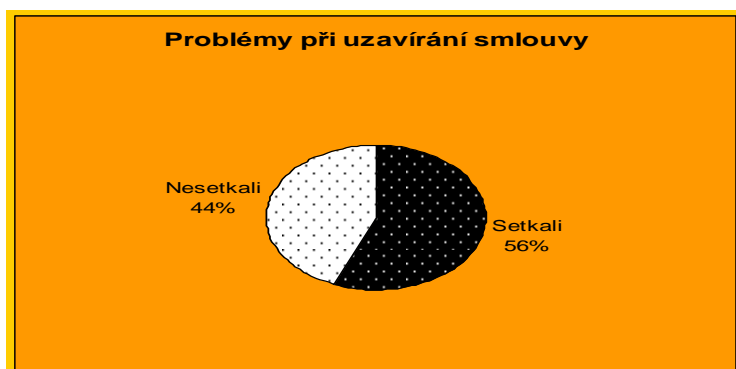


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.5: „Při uzavírání Zvláštní smlouvy na poskytování a úhradu ošetrovatelské a rehabilitační péče, mezi vašim zařízením a zdravotními pojišťovnami, jste se s nějakými vážnými problémy“

Zvolené odpovědi respondentů jsou zapsány v grafu 19. 7 respondentů (44%) se při uzavírání smlouvy se zdravotní pojišťovnou se žádnými problémy neseťkalo. 9 zařízení (56%) se při uzavírání smlouvy s problémy setkalo.

Graf 19: Výskyt problémů při uzavírání smlouvy se zdravotní pojišťovnou (v %)

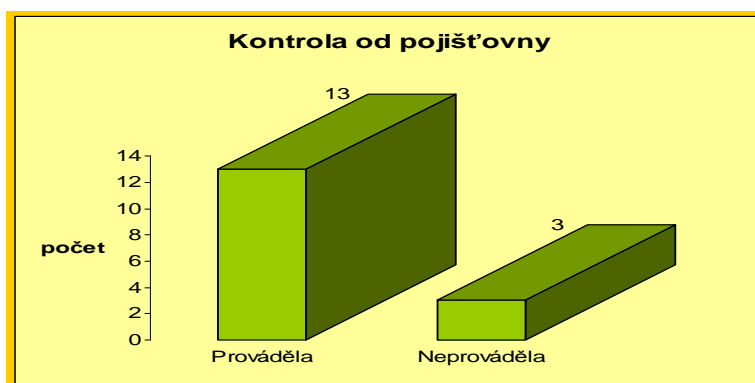


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.6: „Prováděla již ve vašem zařízení zdravotní pojišťovna kontrolu dodržování zákonem stanovených nebo smluvně sjednaných podmínek poskytování a úhrady zdravotní péče?“

Výsledky jsou zaznamenány v grafu 20. Při odpovědi 3 respondenti zvolili variantu ne, tedy u nich pojišťovna ještě neprováděla kontrolu dodržování zákonem stanovených nebo smluvně sjednaných podmínek poskytování a úhrady zdravotní péče. Ostatních 13 respondentů zvolilo variantu ano, tedy u nich pojišťovna již prováděla kontrolu dodržování zákonem stanovených nebo smluvně sjednaných podmínek poskytování a úhrady zdravotní péče.

Graf 20: Kontrola od pojišťovny (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.7: „Přinesla vašemu zařízení, povinnost vyúčtovávat zdravotní péči příslušné zdravotní pojišťovně, větší administrativní zatížení?“

Odpovědi jsou zobrazeny v tabulce 25. V odpovědi na tuto otázku se shodlo všech 16 respondentů, když odpověděli, že povinnost vyúčtovávat zdravotní péči příslušné zdravotní pojišťovně znamená pro jejich zařízení větší administrativní zatížení.

Tabulka 25: Administrativní zatížení

<b>Větší administrativní zatížení?</b>		
	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
Počet respondentů	16	0
Vyjádřeno v %	100	0

Otázka č.8: „Máte ve svém zařízení dostatek odborně způsobilých zaměstnanců k poskytování zákonem vymezené zdravotní péče?“

Odpovědi respondentů zobrazuje tabulka 26. Rovněž i u této otázky se respondenti shodli na stejné odpovědi, kdy jich všech 16 odpovědělo, že ve svém zařízení mají dostatek odborně způsobilých zaměstnanců k poskytování zákonem vymezené zdravotní péče.

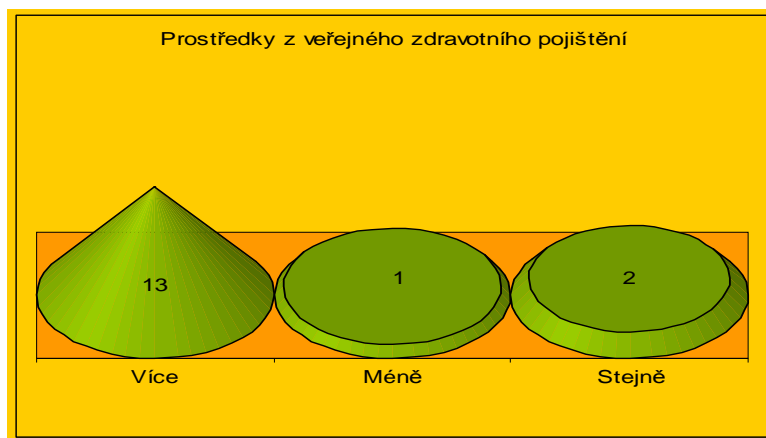
Tabulka 26: Počet zaměstnanců

<b>Máte dostatek zaměstnanců?</b>		
	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
Počet respondentů	16	0
Vyjádřeno v %	100	0

Otázka č.9: „Znamená možnost úhrady rehabilitační a ošetrovatelské péče z veřejného zdravotního pojištění pro vaše zařízení?“

Odpovědi jsou zaznamenány v grafu 21. 13 respondentů se shodlo a odpovědělo, že možnost úhrady rehabilitační a ošetrovatelské péče z veřejného zdravotního pojištění pro ně znamená více finančních prostředků. 2 respondenti uvedli, že množství finančních prostředků je stejné a 1 respondent se domnívá, že množství finančních prostředků je menší.

Graf 21: Množství finančních prostředků pro zařízení od veřejných zdravotních pojišťoven (v absolutních číslech)

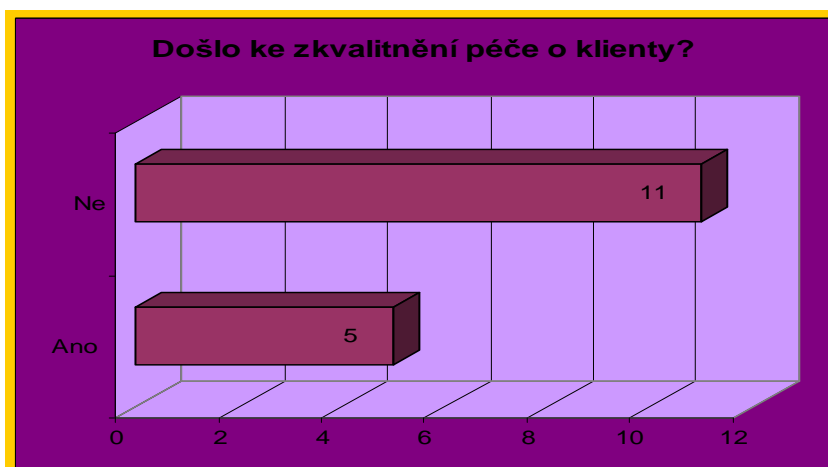


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.10: „Myslíte si, že možnost úhrady rehabilitační a ošetrovatelské péče z veřejného zdravotního pojištění přispěla ke zkvalitnění péče o vaše klienty?“

Odpovědi na tuto otázku jsou zaznamenány v grafu 22. 11 respondentů odpovědělo, že možnost úhrady ošetrovatelské a rehabilitační péče z veřejného zdravotního pojištění, nepřispělo ke zkvalitnění péče o jejich klienty a 5 respondentů si myslí opak, že ke zkvalitnění péče došlo.

Graf 22: Zkvalitnění péče o klienty (v absolutních číslech)



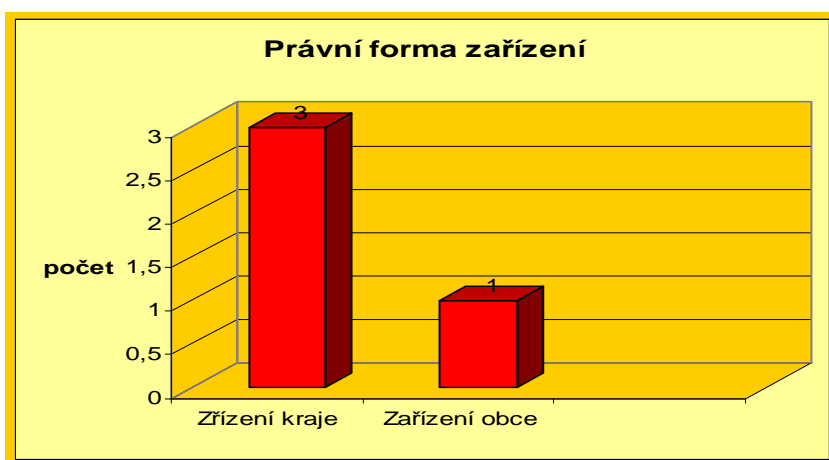
Zdroj: Vlastní výzkum

**Výsledky za zařízení jež jsou ve skupině: Domovy pro osoby se zdravotním postižením.** – V této skupině byla celkem 4 zařízení.

Otázka č.1: „Právní forma zařízení“

Odpovědi jsou zaznamenány v grafu 23. U 3 zařízení je zřizovatelem kraj, u 1 zařízení je zřizovatelem obec.

Graf 23. Právní forma zařízení (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.3: „Domníváte se, že v rámci nového systému veřejná správa“

Odpovědi na tuto otázku zobrazuje tabulka 27. Všichni 4 respondenti si myslí, že veřejná správa dotuje služby větším množstvím finančních prostředků.

Tabelka 27. Množství finančních prostředků poskytovaných veřejnou správou na sociální služby

Finanční prostředky z veřejné správy			
	Více	Stejně	Méně
Počet respondentů	4	0	0
Vyjádřeno v %	100	0	0



Otázka č.4: „Zavedení odborné způsobilosti Všeobecná sestra v sociálních službách spatřujete jako?“

Odpovědi respondentů jsou shrnuty v tabulce 28. U této otázky všichni 4 respondenti shodně uvedli, že zavedení odborné způsobilosti „všeobecná sestra v sociálních službách“ spatřují jako přínosné.

Tabulka 28: Přínos zavedení odborné způsobilosti „všeobecná sestra v sociálních službách“

<b>Všeobecná sestra v sociálních službách</b>		
	<b>Přínosné</b>	<b>Nepřínosné</b>
Počet respondentů	4	0
Vyjádřeno v %	100	0

Otázka č.5: „Při uzavírání Zvláštní smlouvy na poskytování a úhradu ošetrovatelské a rehabilitační péče, mezi vaším zařízením a zdravotními pojišťovnami, jste se s nějakými vážnými problémy“

Zvolené odpovědi respondentů jsou zapsány v tabulce 29. V odpovědi na tuto otázky se opět všichni 4 respondenti shodli, kdy označili odpověď, že se při uzavírání smlouvy se zdravotní pojišťovnou se žádnými problémy nesetkali.

Tabulka 29: Výskyt problémů při uzavírání smlouvy se zdravotní pojišťovnou

<b>Problémy při uzavírání smlouvy</b>		
	<b>Setkali</b>	<b>Nesetkali</b>
Počet respondentů	0	4
Vyjádřeno v %	0	100

Otázka č.6: „Prováděla již ve vašem zařízení zdravotní pojišťovna kontroly dodržování zákonem stanovených nebo smluvně sjednaných podmínek poskytování a úhrady zdravotní péče?“

Výsledky jsou zaznamenány v tabulce 30. Ve svých odpovědích všichni 4 respondenti uvedli, že u nich pojišťovna již prováděla kontrolu dodržování zákonem stanovených nebo smluvně sjednaných podmínek poskytování a úhrady zdravotní péče.

Tabulka 30: Kontrola z pojišťovny

Kontrola z pojišťovny		
	Prováděla	Neprováděla
Počet respondentů	4	0
Vyjádřeno v %	100	0

Otázka č.7: „Přinesla vašemu zařízení, povinnost vyúčtovat zdravotní péči příslušné zdravotní pojišťovně, větší administrativní zatížení?“

Odpovědi jsou zobrazeny v tabulce 31. V odpovědi na tuto otázku se shodli všichni 4 respondenti, když odpověděli, že povinnost vyúčtovat zdravotní péči příslušné zdravotní pojišťovně pro jejich zařízení znamená větší administrativní zatížení.

Tabulka 31: Administrativní zatížení

Je pro vás nyní administrativní zatížení větší?		
	Ne	Ano
Počet respondentů	0	4
Vyjádřeno v %	0	100

Otázka č.8: „Máte ve svém zařízení dostatek odborně způsobilých zaměstnanců k poskytování zákonem vymezené zdravotní péče?“

Odpovědi respondentů zobrazuje tabulka 32. Rovněž i u této otázky se všichni 4 respondenti shodli na stejné odpovědi, když odpověděli, že ve svém zařízení mají dostatek odborně způsobilých zaměstnanců k poskytování zákonem vymezené zdravotní péče.

Tabulka 32: Počet zaměstnanců

Máte dostatek zaměstnanců?		
	Ano	Ne
Počet respondentů	4	0
Vyjádřeno v %	100	0

Otázka č.9: „Znamená možnost úhrady rehabilitační a ošetrovatelské péče z veřejného zdravotního pojištění pro vaše zařízení?“

Odpovědi jsou zaznamenány v tabulka 33. 4 respondenti se shodli a odpověděli, že možnost úhrady rehabilitační a ošetrovatelské péče z veřejného zdravotního pojištění pro ně znamená více finančních prostředků.

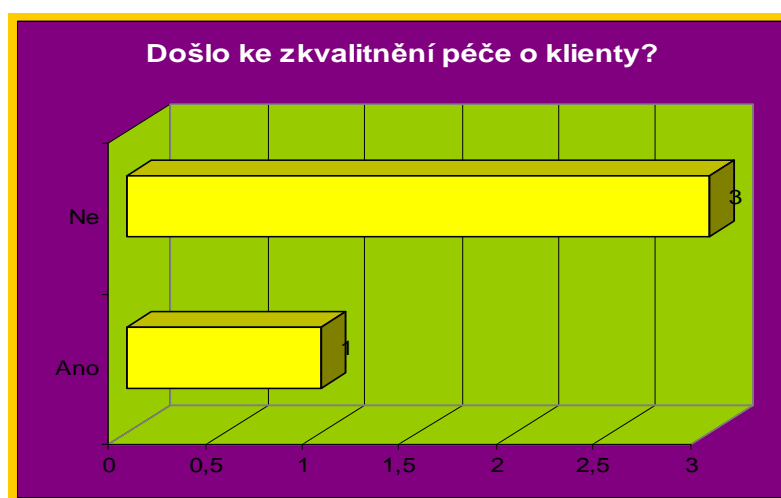
Tabulka 33: Množství finančních prostředků pro zařízení od veřejných zdravotních pojišťoven .

Prostředky z veřejného zdravotního pojištění			
	Více	Stejně	Méně
Počet respondentů	4	0	0
Vyjádřeno v %	100	0	0

Otázka č.10: „Myslíte si, že možnost úhrady rehabilitační a ošetrovatelské péče z veřejného zdravotního pojištění přispěla ke zkvalitnění péče o vaše klienty?“

Odpovědi na tuto otázku jsou zaznamenány v grafu 24. 3 respondenti odpověděli, že možnost úhrady ošetrovatelské a rehabilitační péče z veřejného zdravotního pojištění, nepřispěla ke zkvalitnění péče o jejich klienty a 1 respondent si myslí opak, že ke zkvalitnění péče došlo.

Graf 24: Zkvalitnění péče o klienty (v absolutních číslech)



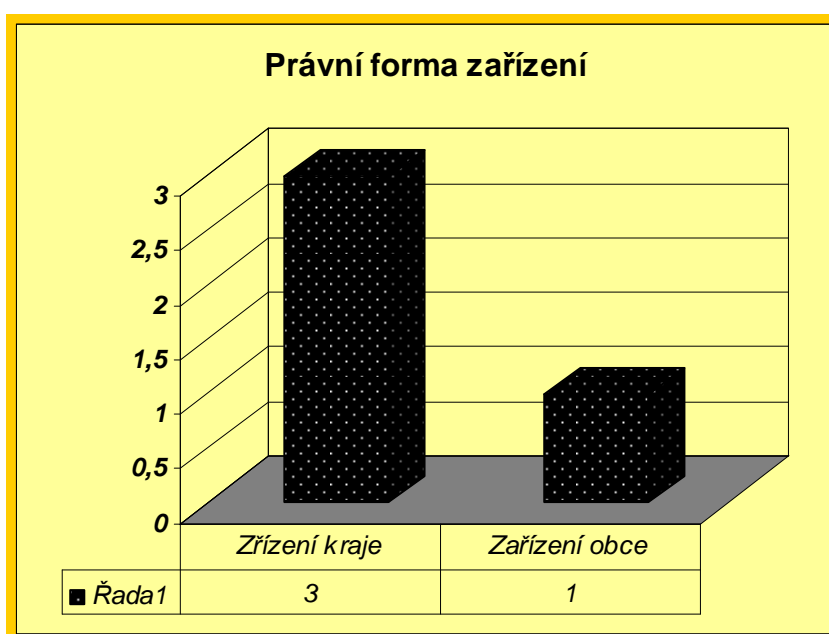
Zdroj: Vlastní výzkum

**Výsledky za zařízení jež jsou ve skupině: Domov se zvláštním režimem a domov pro seniory.** – V této skupině byly celkem 4 zařízení.

Otázka č.1: „Právní forma zařízení“

Odpovědi jsou zaznamenány v grafu 25. U 3 zařízení je zřizovatelem kraj, u 1 zařízení je zřizovatelem obec.

Graf 25. Právní forma zařízení (v absolutních číslech)

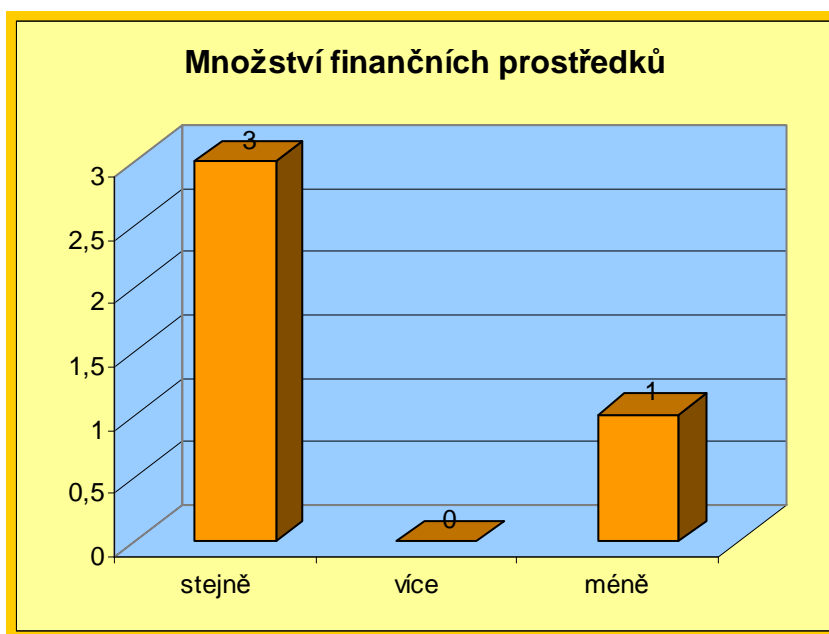


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.3: „Domníváte se, že v rámci nového systému veřejná správa“

Odpovědi na tuto otázku zobrazuje graf 26. 3 respondenti si myslí, že veřejná správa dotuje služby stejným množstvím finančních prostředků. 1 respondent označil odpověď, že množství finančních prostředků se snížilo.

Graf 26: Množství finančních prostředků poskytovaných veřejnou správou na sociální služby (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.4: „Zavedení odborné způsobilosti Všeobecná sestra v sociálních službách spatřujete jako?“

Odpovědi respondentů jsou shrnuty v tabulce 34. U této otázky všichni 4 respondenti shodně uvedli, že zavedení odborné způsobilosti „všeobecná sestra v sociálních službách“ spatřují jako přínosné.

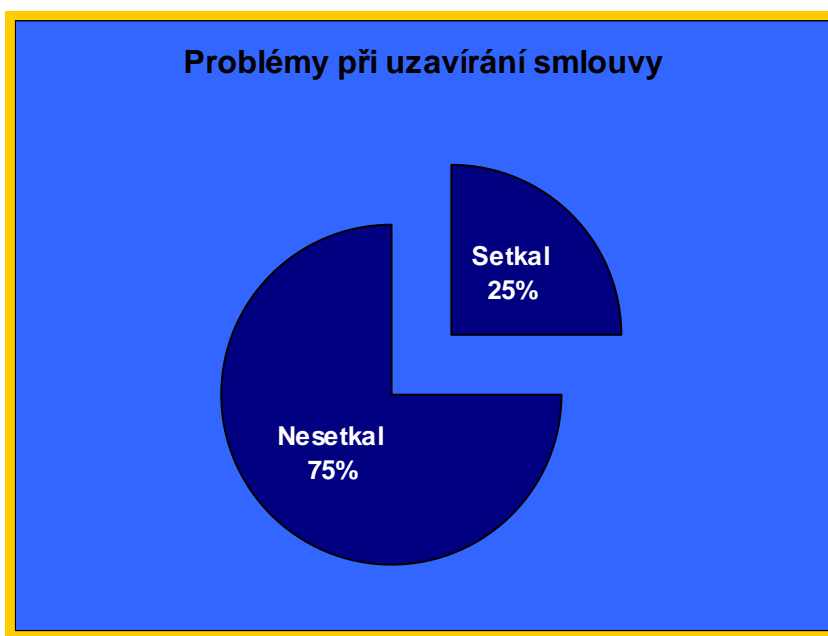
Tabulka 34: Přínos zavedení odborné způsobilosti „všeobecná sestra v sociálních službách“

Všeobecná sestra v sociálních službách		
	Přínosné	Nepřínosné
Počet respondentů	4	0
Vyjádřeno v %	100	0

Otázka č.5: „Při uzavírání Zvláštní smlouvy na poskytování a úhradu ošetrovatelské a rehabilitační péče, mezi vaším zařízením a zdravotními pojišťovnami, jste se s nějakými vážnými problémy“

Zvolené odpovědi respondentů jsou zapsány v grafu 27. V odpovědi na tuto otázku se 3 respondenti shodli, když označili odpověď, že se při uzavírání smlouvy se zdravotní pojišťovnou se žádnými problémy neseťkali 1 respondent odpověděl, že se setkal s problémy při uzavírání smlouvy se zdravotní pojišťovnou.

Graf 27: Výskyt problémů při uzavírání smlouvy se zdravotní pojišťovnou (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.6: „Prováděla již ve vašem zařízení zdravotní pojišťovna kontroly dodržování zákonem stanovených nebo smluvně sjednaných podmínek poskytování a úhrady zdravotní péče?“

Výsledky jsou zaznamenány v tabulce 35. Ve svých odpovědích všichni 4 respondenti uvedli, že u nich pojišťovna již prováděla kontrolu dodržování zákonem stanovených nebo smluvně sjednaných podmínek poskytování a úhrady zdravotní péče.

Tabulka 35: Kontrola od pojišťovny

Kontrola z pojišťovny		
	Prováděla	Neprováděla
Počet respondentů	4	0
Vyjádřeno v %	100	0

Otázka č.7: „Přinesla vašemu zařízení, povinnost vyúčtovávat zdravotní péči příslušné zdravotní pojišťovně, větší administrativní zatížení?“

Odpovědi jsou zobrazeny v tabulce 36. V odpovědi na tuto otázku se shodli všichni 4 respondenti, když odpověděli, že povinnost vyúčtovávat zdravotní péči příslušné zdravotní pojišťovně pro jejich zařízení, znamená větší administrativní zatížení.

Tabulka 36: Administrativní zatížení

Je pro vás nyní administrativní zatížení větší?		
	Ne	Ano
Počet respondentů	0	4
Vyjádřeno v %	0	100

Otázka č.8: „Máte ve svém zařízení dostatek odborně způsobilých zaměstnanců k poskytování zákonem vymezené zdravotní péče?“

Odpovědi respondentů zobrazuje tabulka 37. Stejně jako v minulé otázce i zde se všichni 4 respondenti shodli na stejné odpovědi, když odpověděli, že ve svém zařízení mají dostatek odborně způsobilých zaměstnanců k poskytování zákonem vymezené zdravotní péče.

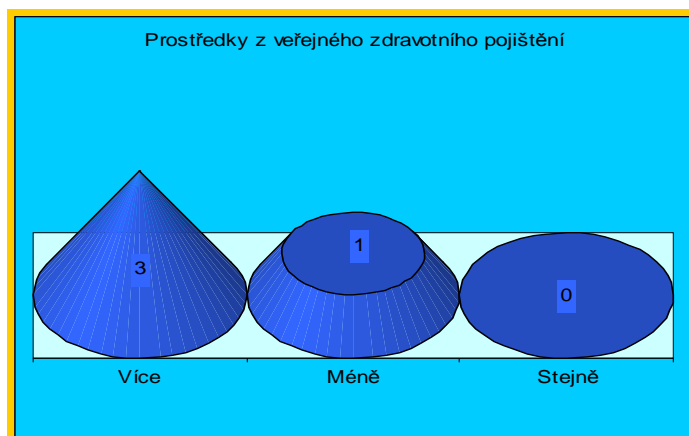
Tabulka 37: Počet zaměstnanců

Máte dostatek zaměstnanců?		
	Ano	Ne
Počet respondentů	4	0
Vyjádřeno v %	100	0

Otázka č.9: „Znamená možnost úhrady rehabilitační a ošetrovatelské péče z veřejného zdravotního pojištění pro vaše zařízení?“

Odpovědi jsou zaznamenány v grafu 28. 3 respondenti se shodli a odpověděli, že možnost úhrady rehabilitační a ošetrovatelské péče z veřejného zdravotního pojištění pro ně znamená více finančních prostředků. 1 respondent uvedl, že pro něho možnost úhrady rehabilitační a ošetrovatelské péče z veřejného zdravotního pojištění znamená méně finančních prostředků.

Graf 28: Množství finančních prostředků pro zařízení od veřejných zdravotních pojišťoven. (v absolutních číslech)



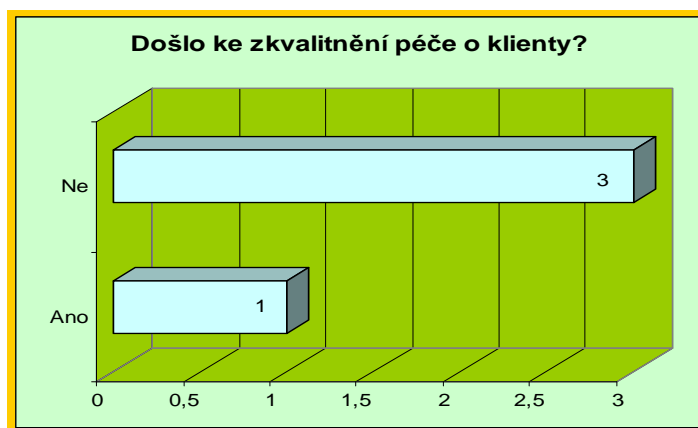
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.10: „Myslíte si, že možnost úhrady rehabilitační a ošetrovatelské péče z veřejného zdravotního pojištění přispěla ke zkvalitnění péče o vaše klienty?“

Odpovědi na tuto otázku jsou zaznamenány v grafu 29. 3 respondenti odpověděli, že možnost úhrady ošetrovatelské a rehabilitační péče z veřejného zdravotního pojištění, nepřispěla ke zkvalitnění péče o jejich klienty a 1 respondent si myslí opak, že ke zkvalitnění péče došlo.



Graf 29: Zkvalitnění péče o klienty (v absolutních číslech)



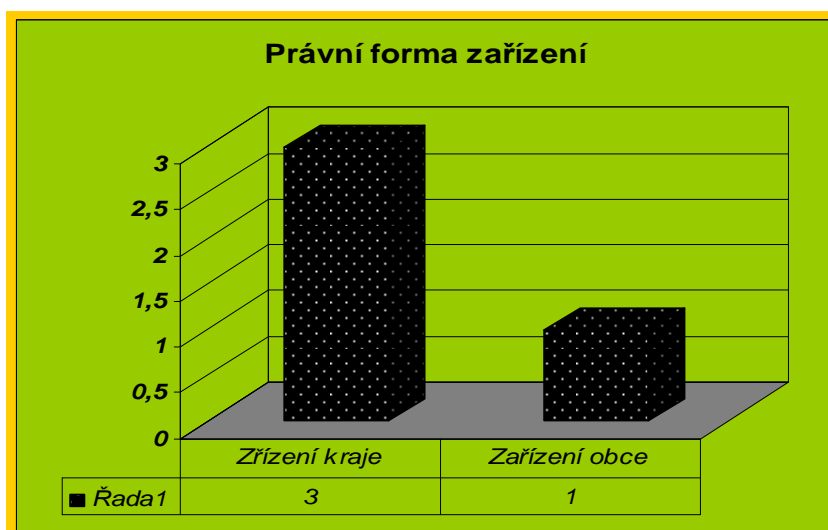
Zdroj: Vlastní výzkum

**Výsledky za zařízení jež jsou ve skupině: Týdenní stacionář a domovy pro osoby se zdravotním postižením.** – V této skupině jsou 4 zařízení.

Otázka č.1: „Právní forma zařízení“

Odpovědi jsou zaznamenány v grafu 30. Jedno zařízení zvolilo variantu odpovědi zařízení obce a 3 zařízení jsou zařízení kraje.

Graf 30: Právní forma zařízení (v absolutních číslech)

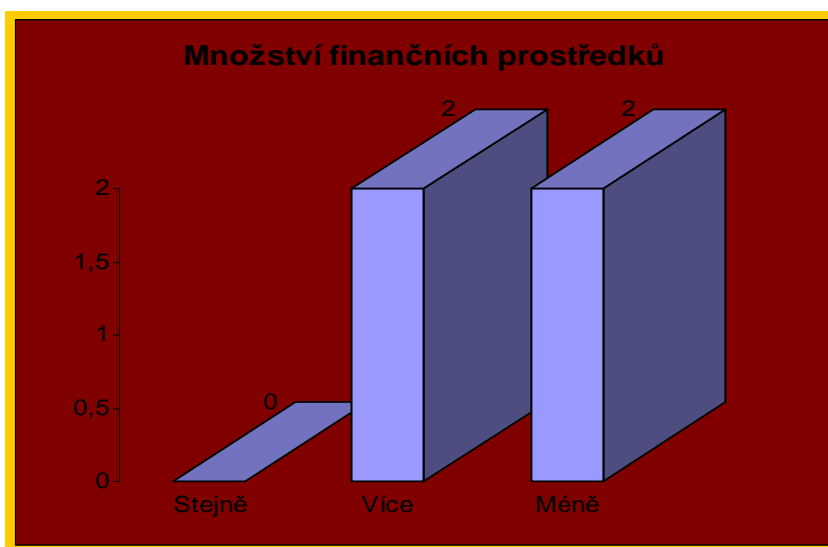


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.3: „Domníváte se, že v rámci nového systému veřejná správa“

Odpovědi na tuto otázku zobrazuje graf 31. 2 respondenti si myslí, že veřejná správa dotuje služby větším množstvím finančních prostředků a další 2 respondenti označili odpověď, že množství finančních prostředků se snížilo.

Graf 31: Množství finančních prostředků poskytovaných veřejnou správou na sociální služby (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.4: „Zavedení odborné způsobilosti Všeobecná sestra v sociálních službách spatřujete jako?“

Odpovědi respondentů jsou shrnuty v tabulce 38. U této otázky všichni 4 respondenti shodně uvedli, že zavedení odborné způsobilosti „všeobecná sestra v sociálních službách“ spatřují jako přínosné.

Tabulka 38: Přínos zavedení odborné způsobilosti „všeobecná sestra v sociálních službách“

Všeobecná sestra v sociálních službách		
	Přínosné	Nepřínosné
Počet respondentů	4	0
Vyjádřeno v %	100	0

Otázka č.5: „Při uzavírání Zvláštní smlouvy na poskytování a úhradu ošetřovatelské a rehabilitační péče, mezi vaším zařízením a zdravotními pojišťovnami, jste se s nějakými vážnými problémy“

Zvolené odpovědi respondentů jsou zapsány v grafu 32. V odpovědi na tuto otázku se 3 respondenti shodly, kdy označili odpověď, že se při uzavírání smlouvy se zdravotní pojišťovnou se žádnými problémy nesetkali 1 respondent odpověděl, že se setkal s problémy při uzavírání smlouvy se zdravotní pojišťovnou.

Graf 32: Výskyt problémů při uzavírání smlouvy se zdravotní pojišťovnou (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.6: „Prováděla již ve vašem zařízení zdravotní pojišťovna kontroly dodržování zákonem stanovených nebo smluvně sjednaných podmínek poskytování a úhrady zdravotní péče?“

Výsledky jsou zaznamenány v tabulce 39. Ve svých odpovědích všichni 4 respondenti uvedli, že u nich pojišťovna již prováděla kontrolu dodržování zákonem stanovených nebo smluvně sjednaných podmínek poskytování a úhrady zdravotní péče.

Tabulka 39: Kontrola od pojišťovny

<b>Kontrola z pojišťovny</b>		
	<b>Prováděla</b>	<b>Neprováděla</b>
Počet respondentů	4	0
Vyjádřeno v %	100	0

Otázka č.7: „Přinesla vašemu zařízení, povinnost vyúčtovat zdravotní péči příslušné zdravotní pojišťovně, větší administrativní zatížení?“

Odpovědi jsou zobrazeny v tabulce 40. V odpovědi na tuto otázku se shodli všichni 4 respondenti, když odpověděli, že povinnost vyúčtovat zdravotní péči příslušné zdravotní pojišťovně pro jejich zařízení, znamená větší administrativní zatížení.

Tabulka 40: Administrativní zatížení

<b>Je pro vás nyní administrativní zatížení větší?</b>		
	<b>Ne</b>	<b>Ano</b>
Počet respondentů	0	4
Vyjádřeno v %	0	100

Otázka č.8: „Máte ve svém zařízení dostatek odborně způsobilých zaměstnanců k poskytování zákonem vymezené zdravotní péče?“

Odpovědi respondentů zobrazuje tabulka 41. Rovněž i u této otázky se respondenti shodli na stejné odpovědi, kdy odpověděli, že ve svém zařízení mají dostatek odborně způsobilých zaměstnanců k poskytování zákonem vymezené zdravotní péče.

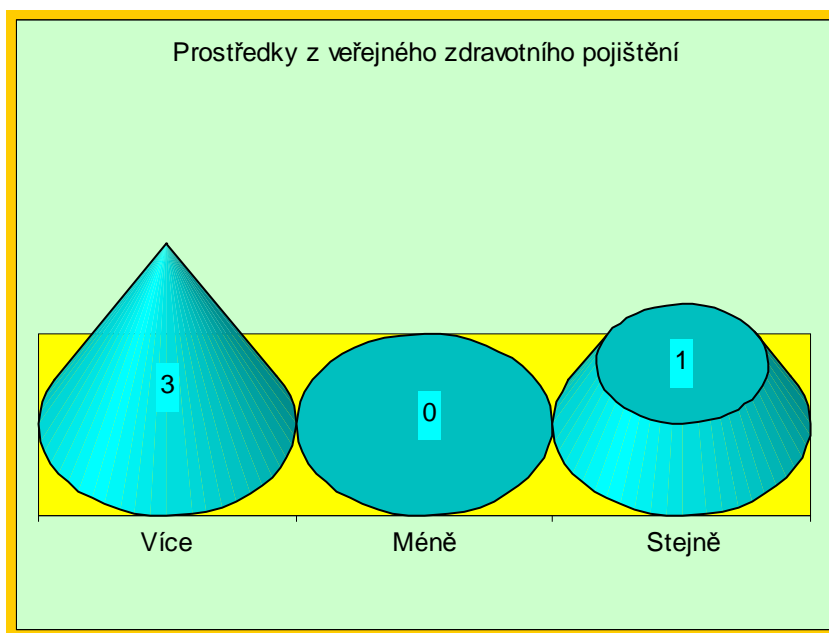
Tabulka 41: Počet zaměstnanců

<b>Máte dostatek zaměstnanců?</b>		
	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
Počet respondentů	4	0
Vyjádřeno v %	100	0

Otázka č.9: „Znamená možnost úhrady rehabilitační a ošetrovatelské péče z veřejného zdravotního pojištění pro vaše zařízení?“

Odpovědi jsou zaznamenány v grafu 33. 3 respondenti se shodli a odpověděli, že možnost úhrady rehabilitační a ošetrovatelské péče z veřejného zdravotního pojištění pro ně znamená více finančních prostředků. 1 respondent uvedl, že pro něho možnost úhrady rehabilitační a ošetrovatelské péče z veřejného zdravotního pojištění znamená stejně finančních prostředků.

Graf 33: Množství finančních prostředků pro zařízení od veřejných zdravotních pojišťoven. (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.10: „Myslíte si, že možnost úhrady rehabilitační a ošetrovatelské péče z veřejného zdravotního pojištění přispěla ke zkvalitnění péče o vaše klienty?“

Odpovědi na tuto otázku jsou zaznamenány v tabulce 42. Všichni 4 respondenti odpověděli, že možnost úhrady ošetrovatelské a rehabilitační péče z veřejného zdravotního pojištění, nepřispěla ke zkvalitnění péče o jejich klienty.

Tabulka 42: Zkvalitnění péče o klienty

Zkvalitnění péče o klienty		
	Ano	Ne
Počet respondentů	0	4
Vyjádřeno v %	0	100

**Výsledky za zařízení jež jsou ve skupině: Týdenní stacionář.** – v této skupině byly 2 zařízení

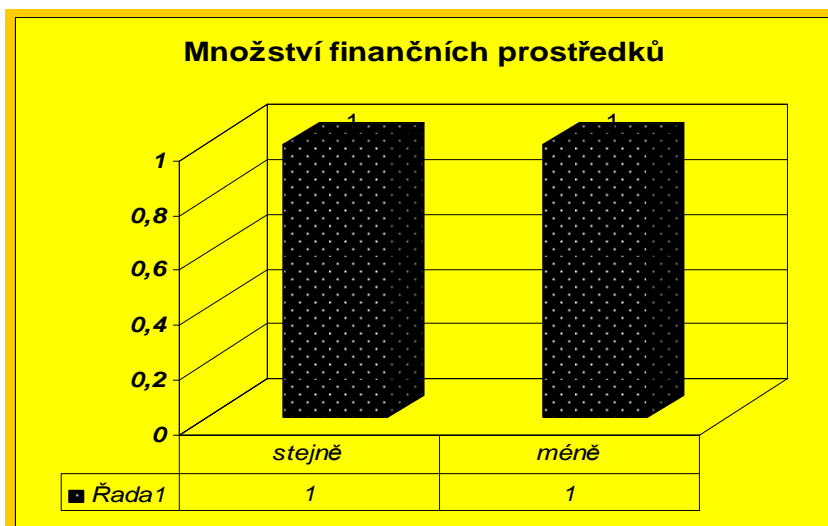
Otázka č.1: „Právní forma zařízení“

Obě zařízení jsou zřizována krajem.

Otázka č.3: „Domníváte se, že v rámci nového systému veřejná správa“

Odpovědi na tuto otázku zobrazuje graf 34. Odpovědi na tuto otázku byly vyrovnané. 1 z respondentů se domnívá, že došlo ke snížení objemu peněz poskytovaných na sociální služby. Druhý respondent zvolil odpověď množství finančních prostředků je stejné.

Graf 34: Množství finančních prostředků poskytovaných veřejnou správou na sociální služby (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.4: „Zavedení odborné způsobilosti Všeobecná sestra v sociálních službách spatřujete jako“

Odpovědi obou respondentů jsou shrnuty v tabulce 43. U této otázky oba respondenti shodně uvedli, že zavedení odborné způsobilosti „všeobecná sestra v sociálních službách“ spatřují jako přínosné.

Tabulka 43: Přínos zavedení odborné způsobilosti „všeobecná sestra v sociálních službách“

<b>Všeobecná sestra v sociálních službách</b>		
	<b>Přínosné</b>	<b>Nepřínosné</b>
Počet respondentů	2	0
Vyjádřeno v %	100	0

Otázka č.5: „Při uzavírání Zvláštní smlouvy na poskytování a úhradu ošetrovatelské a rehabilitační péče, mezi vaším zařízením a zdravotními pojišťovnami, jste se s nějakými vážnými problémy“

Zvolené odpovědi respondentů jsou zapsány v tabulce 44. Stejně jako v minulé otázce oba respondenti i zde odpověděli stejně a označili odpověď, že se při uzavírání smlouvy se zdravotní pojišťovnou s žádnými problémy nesetkali.

Tabulka 44: Výskyt problémů při uzavírání smlouvy se zdravotní pojišťovnou

<b>Problémy při uzavírání smlouvy</b>		
	<b>Nesetkali</b>	<b>Setkali</b>
Počet respondentů	2	0
Vyjádřeno v %	100	0

Otázka č.6: „Prováděla již ve vašem zařízení zdravotní pojišťovna kontroly dodržování zákonem stanovených nebo smluvně sjednaných podmínek poskytování a úhrady zdravotní péče?“

Výsledky jsou zaznamenány v tabulce 45. Při odpovědi oba respondenti zvolili variantu ano, tedy u nich pojišťovna již prováděla kontroly dodržování zákonem stanovených nebo smluvně sjednaných podmínek poskytování a úhrady zdravotní péče.

Tabulka 45: Kontrola od pojišťovny

<b>Kontrola od pojišťovny</b>		
	<b>Prováděla</b>	<b>Neprováděla</b>
Počet respondentů	2	0
Vyjádřeno v %	100	0

Otázka č.7: „Přinesla vašemu zařízení, povinnost vyúčtovat zdravotní péči příslušné zdravotní pojišťovně, větší administrativní zatížení?“

Odpovědi jsou zobrazeny v tabulce 46. V odpovědi na tuto otázku se shodli oba 2 respondenti, když odpověděli, že povinnost vyúčtovat zdravotní péči příslušné zdravotní pojišťovně pro jejich zařízení znamená větší administrativní zatížení.

Tabulka 46: Výše administrativního zatížení

<b>Je vaše administrativní zatížení větší?</b>		
	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
Počet respondentů	2	0
Vyjádřeno v %	100	0

Otázka č.8: „Máte ve svém zařízení dostatek odborně způsobilých zaměstnanců k poskytování zákonem vymezené zdravotní péče?“

Odpovědi respondentů zobrazuje tabulka 47. Rovněž i u této otázky se respondenti shodli na stejné odpovědi, kdy odpověděli, že ve svém zařízení mají dostatek odborně způsobilých zaměstnanců k poskytování zákonem vymezené zdravotní péče.

Tabulka 47: Počet zaměstnanců

<b>Máte dostatek odborně způsobilých zaměstnanců?</b>		
	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
Počet respondentů	2	0
Vyjádřeno v %	100	0



Otázka č.9: „Znamená možnost úhrady rehabilitační a ošetrovatelské péče z veřejného zdravotního pojištění pro vaše zařízení?“

Odpovědi jsou zaznamenány v tabulce 48. I zde se respondenti shodli a 2 odpověděli, že možnost úhrady rehabilitační a ošetrovatelské péče z veřejného zdravotního pojištění pro ně znamená více finančních prostředků.

Tabulka 48: Množství finančních prostředků pro zařízení od veřejných zdravotních pojišťoven .

<b>Množství finančních prostředků</b>			
	<b>Více</b>	<b>Stejně</b>	<b>Méně</b>
Počet respondentů	2	0	0
Vyjádřeno v %	100	0	0

Otázka č.10: „Myslíte si, že možnost úhrady rehabilitační a ošetrovatelské péče z veřejného zdravotního pojištění přispěla ke zkvalitnění péče o vaše klienty?“

Odpovědi na tuto otázku jsou zaznamenány v tabulce 49. Oba respondenti odpověděli, že možnost úhrady ošetrovatelské a rehabilitační péče z veřejného zdravotního pojištění, nepřispěla ke zkvalitnění péče o jejich klienty.

Tabulka 49: Zkvalitnění péče o klienty

<b>Zkvalitnění péče o klienty</b>		
	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
Počet respondentů	0	2
Vyjádřeno v %	0	100

## 5. Diskuse

Nový zákon o sociálních službách kromě jiného umožnil úhradu ošetrovatelské péče v zařízeních sociální péče, kterou poskytuje ošetrovatelský personál a která nebyla dosud hrazena ze zdravotního pojištění (18). Ve své diplomové práci jsem se snažila zjistit, zda změna právní úpravy přispěla ke zlepšení financování ošetrovatelské a rehabilitační péče v poskytovaných zařízeních sociálních služeb. Časopis Sestra (8) uvádí, že problémem pobytových zařízení sociální péče je nejen úhrada ošetrovatelské péče, ale také rozsah ošetrovatelské péče, která se v těchto zařízeních poskytuje. Vždyť každý občan má stejný nárok na úhradu zdravotní péče ze zdravotního pojištění, a to bez ohledu na to, v jakém zařízení právě pobývá. I přes tuto skutečnost nebyla tato péče v zařízeních sociální péče, která ošetrovatelskou péči poskytují svým obyvatelům, ze zdravotního pojištění hrazena.

Cílový soubor tvořilo 35 respondentů (zařízení pobytových sociálních služeb, jež mají sídlo v Jihočeském kraji). Bylo provedeno dotazníkové šetření. Dotazník obsahoval 10 otázek. První dvě otázky byly identifikační – právní forma zařízení, druh zařízení dle typu poskytované služby. Jak uvádí Matoušek (14) Ministerstvo práce a sociálních věcí může také zřizovat zařízení sociální péče. V současnosti je ministerstvo zřizovatelem pouze pěti specializovaných ústavů s celostátní působností. Zřizovatele jsou v současné době převážně obce a kraje. Toto potvrdil i výzkum, kdy 20 zařízení (57%) zřizuje kraj a 14 zařízení (40%) zřizuje obec. 1 zařízení (3%) je církevní právnická osoba. Matoušek (14) se zmiňuje o tom, že obce a kraje dbají na vytváření vhodných podmínek pro rozvoj sociálních služeb, zejména zjišťování skutečných potřeb lidí a zdrojů k jejich uspokojování. K reorganizaci došlo v roce 2002, kdy se kraje staly zřizovateli zařízení sociální péče, které do té doby zřizovaly okresy. Se zvyšujícím se počtem osob, jež se dožívají vysokého věku, se bude zvyšovat i poptávka po pobytových zařízeních, jež zajistí pro tyto osoby kvalitní péči sociální, zdravotní, ošetrovatelskou i rehabilitační. S novým zákonem o sociálních službách přišly i nové typy pobytových zařízení sociálních služeb a s tím i další povinnosti pro tato zařízení. Jak uvádí Pavel Horák (8), ředitel VZP ČR, poskytovatel pobytových sociálních služeb v týdenních stacionářích, domovech pro

seniory, domovech se zvláštním režimem, je povinen osobám v nich umístěných zajistit zdravotní péči. Jelikož může jedno zařízení poskytovat různé druhy služeb pro více skupin osob, tak z výzkumu vyplynulo, 2 zařízení (6%) poskytují své služby jako domov se zvláštním režimem, domov pro seniory a zároveň domov pro osoby se zdravotním postižením. Následují 3 zařízení (9%) jež jsou registrovány jako domov pro seniory a domov pro osoby se zdravotním postižením. Nejvíce zařízení a to 16 (46%) působí jako domovy pro seniory. Dále 4 zařízení (11%), která spadají do skupiny domovy pro osoby se zdravotním postižením. Následující 4 zařízení (11%) jsou registrovány jako domov se zvláštním režimem a domov pro seniory. Také 4 zařízení (11%) jsou zařazena do skupiny týdenní stacionář a domov pro osoby se zdravotním postižením. Poslední 2 zařízení (6%) poskytují své služby jako týdenní stacionáře. Jak se zmiňuje Průša ve své knize *Ekonomie sociálních služeb (22)*, jedním z nejožehavějších problémů transformace celého systému sociálních služeb, je otázka financování. Do této doby byly principy financování sociálních služeb, až na nějaké malé změny, téměř stejné. Velkou změnu přinesl až zákon o sociálních službách, který říká, že na financování sociálních služeb mohou být poskytnuty dotace. Králová a Rážová (11) však zmiňují, že na poskytnutí dotací není v souladu se zákonem č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech nárok. Hanuš a Kolářová (4) uvádějí, že dotace se poskytuje na zajištění poskytování sociální služby poskytovatelům sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru. O dotaci se musí žádat, stejně jako dříve. Oproti bývalému stavu však musí o dotaci žádat každý poskytovatel sociálních služeb, nikoli pouze nestátní subjekt, jak tomu bývalo doposud. K této problematice jsem zaměřila otázku č.3, kde mě zajímal názor zařízení na to, jakým množstvím finančních prostředků dotuje veřejná správa sociální služby. Výsledky pro mě byly překvapivě vyrovnané. Nejméně respondentů 9 (26%) se domnívá, že veřejná správa dotuje služby větším množstvím finančních prostředků. O něco více respondentů 13 (37%) si myslí, že došlo spíše ke snížení objemu peněz poskytovaných na sociální služby. Stejný počet respondentů 13 (37%) se domnívá, že s novou legislativou se financování nezměnilo a množství finančních prostředků poskytovaných veřejnou správou je stejné. Podle Průši (21) je zřejmé, že z výsledků dotačního řízení jsou nejspokojenější příspěvkové

organizace, které jsou zřizovány krajem a které poskytují služby sociální péče, jejich požadavky byly uspokojeny z 82,8% (celková výše dotace činila 4 204 mil. Kč). Kdy v naprosté většině případů se jedná o ústavy sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany, jejich požadavky na dotaci byly v tomto rozsahu pokryty. Asi právě proto, že ústavy sociální péče byly mým výzkumným souborem, jsou výsledky u otázky výše financování sociálních služeb z veřejné správy převážně kladné. Neboť jak již bylo zmíněno výše, celých 63% respondentů se domnívá, že financí je více nebo stejně a pouhých 37% respondentů zastává názor, že financí z veřejné správy je méně. Jak uvádí Strnad (27), už několik let se diskutuje o tom, zda v zařízeních sociální péče musí léky podávat zdravotnický personál. Problém se vyjasňuje s příchodem novely č. 620/2006 Sb. vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se uvádí seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a zavádí se pojem „všeobecná sestra v sociálních službách.“ Poskytovatel sociálních služeb je podle zákona o sociálních službách § 36 povinen zajistit svým uživatelům pobytových služeb zdravotní péči. Může ji zajistit prostřednictvím zdravotnického zařízení, nebo, pokud jde o ošetrovatelskou a rehabilitační péči, také vlastními zaměstnanci, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání. Pokud tedy poskytovatel zaměstnává zdravotnický personál způsobilý k výkonu odbornosti všeobecné sestry v sociálních službách (všeobecné sestry nebo zdravotníky s osvědčením MZ ČR k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu) a má se zdravotní pojišťovnou pacienta uzavřenou Zvláštní smlouvu, může tento personál také na základě lékařské indikace připravovat a podávat léky. Prováděné zdravotní výkony budou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Z výzkumu vyplynulo, že naprostá většina respondentů 34 (97%) spatřuje zavedení odborné způsobilosti „všeobecná sestra v sociálních službách“ jako přínosné. Pouhé 1 zařízení (3%) toto za přínosné nespatřuje. V případě, že respondent označil odpověď nepřínosné, měl možnost v dotazníku svou odpověď zdůvodnit. Proto tedy cituji z respondentovi odpovědi: Přijali jsme větší počet zdravotních sester, tím nám vzrostly náklady; náročná administrativa, která není vůbec ku prospěchu uživatele služby; VZP se snaží najít za každou cenu nedostatky, provádí přísné kontroly od samého začátku, aniž byl dán vzor jak má dokumentace vypadat, aniž by byl dán prostor „naučit se“ vykazování této péče;

od prvního dne nemilosrdně zkontrolováno a odmítnuto 2/3 výkonů; odmítnutí vykázaného podávání léků např. dementním uživatelům s tím, že to je sociální služby, což odporuje zákonným normám aplikace léčiv je v instituci vždy součástí zdravotní péče, nelze v institucionální péči pověřit pracovníka v sociálních službách bez zdravotnického vzdělání vykonáváním těchto zdravotních výkonů; VZP evidentně nerespektuje zákonné normy, odmítá nasmlouvat bonifikační kódy (práce sestry o víkendy a svátcích), podmiňuje toto 5 úvazky sester, pokud dochází do zařízení jen za účelem výkonu ošetrovatelské péče, stačí více sester na kratší úvazky, celkem nedají 5 úvazků, ale péče o víkendech a svátcích je odvedená a zařízení zaměstnancům vyplácí příplatky za tuto práci; VZP evidentně zařízení poškozují, chová se jako stát ve státě. Konec citace. Následující otázka v dotazníku se týkala uzavírání Zvláštní smlouvy. Pavel Horák (9) vysvětluje (zvláštní proto, že se nejedná o zdravotnická zařízení a hrazená péče je definována druhem péče a striktním vymezením příjemců této služby). Zvláštní smlouva se uzavírá za účelem zajištění věcného plnění při poskytování zdravotní péče hrazené veřejným zdravotním pojištěním. Smlouva upravuje podmínky, za nichž je příslušnou pojišťovnou hrazena ošetrovatelská a rehabilitační péče. Při studování materiálu k tomuto tématu jsem se dočetla, že pojišťovny jsou připravené s maximální vstřícností spolupracovat s vedením zařízení pobytových sociálních služeb z důvodu úspěšné aplikace. Z tohoto důvodu mě také ve výzkumu zajímalo, zda se zařízení při uzavírání Zvláštní smlouvy se zdravotní pojišťovnou s nějakými problémy setkaly či neseťkaly. Většina respondentů 24 (69%) se s žádnými problémy neseťkalo. 11 respondentů (31%) se s určitými problémy při uzavírání Zvláštní smlouvy setkalo. Tyto problémy lze shrnout do několika skupin – odmítnutí bonifikačních kódů, nejsou stanoveny jednotné podmínky pojišťoven při vykazování péče, zařízení patří pod ÚSS, chybějící metodika, zdravotní pojišťovny nepodepsaly smlouvu na poskytování rehabilitační péče, zařízení spadá pod ÚSS pod který spadá víc zařízení a to byl pro pojišťovny problém vzhledem k přidělování identifikačního čísla pracoviště. Jak uvádí Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (8) příslušná zdravotní pojišťovna je povinna provádět kontroly dodržování zákonem stanovených nebo smluvně sjednaných podmínek poskytování a úhrady zdravotní péče, zejména dodržování postupu lege artis,

indikace ošetřujícím lékařem, dodržování metodiky a datového rozhraní. Proto jsem se ve své výzkumu zabývala i otázkou, zda pojišťovny již prováděly kontroly ve všech mnou sledovaných zařízeních. V naprosté většině zařízeních 31 (89%) již pojišťovna kontrolu prováděla. Pouhá 4 zařízení (11%) uvedla, že dosud u nich pojišťovna kontrolu neprováděla. Jak již bylo zmíněno výše, Strnad uvádí, že poskytovatel sociálních služeb je podle zákona o sociálních službách § 36 povinen zajistit svým uživatelům pobytových služeb zdravotní péči. Může ji zajistit prostřednictvím zdravotnického zařízení, nebo, pokud jde o ošetřovatelskou a rehabilitační péči, také vlastními zaměstnanci, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání. Prošková (20) zmiňuje, že odborná způsobilost k výkonu zdravotnických profesí je podrobně vymezena zákonem, a to prostřednictvím studijních oborů středních, vyšších a vysokých škol nebo akreditovaných kvalifikačních kurzů. Z tohoto důvodu mě zajímalo, zda mají zařízení dostatek odborně způsobilých zaměstnanců k poskytování zákonem vymezené zdravotní péče. Na tuto otázku mi 100% respondentů, tedy všech 35 odpovědělo, že ve svém zařízení nají takovýchto zaměstnanců dostatek. Možnost financování rehabilitační a ošetřovatelské péče z veřejného zdravotního pojištění je v České republice poměrně krátkou dobu, tudíž jsem předpokládala, že sběr dat přinese nové poznatky, zaměřila jsem na tuto oblast i cíl práce a hypotézy. Cílem práce tedy bylo zjistit, jaké změny nastaly pro pobytová zařízení sociálních služeb poskytujících ošetřovatelskou a rehabilitační péči. Zejména, zda změna právní úpravy přispěla ke zlepšení financování ošetřovatelské a rehabilitační péče. Stanovila jsem si dvě hypotézy. První: Úhrada ošetřovatelské a rehabilitační péče z veřejného zdravotního pojištění, přinesla pobytovým zařízením sociálních služeb více finančních prostředků. Tato hypotéza se potvrdila, neboť celých 82% respondentů (29) odpovědělo, že pro jejich zařízení znamená možnost úhrady rehabilitační a ošetřovatelské péče z veřejného zdravotního pojištění více finančních prostředků. Pouze 3 respondenti (9%) zastávají názor, že možnost financování ošetřovatelské a rehabilitační péče z veřejného zdravotního pojištění, přináší jejich zařízení méně finančních prostředků. Stejný počet respondentů, tedy 3 (9%) zastává názor, že tato možnost znamená pro jejich zařízení stejný objem finančních prostředků. V souvislosti s financováním ošetřovatelské a

rehabilitační péče z veřejného zdravotního pojištění, vzniká pro zařízení povinnost vyúčtovat zdravotní péči příslušným zdravotním pojišťovnám. Zajímalo mě tedy, zda došlo ke zvýšení administrativního zatížení zaměstnanců a druhou hypotézu jsem si proto stanovila takto: Povinnost vyúčtování zdravotní péče příslušné zdravotní pojišťovně, znamená pro zaměstnance pobytových zařízení sociálních služeb větší administrativní zatížení. I tato hypotéza se potvrdila. Z výzkumu vyplynulo, že stávající systém bodového hodnocení prováděných výkonů ošetrovatelské a rehabilitační péče, vede k výraznému zvýšení administrativní zátěže zdravotnických pracovníků. Neboť všech 35 respondentů (100%) odpovědělo, že povinnost vyúčtování zdravotní péče příslušné zdravotní pojišťovně, znamená pro zařízení i zaměstnance větší administrativní zatížení. Je tedy na dalším zvážení, zda se tak neděje na úkor ošetrovatelské péče. Poslední otázka dotazníku se vztahovala k tomu, zda si respondenti myslí, že možnost úhrady rehabilitační a ošetrovatelské péče z veřejného zdravotního pojištění, přispěla ke zkvalitnění péče o jejich klienty. Výzkum ukázal, že pouhých 9 respondentů (26%) si myslí, že ke zkvalitnění péče o klienty došlo. Zbytek respondentů 26 (74%) zastává opačný názor, že na zkvalitnění péče o klienty toto nemělo vliv. Názory jimiž respondenti zdůvodňovali svá rozhodnutí lze rozdělit do několika skupin. Důvody těch jež odpověděli ANO:

- V motivaci všeobecných sester, posílení jejich sebevědomí. Klientům se poskytuje mnohem více zdravotní péče, je více léčebných prostředků (zdravotnický materiál, přístrojové vybavení). Legalizací ošetrovatelské péče. nákup nových rehabilitačních pomůcek. V usnadnění komunikace s ošetřujícím lékařem. Ke zvýšení prestiže zdravotnického povolání v zařízení.

Důvody těch jež odpověděli NE:

- Objem finančních prostředků není tak velký, aby se to mohlo odrazit v kvalitě poskytovaných služeb. Naše péče musí být kvalitní, ať je financována jakkoli. Vždy byla kvalitní. Čas na vedení administrativy je na úkor uživatelů. Péče se nezlepšila ani nezhoršila jen se komplikovaně vyazuje (administrativní zatížení). Přijali jsme další pracovní síly, aby se časově zvládlo psaní dokumentace, která stejně při kontrole neobstála co do rozsahu. Rehabilitační péči de facto zdravotní pojišťovna nehradí –

v rámci odbornosti 913 hradí pouze tzv. rehabilitační ošetřovatelství, v této odbornosti nejsou zdravotní výkony fyzioterapeuti. A zdravotní výkonu odbornosti 902 – fyzioterapeuti, zdravotní pojišťovny odmítají nasmlouvat (opět polovičaté řešení). Tento problém se vyskytoval ve více dotaznících a proto abych celou problematiku uzavřela zde uvádím stanovisko jež vydalo Ministerstvo zdravotnictví k problematice výkonů rehabilitačních (odbornost 918) v ústavech sociálních služeb. Odvíjí se od výkladu obsahu odbornosti 918 dle vyhlášky MZ č. 134/98 Sb., kterou se uvádí seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění a v souladu s ustanovením zákona č. 48/97 Sb. Pod pojmem „rehabilitace zdravotní“ dle citovaných předpisů je vnímám pouze zdravotní výkon, popsany v odbornosti 918, kdežto zákon č. 108/2006 Sb. hovoří o tzv. „sociální rehabilitaci“, tedy dopomoci k nácviku běžných sebeobslužných úkonů klientů ústavů sociálních služeb. Tento proces „sociální rehabilitace“ však není zdravotní péčí a nemůže být tudíž hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pojem „rehabilitace“ tak má v obou zákonech jiný obsahový význam a nelze nadřadit dikci jednoho zákona jinému zákonu.(9)



## 6. Závěr

Mnoho z nás s povděkem přijalo skutečnost, že po mnohaletém úsilí řady lidí, byl v loňském roce přijat nový zákon o sociálních službách. Zajisté někteří lidé mají k tomuto zákonu mnoho výhrad a připomínek, ale je třeba si uvědomit, že s přijetím tohoto zákona se změnila i řada jiných ustanovení. A z tohoto důvodu nelze zajistit vše, bez problémů. Nedostatky, které v praxi vyplují napovrch, lze v legislativním procesu odstranit, kdy dojde k novelizování příslušných ustanovení.

Cílem mé diplomové práce bylo zjistit, jaké změny nastaly pro pobytová zařízení sociálních služeb poskytujících ošetrovatelskou a rehabilitační péči. Zejména, zda změna právní úpravy přispěla ke zlepšení financování ošetrovatelské a rehabilitační péče. V souvislosti s cílem práce byly stanoveny dvě hypotézy: Úhrada ošetrovatelské a rehabilitační péče z veřejného zdravotního pojištění, přinesla pobytovým zařízením sociálních služby více finančních prostředků a druhá Povinnost vyúčtování zdravotní péče příslušné zdravotní pojišťovně, znamená pro pobytová zařízení sociálních služeb větší administrativní zatížení. Po následném vyhodnocení výzkumu se obě hypotézy potvrdily, a proto se domnívám, že cíl práce byl splněn.

Nový systém financování sociálních služeb klade důraz na efektivitu vynakládaných finančních prostředků. Jelikož mluvíme o poměrně krátké platnosti zákona o sociálních službách, existuje jen minimum úvodních studií orientovaných k této problematice. Ukazují však, stejně jako můj výzkum, že stávající systém bodového hodnocení prováděných výkonů ošetrovatelské a rehabilitační péče vede k výraznému zvýšení administrativní zátěže zdravotnických pracovníků a je na dalším zvážení odborníků, zda by nebylo výhodnější přejít na systém paušálních úhrad za poskytnutou péči. Dále z výzkumu vyplynulo, že možnost úhrady ošetrovatelské a rehabilitační péče z veřejného zdravotního pojištění, znamená pro většinu pobytových zařízení sociálních služeb více finančních prostředků. Jelikož však byl výzkum prováděn jen u pobytových zařízeních sociálních služeb, se sídlem v Jihočeském kraji, vyvstává zde otázka zda neexistují regionální rozdíly. A zda ostatní zařízení sociálních služeb, která nenabízejí pobytové služby, nemají na otázku financování jiný názor.

Jelikož k této problematice nenajdeme ještě téměř žádné výzkumy, mohla by tato práce alespoň trochu posloužit zřizovatelům pobytových sociálních služeb, jako informací právě k problematice financování ošetrovatelské a rehabilitační péče v jejich zařízeních.

## 7. Seznam použitých zdrojů

- 1) BURKERTOVÁ, Hana. *Analýza sociálních služeb pro zdravotně postižené občany*. 2002. 117 s. Diplomová práce na zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity. Vedoucí diplomové práce Lucie Kozlová.
- 2) CVIKOVÁ, Marcela. *Sociální služby a jejich dopad na životní podmínky seniorů a zdravotně postižených osob*. České Budějovice. 2001. 53 s. Diplomová práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity. Vedoucí diplomové práce Jana Šemberová.
- 3) ČERMÁKOVÁ, Kristýna, JOHNOVÁ, Milena. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: : průvodce poskytovatele*. 3. vyd. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2004. 111 s. ISBN 80-86552-99-3.
- 4) HANUŠ, Petr, KOLÁŘOVÁ, Ilona. *Sociální služby v novém*. 1. vyd. Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. 32 s. ISBN 978-80-86991-30-6.
- 5) HLOUŠEK, Jan. *Problematika zakládání organizací v sociální oblasti*. Hradec Králové : Gaudeamus, 2006. 108 s. ISBN 80-7041-620-3.
- 6) HOLEČKOVÁ, Markéta. *Nové povinnosti a kvalita*. In *Sociální péče: odborný časopis pracovníků sociální péče*. 2006, 2, s. 7-8. ISSN 1213-2330.
- 7) HORÁK, Pavel. *Lékaři informují veřejnost* [online]. [citováno 2008-01-21]. Dostupné z: <<http://www.edoktor.cz/lekari-informuji/6>>.
- 8) HORÁK, Pavel. *Úhrada ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče v zařízeních pobytových sociálních služeb* [online]. [citováno 2008-01-21]. Dostupné z: <<http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/socialni-sluzby/info>>.
- 9) KAPLAN, Vlastislav. *Úhrada zdravotní péče poskytované v ústavech sociálních služeb a kontrakce tzv. rehabilitačních služeb: stanovisko Ministerstva zdravotnictví*. 2008-03-25. [citováno 2008-04-01].
- 10) KOZLOVÁ, Lucie. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha : Triton, 2005. 79 s. ISBN 80-7254662-7.
- 11) KRÁLOVÁ, Jarmila, RÁŽOVÁ, Eva. *Sociální služby a příspěvek na péči 2007*. 1. vyd. Olomouc : ANAG, 2007. 350 s. ISBN 978-80-7263-405-7.

- 12) KRAMULOVÁ, D. Revoluce v sociálních službách. In PSYCHOLOGIE DNES. Praha: Portál, r. 2007, roč. 13, č. 2, s. 32. ISSN 1212-9607.
- 13) Kvalita jako jeden z hlavních pilířů reformy sociálních služeb. In *Kvalita v sociálních službách*. 1. vyd. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002. s. 3. ISBN 80-86552-16-0.
- 14) MATOUŠEK, Oldřich, et.al. *Sociální služby: legislativa ,ekonomika ,plánování, hodnocení*. 1. vyd. Praha : Portál, 2007. 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- 15) MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi: : specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha : Portál, 2005. 351 s. ISBN 80-7367-002.
- 16) Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Sociální služby* [online]. [citováno 2008-02-14]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/9>>.
- 17) NOVÁK, Tomáš, SMÉKALOVÁ, et al., LAUERMANN, Marek. *Standardy kvality sociálních služeb v komunitních centrech*. 1. vyd. Praha : Nová škola, 2005. 65 s. ISBN 80-903631-2-1.
- 18) *Nové zákony o sociálních službách a úhrada ošetrovatelské péče* [online]. [citováno 2008-1-21]. Dostupné z: <<http://sestra.in/home/modules.php?op=modload&name=New&file=article&sid=358>>.
- 19) PAYN, Chris. Kvalita v sociálních službách. In *Kvalita v sociálních službách*. 1. vyd. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002. s. 5-7. ISBN 80-86552-16-0.
- 20) PROŠKOVÁ, Eva. *Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních* [online]. [citováno 2008-01-25]. Dostupné z: <[http://www.cszt.cz/96/Zakon%2096\\_2004.htm](http://www.cszt.cz/96/Zakon%2096_2004.htm)>.
- 21) PRŮŠA, Ladislav. *Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2007. 38 s. ISBN 978-80-87007-73-0.
- 22) PRŮŠA, Ladislav. *Ekonomie sociálních služeb*. 2. vyd. Praha : ASPI, 2007. 179 s. ISBN 978-80-7357-255-6.
- 23) PRŮŠA, Ladislav. *Obce, města, regiony a sociální služby*. 1. vyd. Praha : Sociopress, 1997. 250 s. ISBN 80-902260-9.

- 24) SCHÁNĚL, Martin. Rozvoj sociálních služeb: : komunitní plánování a standardy kvality. In SMUTEK , Martin, SVEŘEPA, Milan. *Sociální práce a sociální služby*. 1. vyd. Hradec Králové : Gaudeamus, 2007. s. 16-18. ISBN 978-80-7041-1.
- 25) *Sociální zabezpečení 2007 : státní sociální podpora, sociální péče, sociální služby, pomoc v hmotné nouzi, životní a existenční minimum, působnost v jednotlivých orgánech : podle stavu k 22.1.2007*. Ostrava : Sagit, 2007. 256 s. ÚZ ; 595. ISBN 978-80-7208-608-5.
- 26) *Standardy kvality sociálních služeb*. 3. vyd. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2004. 24 s. ISBN 80-86552-98-5.
- 27) STRNAD, Jan. *Podávání léků v zařízeních sociální péče* [online]. [citováno 2008-02-18]. Dostupné z: <<http://www.kvalitavpraxi.cz/co-je-noveho/podavani-leku-v-zarizenich-socialni-pece.html>>.
- 28) SÝKOROVÁ, Jaroslava, et al. *Standardy kvality sociálních služeb: : aplikační příručka pro poskytovatele, uživatele a zřizovatele*. 1. vyd. Praha : Český helsinský výbor, 2004. 56 s. ISBN 80-64436-15-2.
- 29) SÝKOROVÁ, Jaroslava. Připravované nástroje pro zajištění kvality v sociálních službách. In *Kvalita v sociálních službách*. 1. vyd. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002. s. 7-9. ISBN 80-86552-16-0.
- 30) ŠESTÁKOVÁ, Irena, DVOŘÁK, Ondřej, BOUČEK, Jan. *Stavby pro sociální služby*. 1. vyd. Praha : ČVUT, 2006. 220 s. ISBN 80-01-03385-6.
- 31) ŠIMKOVÁ , Michaela, KOZLOVÁ , Lucie. Standardy kvality sociálních služeb v ČR. In LEVICKÁ, Jana, MRÁZOVÁ, Alžběta. *Vybrané kapitoly zo sociálno-zdravotnej problematiky*. 1. vyd. Trnava : [s.n.], 2003. s. 102-107. ISBN 80-89074-71-5.
- 32) ŠTURCOVÁ, Kateřina. *K problematice sociálních služeb*. České Budějovice. 2000. 90 s. Diplomová práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity. Vedoucí diplomové práce Václav Dvořák.
- 33) TOMEŠ, Igor. *Sociální politika : teorie a mezinárodní zkušenost*. 2. vyd. Praha : Socioklub, 2001. 262 s. ISBN 80-86484-00-9.
- 34) VASKOVÁ, Vladana. Co znamená plánování sociálních služeb. In *Sociální péče: odborný časopis pro pracovníky sociální péče*. 2007, 3, s. 12-13. ISSN 1213-2330.

- 35) *Vzorová zvláštní smlouva* [online]. [Citováno 2008-01-21]. Dostupné z: <[http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/socialnisluzby/Vzorovx\\_zvlxtnx\\_smlouva-6.12.doc](http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/socialnisluzby/Vzorovx_zvlxtnx_smlouva-6.12.doc)>.
- 36) Zákon č. 108/2006 Sb., *o sociálních službách*. Ostrava: Sagit, podle stavu k 22.1. 2007, ISBN 978-80-7208-608-5.
- 37) Zákon č. 48/1997 Sb., *o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů* [online]. [citováno 2008-02-14]. Dostupné z: <<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/vzp/>>.
- 38) Zákon č. 96/2004 Sb., *o nelékařských zdravotnických povoláních a prováděcí právní předpisy* [online]. [citováno 2008-02-16]. Dostupné z: <<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb04096&cd=76&typ=r>>.
- 39) ZUMROVÁ, Renata. *Monitoring sociálních služeb v okrese České Budějovice*. České Budějovice. 2003. 81 s. Diplomová práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity. Vedoucí diplomové práce Lucie Kozlová.

## **8. Klíčová slova**

Sociální služby

Pobytová zařízení sociálních služeb

Rehabilitační péče

Ošetrovatelská péče

Diplomová práce

## 9. Přílohy

Příloha 1: Dotazník

### Dotazník

**Dobrý den,**

jmenuji se Gabriela Voborníková, jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia oboru Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby, Zdravotně sociální fakulty na Jihočeské Univerzitě v Českých Budějovicích. Tímto bych Vás chtěla požádat o anonymní vyplnění tohoto dotazníku, jehož data budou použity do mé diplomové práce na téma: Zdravotní pojištění a úhrada ošetrovatelské a rehabilitační péče poskytované v zařízeních sociálních služeb.

#### **1. Právní forma Vašeho zařízení:**

- 1) Církevní právnická osoba
- 2) Státní instituce
- 3) Zařízení kraje
- 4) Zařízení obce
- 5) Občanské sdružení
- 6) Obecně prospěšná společnost
- 7) Fyzická osoba
- 8) jiná .....

#### **2. Zařízení dle typu poskytované služby**

- a) Domov se zvláštním režimem
- b) Domov pro seniory
- c) Týdenní stacionář
- d) Domovy pro osoby se zdravotním postižením

#### **3. Domníváte se, že v rámci nového systému:**

- a) Veřejná správa dotuje služby větším množstvím finančních prostředků
- b) Množství finančních prostředků je stejné
- c) Domnívám se, že došlo spíše ke snížení objemu peněz poskytovaných na sociální služby

#### **4. Zavedením nové odborné způsobilosti „všeobecná sestra v sociálních službách“ spatřujete jako:**

- a) Přínosné
- b) Nepřínosné

Pokud si myslíte, že je to nepřínosné zdůvodněte prosím proč .....



**5. Při uzavírání Zvláštní smlouvy na poskytování a úhradu ošetrovatelské a rehabilitační péče, mezi vaším zařízením a zdravotními pojišťovny, jste se s nějakými vážnými problémy:**

- a) Nesetkaly
- b) Setkaly

Pokud ano, pak prosím uveďte s jakými

.....

**6. Prováděla již ve vašem zařízení zdravotní pojišťovna kontroly dodržování zákonem stanovených nebo smluvně sjednaných podmínek poskytování a úhrady zdravotní péče:**

- a) Ano
- b) Ne

**7. Přinesla vašemu zařízení, povinnost vyúčtovat zdravotní péči příslušné zdravotní pojišťovně, větší administrativní zatížení?**

- a) Ano
- b) Ne

**8. Máte ve svém zařízení dostatek odborně způsobilých zaměstnanců k poskytování zákonem vymezené zdravotní péče?**

- a) Ano
- b) Ne

Pokud ne, napište prosím z jakého důvodu

.....

**9. Znamená možnost úhrady rehabilitační a ošetrovatelské péče z veřejného zdravotního pojištění pro Vaše zařízení:**

- a) Více finančních prostředků
- b) Méně finančních prostředků
- c) Stejně finančních prostředků

**10. Myslíte si, že možnost úhrady rehabilitační a ošetrovatelské péče z veřejného zdravotního pojištění přispěla ke zkvalitnění péče o Vaše klienty?**

- a) Ano
- b) Ne

Pokud ano, v čem zlepšení spatřujete .....

Pokud ne, zdůvodněte prosím proč

.....

Příloha 2: Vzor Zvláštní smlouvy

## Vzorová zvláštní smlouva

### Zvláštní smlouva č.....

o poskytování a úhradě ošetrovatelské a rehabilitační péče pojištěncům,  
umístěným

v zařízeních sociálních služeb s pobytovými službami

### Článek I Smluvní strany

#### zařízení sociálních služeb s pobytovými službami

se sídlem: PSČ....., obec....., ulice a

č.p.....

rozhodnutí o registraci.....,sp.zn.....ze

dne.....

zápis v obchodním rejstříku:

soud.....,oddíl....., vložka....., sp.zn....., ze dne

.....

IČO: ..... , IČZ: .....

místo provozování (pokud se liší od

sídla).....

tel....., fax....., e-

mail.....

bankovní spojení:

zastoupené.....

.....

(dále jen „pobytové zařízení“) na straně jedné

a

.....

.....

#### zdravotní pojišťovna

se sídlem: PSČ....., obec....., ulice a

č.p.....

zápis v obchodním rejstříku:

soud....., oddíl....., vložka.....sp.zn....., ze dne

IČO: .....

tel....., fax....., e-mail.....  
bankovní spojení:  
zastoupená.....

### **uzavírají**

v souladu s platnými zněními zákonů č.48/1997 Sb., č. 108/2006 Sb., č.109/2006 Sb., a navazujících prováděcích předpisů za účelem zajištění věcného plnění při poskytování zdravotní péče hrazené veřejným zdravotním pojištěním tuto zvláštní smlouvu (dále jen „smlouva“).

## **Článek II Obecná ustanovení**

- 1) Smlouva upravuje podmínky, za nichž je příslušnou pojišťovnou<sup>1)</sup> hrazena ošetrovatelská a rehabilitační zdravotní péče (dále jen „zdravotní péče“), poskytovaná jejím pojištěncům umístěným v pobytových zařízeních<sup>2)</sup> (dále jen „pojištěnec“).
- 2) Právní vztahy mezi pojišťovnou a pobytovým zařízením se řídí písemnou smlouvou, uzavřenou podle vzorové smlouvy a právních předpisů, upravujících veřejné zdravotní pojištění, poskytování zdravotní péče a poskytování sociálních služeb. Ve věcech neupravených těmito právními předpisy nebo smlouvou se vztahy řídí obchodním zákoníkem a dalšími právními předpisy.
- 3) K zajištění jednotných podmínek při shodném či srovnatelném plnění v souladu se zvláštním právním předpisem<sup>3)</sup> se právní vztahy, upravené ve smlouvě, uzavírané mezi jednotlivými pojišťovnami a pobytovými zařízeními mohou odchýlit od ustanovení vzorové smlouvy v těch ustanoveních, ve kterých takovou možnost připouští vzorová smlouva.
- 4) Základní podmínky pro uzavření smlouvy:
  - a) oprávnění pobytového zařízení k poskytování sociálních služeb pobytového typu podle zvláštního právního předpisu<sup>2)</sup>.
  - b) prokázání, že zdravotní péče bude poskytována zdravotnickými pracovníky pobytového zařízení, odborně způsobilými podle zvláštního právního předpisu<sup>4)</sup>.
  - c) akceptace dohodnutého postupu pro pořizování, předávání a vyhodnocování dokladů v souladu s Metodikou pro pořizování a předávání dokladů (dále jen "metodika"), Pravidly pro vyhodnocování dokladů (dále jen "pravidla") a jednotným datovým rozhraním, vytvářenými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou

České republiky v součinnosti se zástupci pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče a vydávanými Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky.

-----  
1) Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů

2) Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

3) Zákon č. 143/2001 Sb., o ochraně hospodářské soutěže a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů

4) Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče

### **Článek III**

#### **Práva a povinnosti smluvních stran**

##### 1) Smluvní strany:

- a) dodržují při poskytování a úhradě hrazené zdravotní péče platná znění obecně závazných právních předpisů, upravujících veřejné zdravotní pojištění, poskytování zdravotní péče a sociálních služeb pojištěncům a smluvní ujednání obsažená ve smlouvě a jejích přílohách,
- b) dodržují dohodnutý postup pro pořizování, předávání a vyhodnocování dokladů v souladu s platným zněním metodiky, pravidel a jednotného datového rozhraní,
- c) zaváží své zaměstnance, s ohledem na ochranu práv pojištěnců<sup>5)</sup> a zájmů pobytového zařízení i pojišťovny, k zachování povinné mlčenlivosti o skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu zaměstnání, při zpracování údajů, popřípadě v souvislosti s nimi.

##### 2) Pobytové zařízení:

- a) poskytuje zdravotní péči na základě rozhodnutí o registraci zařízení sociálních služeb s pobytovými službami, vydaného příslušným orgánem nebo zřizovací listiny (statutu), které tvoří přílohu č. 1 smlouvy,
- b) poskytuje ošetrovatelskou a rehabilitační zdravotní péči (nová odbornost 913 - „všeobecná sestra v sociálních službách“) vymezenou výčtem sjednaných výkonů v příloze č. 3 smlouvy, pro které je věcně a technicky vybaveno a personálně zajištěno. Za dobu, po kterou pobytové zařízení dočasně nesplňuje personální předpoklady pro poskytování zdravotní péče, není oprávněno předkládat pojišťovně vyúčtování a je povinno tuto skutečnost pojišťovně neprodleně oznámit.

- c) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci – zdravotničtí pracovníci, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednanou zdravotní péči, splňují požadavky odborné způsobilosti stanovené zvláštním právním předpisem<sup>5)</sup>. Do získání způsobilosti k výkonu povolání bez odborného dohledu budou vykonávat činnost pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka, způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu,
- d) odpovídá za to, že zdravotničtí pracovníci poskytují zdravotní péči na základě ordinace ošetřujícího lékaře, který je ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně, zpravidla registrujícího praktického lékaře,
- e) vede pro posouzení oprávněnosti vyúčtované zdravotní péče v průkazné formě dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které jsou zaznamenávány provedené zdravotní výkony,
- f) nakládá se zdravotnickou dokumentací v souladu s podmínkami stanovenými v zákoně č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů,
- g) poskytuje zdravotní péči "lege artis" bez nadbytečných nákladů, vždy však se zřetelem k tomu, aby potřebného diagnostického nebo léčebného efektu bylo dosaženo s ohledem na individuální zdravotní stav pojištěnce,

---

<sup>5)</sup> Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů

- h) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí zdravotní péče žádnými zákonem neuloženými registračními poplatky nebo sponzorskými dary a za poskytnutou zdravotní péči hrazenou pojišťovnou nebude od pojištěnce, pokud to nevyplývá z právních předpisů, vybírat žádnou finanční úhradu,
- i) poskytne v souladu s právními předpisy zdravotnickým zařízením, kterým pojištěnce předá do péče nebo které si pojištěnec zvolí, informace potřebné pro zajištění návaznosti zdravotní péče a k zamezení duplicitního provádění diagnostických a léčebných výkonů
- j) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazené zdravotní péče změnou pojišťovny nebo jiným způsobem,
- k) oznámí pojišťovně, v souladu s § 55 zákona č. 48/1997 Sb. úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytlo zdravotní péči, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby,
- l) doloží při podpisu této smlouvy doklad o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou v souvislosti s poskytováním ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče a zavazuje se, že bude pojištěno po celou dobu trvání smluvního vztahu s pojišťovnou.

3) Pojišťovna:

- a) uhradí pobytovému zařízení zdravotní péči, průkazně zdokumentovanou a odůvodněně poskytnutou jejím pojištěncům v souladu s právními předpisy a smlouvou,
- b) poskytuje pobytovému zařízení k zajištění jednotných podmínek dohodnutou metodiku, pravidla, datové rozhraní a příslušné číselníky vydávané Všeobecnou zdravotní pojišťovnou k vykazování a výpočtu úhrady zdravotní péče,
- c) seznámí pobytové zařízení s dohodnutými změnami metodiky, pravidel a se změnami číselníků alespoň jeden měsíc a se změnou datového rozhraní alespoň dva měsíce před stanoveným termínem jejich platnosti. V případě změny právních předpisů, která neumožní tuto lhůtu dodržet, může být uvedená lhůta přiměřeně zkrácena,
- d) je oprávněna provádět kontrolu plnění sjednaných podmínek poskytování zdravotní péče pobytovým zařízením podle smlouvy,

---

<sup>6)</sup> Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů

#### **Článek IV** **Úhrada poskytované zdravotní péče**

- 1) Hodnoty bodu, výše úhrad hrazené zdravotní péče a regulační omezení objemu poskytnuté hrazené zdravotní péče se sjednávají dodatkem ke smlouvě podle § 17, odst. 6 zákona č. 48/1997 Sb.
- 2) Za způsoby úhrady se považují zejména:
  - a) úhrada za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami,
  - b) jiné způsoby úhrady dohodnuté v dohodovacím řízení podle § 17, odst. 6 zákona č. 48/1997 Sb.
- 3) Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto zvýšení nebo snížení objemu poskytované zdravotní péče z důvodu změny kapacity, struktury pobytového zařízení, změny či obnovy přístrojového vybavení specifikovaného ve smlouvě.
- 4) Pobytové zařízení pro uplatnění nároků na úhradu poskytnuté zdravotní péče předává pojišťovně jednou měsíčně vyúčtování poskytnuté péče fakturou s příslušnými přílohami, pokud se smluvní strany nedohodnou na předávání

vyúčtování za delší období. Faktura obsahuje náležitosti účetního dokladu<sup>7)</sup>. Náležitosti přílohy jsou obsaženy v metodice nebo se v souladu s metodikou upřesní ve smlouvě. V případě, že faktura neobsahuje náležitosti účetního dokladu nebo příloha neobsahuje náležitosti podle dohodnuté metodiky nebo smlouvy, má pojišťovna právo ji odmítnout a vrátit bez zbytečného odkladu pobytovému zařízení k doplnění, popřípadě k opravě; v takovém případě běží lhůta splatnosti až od termínu jejího opětovného převzetí pojišťovnou.

- 5) Pobytové zařízení odpovídá za úplnost, formální i věcnou správnost dokladů a za jejich předávání způsobem dohodnutým v metodice a datovém rozhraní. Individuální doklady za zdravotní péči poskytnutou pojištěncům pojišťovny předává pobytové zařízení pojišťovně spolu s vyúčtováním v termínu do ..... dne následujícího měsíce na elektronickém nosiči či v elektronické podobě nebo na papírových dokladech (nehodící se vypustit).
- 6) Zjistí-li pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtovanou zdravotní péči, úhradu této části vyúčtované péče v termínu splatnosti neprovede. Pojišťovna oznámí pobytovému zařízení bez zbytečného odkladu rozsah a důvod vyúčtované, ale neuhrazené péče. Tím pojišťovna vyzve pobytové zařízení k opravě nesprávně vyúčtované péče nebo k doložení poskytnuté zdravotní péče. Řádně poskytnutou a vyúčtovanou péči pojišťovna uhradí v nejbližším termínu úhrady.

---

<sup>7)</sup>Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů

- 7) Pojišťovna provede za své pojištěnce úhradu poskytnuté zdravotní péče, vyúčtované v souladu s právními předpisy a smlouvou. Poskytnutím úhrady není dotčeno právo pojišťovny k provádění následné kontroly proplacených vyúčtování v rozsahu a za podmínek stanovených právními předpisy a smlouvou. Pokud při následné kontrole zjistí chyby v dokladech, postupuje podle metodiky a pravidel. Odmítnutí úhrady nebo části úhrady pojišťovna bez zbytečného odkladu pobytovému zařízení písemně zdůvodní.
- 8) Zjistí-li pojišťovna pochybení ve vyúčtování předaném pobytovým zařízením po provedení úhrady a pobytové zařízení do 10 pracovních dnů od doručení písemné výzvy pojišťovny příslušnou částku samo neuhradí, nebo nedoloží oprávněnost vyúčtované sporné částky nebo nebude mezi smluvními stranami dohodnut jiný termín úhrady, pojišťovna jednostranným započtením pohledávky sníží pobytovému zařízení o příslušnou částku, případně o smluvní pokutu dohodnutou ve smlouvě, úhradu za vyúčtovanou zdravotní péči v následujícím zúčtovacím období.
- 9) Úhrada zdravotní péče, při dodržení smluvních podmínek, bude provedena v případě předání vyúčtování na elektronickém nosiči či v elektronické podobě do 30 kalendářních dnů, v případě předání vyúčtování na papírových dokladech do 40

kalendářních dnů ode dne doručení faktury pojišťovně, nedohodnou-li se smluvní strany jinak. Lhůta splatnosti je dodržena, je-li platba nejdéle poslední den lhůty odepšana z účtu pojišťovny ve prospěch účtu pobytového zařízení.

## **Článek V** **Kontrola**

- 1) Pojišťovna provádí v souladu s § 42 zákona č. 48/1997 Sb. a smlouvou kontrolu využívání a poskytování zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě, včetně dodržování cen, a to prostřednictvím svého informačního systému, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků ve zdravotnictví, způsobilých k revizní činnosti (dále jen "odborní pracovníci").
- 2) V rámci své odborné způsobilosti revizní lékaři a odborní pracovníci oprávnění ke kontrole posuzují, zda zvolený způsob zdravotní péče byl odůvodněně a řádně indikován s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, poskytnut pouze v rozsahu indikace, řádně zdokumentován a zda nebyl zbytečně ekonomicky náročný.
- 3) V případech stanovených právními předpisy revizní lékař posuzuje i odůvodněnost ošetřujícím lékařem navrženého léčebného postupu a schvaluje, zda použitý postup pojišťovna uhradí.
- 4) Pobytové zařízení poskytne pojišťovně při výkonu kontroly nezbytnou součinnost, zejména předkládá požadované doklady, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Umožní revizním lékařům a odborným pracovníkům pojišťovny vstup do svého objektu, nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců a dalších dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou vyúčtovaných zdravotních výkonů, léčiv a zdravotnických prostředků, případně zvlášť účtovaných léčiv a zvlášť účtovaného materiálu. Revizní lékař (revizní odborný pracovník) je povinen postupovat tak, aby kontrola nenarušila prováděný léčebný výkon.
- 5) V případě kontroly (šetření) v pobytovém zařízení bude na místě zpracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska pobytového zařízení. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6). Pobytové zařízení umožní v případě potřeby pořídit na náklady pojišťovny fotokopie kontrolovaných dokladů, včetně zdravotnické dokumentace.
- 6) Zprávu, obsahující závěry kontroly, pojišťovna zpracuje a předá pobytovému zařízení do 15 kalendářních dnů po ukončení kontroly; pokud nebude možno z objektivních důvodů tuto lhůtu dodržet, oznámí pojišťovna tuto skutečnost pobytovému zařízení. Kontrola bude ukončena zpravidla do 30 kalendářních dnů od jejího zahájení.



- 7) Pobytové zařízení je oprávněno do 15 kalendářních dnů od převzetí závěru kontroly podat pojišťovně písemně zdůvodněné námitky. K námitkám sdělí pojišťovna stanovisko do 30 kalendářních dnů od jejich doručení. Pokud nebude možno z objektivních důvodů tyto lhůty dodržet, lze je na žádost příslušné smluvní strany prodloužit až na dvojnásobek. Ve stanovené lhůtě pojišťovna sdělí pobytovému zařízení, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků pojišťovny vůči pobytovému zařízení odkladný účinek. Tím není dotčeno právo pobytového zařízení uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím pojišťovny v jiném řízení.
- 8) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování zdravotní péče nebo její neodůvodněné poskytování, pojišťovna podle § 42 odstavce 3 zákona č. 48/1997 Sb. takovou péči neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě. V případě, že se závěry kontroly prokáží jako neodůvodněné, uhradí pojišťovna pobytovému zařízení částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnuté zdravotní péče. Pobytové zařízení je oprávněno postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě.

## **Článek VI**

### **Sankční ustanovení**

- 1) Smluvní strany si pro neplnění smluvních povinností a porušení smlouvy podle odstavce 2) nebo z dalších důvodů dohodnutých ve smlouvě mohou sjednat smluvní pokutu a její výši.
- 2) Za porušení smlouvy se považují zejména případy, kdy
- a) smluvní strana
    1. uvede nepravdivé, neúplné či zkreslující údaje při uzavírání smlouvy, nebo při jejím plnění,
    2. nedodrží ustanovení smlouvy s následkem prokazatelně neúčelného vynaložení prostředků veřejného zdravotního pojištění,
    3. neposkytne informace sjednané ve smlouvě,
  - b) pobytové zařízení
    1. prokazatelně neoprávněně nebo vícenásobně účtuje zdravotní péči,
    2. neposkytne povinná hlášení vyplývající z právních předpisů,
    3. neodůvodněně opožděně vykazuje poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
  - c) pojišťovna prokazatelně neoprávněně sníží nebo odmítne úhradu poskytnuté zdravotní péče,
- 3) Uplatněním smluvní pokuty není dotčeno právo pojišťovny na vrácení úhrady za neoprávněně nebo nesprávně vyúčtovanou hrazenou zdravotní péči nebo právo pobytového zařízení na úhradu neodůvodněně snížené nebo odmítnuté úhrady.

- 4) Uplatněním smluvní pokuty není dotčeno právo smluvních stran na úrok z prodlení podle obecně závazných právních předpisů ani na náhradu případné škody, vzniklé v důsledku porušení smlouvy.

## **Článek VII**

### *Doba účinnosti*

Smlouva se uzavírá na dobu 8 let, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak.

## **Článek VIII**

### *Způsob a důvody ukončení smlouvy*

- 1) Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit písemnou výpovědí, s výpovědní lhůtou pěti měsíců, která začne běžet prvním dnem měsíce následujícího po doručení výpovědi druhé smluvní straně, jestliže v důsledku závažných okolností nelze rozumně očekávat další plnění smlouvy, a to v případě, že:
- a) smluvní strana
    1. uvedla při uzavření smlouvy druhou smluvní stranu v omyl ve věci podstatné pro plnění smlouvy,
    2. ve smluvních vztazích hrubým způsobem porušila závažnou povinnost uloženou jí příslušným právním předpisem nebo smlouvou,
    3. vstoupí do likvidace nebo na ni soud prohlásí konkurz,
  - b) Pobytové zařízení přes písemné upozornění
    1. bez předchozí dohody s pojišťovnou dlouhodobě bezdůvodně neposkytuje zdravotní péči ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
    2. bez předchozí dohody s pojišťovnou opakovaně účtuje zdravotní péči poskytnutou nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,
    3. prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje zdravotní péči a způsobí tím pojišťovně finanční škodu,
    4. opakovaně neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné pojišťovnou v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb.,
    5. prokazatelně neposkytuje pojištěncům zdravotní péči kvalitně a "lege artis", případně opakovaně odmítne poskytnutí zdravotní péče z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů,

6. požaduje v rozporu s právními předpisy od pojištěnců finanční úhradu za zdravotní péči hrazenou pojišťovnou nebo za přijetí pojištěnce do zdravotní péče,
- c) Pojišťovna přes písemné upozornění
1. opakovaně prokazatelně neoprávněně neuhradí pobytovému zařízení poskytnutou hrazenou zdravotní péči,
  2. opakovaně nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve smlouvě,
  3. poskytne třetí straně údaje o pobytovém zařízení nad rámec právních předpisů nebo smlouvy.
  4. opakovaně překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený zákonem č. 48/1997 Sb.
- 2) Před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit:
- a) písemnou dohodou smluvních stran, a to za podmínek a ve lhůtě uvedené v této dohodě, nebo
  - b) stanoví-li tak zákon.
- 3) Smluvní vztah zaniká:
- a) dnem, kdy nabylo právní moci rozhodnutí o zrušení nebo změně registrace pobytového zařízení nebo došlo ke zrušení nebo změně zřizovací listiny, vydané pobytovému zařízení, jejichž důsledkem je neschopnost pobytového zařízení poskytovat pobytové služby
  - b) dnem zániku právnické osoby
  - c) dnem uvedeným v písemném oznámení pojišťovně, pokud pobytové zařízení ze závažných provozních důvodů nemůže zdravotní péči nadále poskytovat,
  - d) dnem, kdy pobytové zařízení pozbylo věcné, technické nebo personální předpoklady pro poskytování zdravotní péče ve sjednaném rozsahu, stanovené právním předpisem a smlouvou, pokud pobytové zařízení nedostatky neodstranilo ani po dodatečně stanovené přiměřené lhůtě a pro které nelze očekávat další plnění smlouvy.

## **Článek IX**

### *Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných ke kontrole plnění smlouvy*

- 1) Smluvní strany:
- a) používají v souladu s metodikou pro jednoznačnou identifikaci pobytového zařízení identifikační číslo organizace (IČO) spolu s identifikačním číslem zařízení (IČZ),
  - b) sdělují si údaje nutné ke kontrole plnění smlouvy, k hodnocení kvality a efektivity poskytované zdravotní péče

## 2) Pobytové zařízení:

- a) doloží pojišťovně při důvodném podezření na nedodržení postupu "lege artis", že zdravotnické prostředky byly při poskytování hrazené zdravotní péče použity v souladu se zvláštními právními předpisy<sup>8)</sup>,
- b) oznámí neprodleně, nejpozději do 30 kalendářních dnů druhé smluvní straně skutečnosti, které by podstatným způsobem mohly ovlivnit plnění smlouvy, zejména změny údajů uvedených ve smlouvě, pokud dojde
  1. ke zrušení pracoviště nebo jeho části bez náhrady, nebo jeho uzavření na dobu delší než 30 kalendářních dnů,
  2. k výpadku materiálně technických podmínek nezbytných pro provádění výkonu bez náhrady na dobu delší než 30 kalendářních dnů.

## 3) Pojišťovna:

- a) zajistí trvale přístupné a jasné informace o existenci smluvního vztahu a právech vyplývajících z něho pro pojištěnce pojišťovny,
  - b) je oprávněna zveřejnit údaje o výši úhrady a kvalitě zdravotní péče, poskytované pobytovým zařízením.
- 4) Pojišťovna může poskytnout pobytovému zařízení v zobecněné formě informace potřebné k ekonomizaci jeho činnosti nebo k jeho vědecké a výzkumné činnosti a ke kontrole kvality poskytované zdravotní péče, a to v rozsahu a za podmínek dohodnutých dodatkem k této smlouvě.

---

8) Např. zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

## **Článek X Řešení sporů**

- 1) Smluvní strany budou řešit případné spory týkající se plnění smlouvy především vzájemným jednáním zástupců smluvních stran, a to zpravidla do 14 kalendářních dnů od výzvy jedné ze smluvních stran. Pokud mezi nimi nedojde k dohodě, mohou sporné otázky projednat ve smírčím jednání. Tím není dotčeno právo smluvních stran uplatnit svůj nárok na řešení sporu u soudu nebo v rozhodčím řízení podle zvláštního právního předpisu<sup>9)</sup>.

---

<sup>9)</sup> Zákon č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů, ve znění pozdějších předpisů

- 2) Smírčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Účastníkem smírčího jednání je smluvní strana, která podala návrh na projednání sporu, smluvní strana, které je návrh na projednání sporu adresován, zástupce profesního sdružení pobytových zařízení a zástupce pojišťovny. K projednání sporu si každá smluvní strana může přizvat **(35)**.

nejvýše dva odborné poradce. Smírčí jednání se ukončí zápisem, obsahujícím smír nebo závěr, že rozpor nebyl odstraněn s uvedením stanovisek obou stran.

## **Článek XI** **Přechodná ustanovení**

- 1) Do vydání rozhodnutí o registraci podle zvláštního právního předpisu<sup>10)</sup> uzavírají pobytová zařízení smlouvu na základě správního rozhodnutí, opravňujícího je k poskytování pobytových služeb.
- 2) Budou-li ministerstvem práce a sociálních věcí, ministerstvem zdravotnictví nebo dohodou profesního sdružení poskytovatelů pobytových služeb se zdravotními pojišťovnami stanoveny parametry personálního zabezpečení zdravotní péče v pobytových zařízeních, jsou pobytová zařízení povinna uvést svůj personál do souladu se stanovenými parametry do 6 měsíců od jejich stanovení.

---

<sup>10)</sup> § 120 odst.5 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

## **Článek XII** **Závěrečná ustanovení**

- 1) Nedílnou součástí smlouvy jsou její přílohy:
  - č. 1 Ověřená kopie rozhodnutí o registraci vydaného orgánem příslušným k registraci zařízení sociálních služeb podle místa provozování pobytového zařízení, nebo ověřená kopie správního rozhodnutí příslušného orgánu, opravňujícího pobytové zařízení k poskytování sociálních služeb podle dříve platných právních předpisů,  
ověřená kopie výpisu z obchodního rejstříku u fyzických nebo právnických osob, zapsaných do obchodního rejstříku.
  - č. 2 Metodika pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR,  
Pravidla pro vyhodnocování dokladů ve VZP ČR,  
Datové rozhraní VZP ČR.
  - č. 3 Smluvené druhy zdravotní péče, odbornosti pracovišť a jejich jednoznačná identifikace a rozsah poskytované hrazené zdravotní péče.

*Pozn.: Ověření předložených kopií provede příslušné pracoviště pojišťovny na základě předložení originálu dokladu.*

- 2) Právní vztahy mezi smluvními stranami ve věcech, neupravených právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění, poskytování zdravotní péče a sociálních služeb a smlouvou se řídí obchodním zákoníkem a dalšími příslušnými právními předpisy.
- 3) Smlouva je vyhotovena ve 2 stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží 1 vyhotovení.
- 4) Smlouva nabývá platnosti dnem podpisu zástupci obou smluvních stran a účinnosti dnem ..... Veškeré změny a doplňky této smlouvy lze provádět výhradně písemnými očíslovanými dodatky, podepsanými na znamení souhlasu oběma smluvními stranami.