FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE V POBYTOVÝCH ZAŘÍZENÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Financing of the health care in institutions of social services providing accommodation

Ladislav Průša

11: 381–386, 2009
ISSN 1212-4117

Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, Praha

Summary

Before the law on social services was issued, the largest long-term problems in providing accommodation by social services included the fact that health insurance companies (and particularly the General Health Insurance Company), controversially to the effective legal status, refused financing the nursing care to the sufficient extent and level in these institutions based on the public health insurance system and thus, this care was necessarily covered based on budget of particular institutions, which undoubtedly also affected the possibilities and quality of providing social services. The target of the contribution presented here is to acquaint the expert public with still existing knowledge, which is aimed at the quantification of costs of nursing care in institutions of social services providing accommodation and thus, to acquaint the givers of social services with possibilities of solving this question based on a short historical consideration of legal arrangements in this field. It is obvious that the largest failure of the existing solution is the chosen form of reimbursement for the nursing care provided through the mediation of the performance method, for the implementation of which many institutions are not sufficiently prepared. A further failure is that based on agreements concluded, health insurance companies provide the social care givers with a part of the healthcare granted only. A solution of the existing problems can be for example compilation of an educational project for healthcare professionals in institutions of social services, which could enable them to master knowledge making them equivalent partners for staff members of all the health insurance companies and making it possible to defend more successfully the requirements defined by the law.

Key words: social services – health care – financing of social services – law on social services

Souhrn

Jedním z dlouhodobě největších problémů při poskytování pobytových sociálních služeb byla až do přijetí zákona o sociálních službách skutečnost, že zdravotní pojišťovny (a především Všeobecná zdravotní pojišťovna) v rozporu s platným právním stavem odmítaly financovat v dostatečné míře a výši ošetrovatelskou péči v těchto zařízeních ze systému veřejného zdravotního pojištění, tato péče tudíž musela být hrazena z rozpočtu jednotlivých zařízení, což mělo nepochybně vliv i na možnosti a kvalitu poskytování sociálních služeb. Cílem tohoto příspěvku je na základě krátkého historického exkurzu právního úpravy této oblasti seznámit odbornou veřejnost s dosavadními poznatky, které jsou zaměřeny na kvantifikaci nákladů ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb a ukázat tak poskytovatelům sociálních služeb možnosti řešení této otázky. Je zřejmé, že největším nedostatkem stávajícího řešení je zvolená forma úhrad za poskytovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím výkonového způsobu, na jehož realizaci není řada zařízení dostatečným způsobem připravena. Další nedostatkem je skutečnost, že zdravotní pojišťovny hradí poskytovatelům sociální péče na základě uzavřených smluv pouze část poskytované zdravotní péče. Řešení existujících problémů lze spatřovat např. v koncipování vzdělávacího projektu pro zdravotnické pracovníky v zařízeních sociálních služeb, který by umožnil, aby tyto pracovníci získali takové znalosti, byli rovnocennými partnery pro pracovníky všech zdravotních pojišťoven a mohli lépe obhájit svoje zákonem definované nároky.

Klíčová slova: sociální služby – zdravotní péče – financování sociálních služeb – zákon o sociálních službách

ÚVOD

Jedním z dlouhodobě nejvýznamnějších problémů, které musí poskytovatelé služeb sociální péče v každodenní práci řešit, je otázka poskytování a financování zdravotní péče. Vzhledem k tomu, že obě otázky – poskytování sociálních služeb a poskytování zdravotní péče – byly až do přijetí zákona o sociálních službách upraveny samostatnými navzájem neprovázanými právními předpisy, byly od r. 1993 hrazeny náklady zdravotní péče poskytované v pobytových zařízeních sociálních služeb nikoli z rozpočtu jednotlivých zdravotních pojišťoven, ale z rozpočtu těchto zařízení. Systém zdravotního pojištění proto v tomto směru dlouhodobě tuneloval systém sociálních služeb.

KRÁTKÝ HISTORICKÝ EXKURZ

Až do konce r. 1991 byla zdravotní péče v ústavách sociální péče poskytována ve smyslu ustanovení § 11 odst. 1 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, podle něhož stát poskytoval zdravotní služby prostřednictvím svých zařízení, přičemž nebyla rozlišena zdravotnická zařízení a ústavy sociální péče. Ustanovení § 11 odst. 2 téhož zákona upravovalo zdravotnická zařízení jako místo, kde se zdravotní péče poskytuje, přičemž nešlo o oprávnění tohoto subjektu k poskytování zdravotní péče, neboť zákon vycházel z toho, že se zdravotní péče poskytuje i jinde než ve zdravotnických zařízeních.

Do 31. 12. 1991 byly tedy ústavy sociální péče na základě citovaných ustanovení přímo ze zákona jako státní zařízení oprávněny poskytovat zdravotní péči. Na základě novely zákona č. 20/1966 Sb. provedené zákonem č. 548/1991 Sb., která nabyla účinnosti od 1. 1. 1992, však mohou poskytovat zdravotní péči pouze zdravotnická zařízení státu, obcí a právnických a fyzických osob. Na rozdíl od dřívější právní úpravy mohou tedy poskytovat zdravotní péči pouze zdravotnická zařízení, tedy subjekty, které mají statut zdravotnických zařízení, resp. které mají oprávnění k poskytování zdravotní péče udělené státním orgánem. Po této novele mohou ostatní právnické osoby (kromě státních zdravotnických zařízení, k nimž nepatří krajské ani obecní domovy důchodců ani ústavy sociální péče) získat oprávnění k poskytování zdravotní péče pouze na základě rozhodnutí o registraci ve smyslu § 10 zákona č. 160/1992 Sb.

V r. 1992 byl zaveden systém všeobecného (dnes veřejného) zdravotní pojištění, z jehož fondů jsou prováděny úhrady zdravotní péče zdravotnickým zařízením na základě smluv o poskytování a úhradě zdravotní péče. Výjimku v tomto smyslu tvoří pouze kojenecké ústavy, dětské domovy, jesle, zdravotnická záchranná služba a některé úkony pohotovostní služby, kde jsou náklady zdravotní péče hrazeny z rozpočtu daného zařízení.

Dříve stát ústavům, které byly rozpočtovými organizacemi, jednou platbou prostřednictvím okresních úřadů hradil jak náklady na zdravotní péči, tak i náklady na vlastní sociální služby poskytované ústavem. Od zavedení systému zdravotního pojištění jsou však ze strany státu tyto složky péče v ústavách sociální péče financovány odděleně – náklady zdravotní péče jsou povinny hradit zdravotní pojišťovny, zatímco sociální péče je hrazena ústavům sociální péče formou příspěvku na lůžko.

Zdravotní pojišťovny byly podle zákona č. 48/1997 Sb. povinny zajistit pojištěnci zdravotní péči ve veškerém potřebném rozsahu ve věcných dávkách. VZP však v rozporu s výše uvedenými právními předpisy odmítala dostát svým závazkům vůči svým pojištěncům, které vyplývají z čl. 31 Listiny základních práv a svobod a z uvedeného zákona a byla toho názoru, že náklady ústavů sociální péče na jimi poskytnutou zdravotní péči nemají být hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, neboť tato zařízení mají povinnost poskytovat zdravotní péči vlastními zaměstnanci a hradit ji ze svého rozpočtu. VZP tvrdila, že ústavy sociální péče nejsou zdravotnickými zařízeními ve smyslu § 11 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, a že s nimi tedy ani nemůže uzavírat smlouvy na úhradu poskytované zdravotní péče.

Tuto argumentaci VZP vyvrátil soud v řízení mezi VZP a domovem důchodců Sněženková 8, Praha 10 v r. 1997. Soud potvrdil, že:

- zdravotní péče, na kterou má každý občan nárok na základě čl. 31 Listiny základních práv a svobod a která je poskytována obyvatelům ústavů sociální péče podle § 22 písm. d/zákona č. 48/1997 Sb. jako tzv. zvláštní ambulantní péče, musí být hrazena z veřejného zdravotního pojištění;
- ústavy sociální péče mohou být registrovány jako nestátní zdravotnické zařízení podle zákona č. 160/1992 Sb., přičemž tato regis-

trace zároveň ústavy aktivně legitimuje k účasti na výběrovém řízení podle § 46 a násl. zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a na jeho základě k uzavření smlouvy podle § 17 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb.

Na základě podané žádosti o registraci jako nestátní zdravotnické zařízení a předložení příslušných dokladů mohl dříve vydat okresní úřad správní rozhodnutí o registraci. Pokud by okresní úřad nevyhověl žádosti o registraci, mohl ústav sociální péče podat prostřednictvím okresního úřadu k ministerstvu zdravotnictví odvolání. Pokud by ani toto odvolání nebylo úspěšné, bylo možno požádat soud o přezkum tohoto rozhodnutí.

Po nabytí právní moci tohoto rozhodnutí získal ústav sociální péče ve smyslu § 46 a násl. zákona č. 48/1997 Sb. právo navrhnout a účastnit se výběrového řízení na zajištění zdravotní péče o jeho obyvatele (v rozsahu registrací povolených druhů zdravotní péče) a na základě kladného výsledku tohoto řízení pak zdravotní pojišťovnu požádat o uzavření smlouvy podle § 17 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. Pokud by k uzavření této smlouvy nedošlo buď proto, že ústav nebyl ve výběrovém řízení vybrán, nebo pojišťovna odmítla uzavřít smlouvu i přesto, že ústav vybrán byl, musela pojišťovna ve smyslu odst. 1 § 46 na své náklady zabezpečit tuto péči zdravotnickým zařízením, s kterými smlouvu uzavřenou má. Neexistence smlouvy mezi ústavem a pojišťovnou však po dobu, dokud by nebyla obyvatelům poskytována jiným (smluvním) zdravotnickým zařízením, nezbavovala pojišťovnu povinnosti uhradit ústavu náklady poskytnuté zdravotní péče. Ustanovení odst. 2 § 40 zákona č. 48/1997 Sb. totiž stanoví, že „pokud není mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením, popř. jiným subjektem poskytujícím zdravotní péči, smlouva sjednána, jsou zdravotní pojišťovny povinny poskytnutou zdravotní péči uhradit za stejných podmínek jako zdravotnickým zařízením, se kterými zdravotní pojišťovna uzavřela smlouvu podle odst. 1 § 17“.

Na základě tohoto judikátu se v polovině r. 1998 obrátil odbor sociálních služeb MPSV na vedoucí referátů sociálních věcí okresních (obvodních) úřadů a magistrátů měst s doporučením, aby ústavy sociální péče, které tak dosud

neučinily, požádaly ve smyslu § 10 zákona č. 160/1992 Sb. příslušný okresní úřad o registraci nestátního zdravotnického zařízení, a to v rozsahu těch zdravotnických činností, které provádějí vlastními zaměstnanci. Přitom bylo rovněž upozorněno na skutečnost, že rozhodnutí o registraci by ústavy sociální péče měly získat nejenom z důvodů výše uvedených možností uzavření smlouvy podle odst. 1 § 17 zákona č. 48/1997 Sb., resp. uplatnění nároku vzniklého podle odst. 2 § 40 téhož zákona, ale též proto, že z hlediska platného právního řádu takto vlastní poskytování zdravotní péče zlegalizují a nebudou tedy, tak jako do té doby, poskytovat tuto péči tzv. extra legem.

Některé ústavy sociální péče tuto situaci řešily, nechaly se zaregistrovat jako nestátní zdravotnické zařízení a splňovaly tak podmínky pro poskytování zdravotní péče a pro uzavírání smluv podle § 17 zákona č. 48/1997 Sb. Zatímco v řadách sociálních pracovníků byl tento postup s povděkem kvitován, uvnitř zdravotnické veřejnosti byl velmi ostře kritizován a hodnocen jako forma tunelování systému zdravotního pojištění, přestože ze soudně znaleckého posudku zpracovaného odborníky Geriatrické kliniky VFN a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze jednoznačně vyplývá, že vzhledem ke zdravotnímu stavu a věku obyvatel domovů důchodců je třeba hodnotit zdravotnickou péči poskytovanou obyvatelům těchto zařízení jako nutnou a neodkladnou, přičemž jejím odložením by mohlo dojít k vážnému zhoršení jejich zdravotního stavu.

Přestože dříve platná právní úprava nebránila ústavům sociální péče poskytovat zdravotní péči a zdravotním pojišťovnám tuto péči hradit, zdravotním pojišťovnám neukládala povinnost uzavírat smlouvy s jinými než zdravotnickými zařízeními. V rámci vládního návrhu novely zákona č. 48/1997 Sb., kterou vláda na podzim r. 2001 předložila na jednání Poslanecké sněmovny Parlamentu (avšak v návaznosti na politická jednání ji následně z jednání tohoto zastupitelského sboru stáhla), se podařilo tento problém vyřešit tím, že podle dikce § 2 odst. 1 bylo navrženo za zdravotnická zařízení pro účely zdravotního pojištění považovat též zdravotnická pracoviště státních i nestátních ústavů sociální péče, která zajišťují zdravotnickými pracovníky zvláštní ambulantní péči o osoby umístěné v těchto ústavech, pokud tato pracoviště splňují

požadavky na věcné, technické a personální vybavení.

V souvislosti s přípravou návrhu věcného záměru zákona o sociálních službách v r. 2000 proto bylo nezbytné věnovat pozornost otázce legislativního zakotvení poskytování zdravotní péče v ústavech sociální péče. V zájmu aktualizace kvantifikace finančních dopadů tohoto postupu byl do výzkumného plánu Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí na rok 2001 a 2002 zařazen projekt „Podmínky poskytování ošetrovatelské péče v rezidenčních zařízeních vč. návrhu propojení systémů zdravotní a sociální péče“. Cílem tohoto projektu bylo ve spolupráci s VZP provést aktuální analýzu rozsahu a objemu zdravotní péče poskytované v zařízeních sociální péče tak, aby došlo k jednoznačnému vymezení působnosti zdravotní péče v systému sociálních služeb a na tomto základě následně upravit dílčí platných či připravovaných právních norem tak, aby byl komplexně a systémově správně upraven postup v oblasti financování a úhrady zdravotní péče poskytované v zařízeních sociální péče.

Na základě metodiky zpracované ve spolupráci se VZP probíhalo v uvedeném období v 5 vybraných domovech důchodců a ústavech sociální péče šetření, z jehož výsledků vyplynulo, že (Odborná ošetrovatelská péče..., 2003):

- v ÚSP byla odborná ošetrovatelská péče hrazená z prostředků veřejného zdravotního pojištění indikována průměrně jen u každého 2.–4. pojištěnce,
- souhrn této péče činil v průměru 3–8,5 hod./1 den na celý ústav.

Na základě promítnutí těchto údajů do celé struktury domovů důchodců a ústavů sociální péče bylo odhadováno, že celkové náklady na poskytování ošetrovatelské péče v těchto zařízeních činí cca 100 mil. Kč (Průša, 2007). V rámci diskusí s odborníky z řad poskytovatelů sociálních služeb i zdravotní péče se přitom objevila řada názorů o účelovém podhodnocení rozsahu poskytované ošetrovatelské péče v ústavech sociálních služeb ze strany VZP tak, aby VZP prokázala, že rozsah ošetrovatelské péče v ústavech sociální péče je nepatrný v porovnání s dlouhodobým finančním propadem v oblasti sociálních hospitalizací, jejichž nevyužívání je mj. i výsledkem dlouhodobě nedostatečné revizní činnosti ze strany VZP.

Tyto domněnky potvrdily rovněž některé práce, které byly následně realizovány podle stejné metodiky, podle nichž celkové náklady na poskytování ošetrovatelské péče ve sledovaných domovech důchodců a ústavech sociální péče nikdy neklesly pod 40 % celkových provozních nákladů těchto ústavů (Čílková, 2005).

ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH A ZDRAVOTNÍ PÉČI

Významným krokem k řešení těchto otázek přispěl i přijatý zákon o sociálních službách, který v § 36 stanoví, že poskytovatel sociálních služeb je povinen zajistit zdravotní péči osobám, kterým poskytuje pobytové služby v týdenních stacionářích, v domovech pro osoby se zdravotním postižením, v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem. Tato péče je poskytována formou zvláštní ambulantní péče podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění:

- prostřednictvím zdravotnického zařízení,
- jde-li o ošetrovatelskou a rehabilitační péči především prostřednictvím svých zaměstnanců, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání s tím, že rozsah péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění stanoví vyhláška, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

Negativně je však nutno hodnotit skutečnost, že nebylo vytvořeno žádoucí „zrcadlo“ mezi sociální péčí poskytovanou ve zdravotnických zařízeních a zdravotní péčí poskytovanou v pobytových zařízeních sociálních služeb. Negativně je nutno hodnotit především skutečnost, že zdravotnická zařízení, která poskytují služby ústavního charakteru, nejsou povinna se registrovat a plnit tak všechny povinnosti, které poskytovatelům sociálních služeb zákon ukládá v § 88, aniž je to objektivně zdůvodnitelné (Jabůrková, 2007).

Podle navazujícího zákona č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách, uzavírají VZP a ostatní zdravotní pojišťovny za účelem zajištění věcného plnění při poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče pojištěncům umístěných v zařízeních sociálních služeb s pobytovými službami zvláštní smlouvu s těmi-

to zařízeními, pokud o uzavření této smlouvy zařízení sociálních služeb požádá a současně prokáže, že tato péče bude poskytována na základě ordinace ošetřujícího lékaře jejich zdravotnickými pracovníky, kteří jsou způsobilí k výkonu zdravotnického povolání.

Pomineme-li, že VZP soustavně trvá na tom, že ošetrovatelská péče poskytovaná obyvatelům ústavů sociální péče je poskytována v režimu tzv. zvláštní ambulantní péče a že o poskytování této péče je uzavírána s ústavy sociální péče tzv. zvláštní smlouva, je největším nedostatkem zvoleného řešení forma úhrad za poskytovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím výkonového způsobu. Obecně je rizikem tohoto způsobu financování možnost vykazování ve skutečnosti nerealizovaných výkonů nebo nadprodukce výkonů, na což obvykle plátce zdravotnické péče reaguje administrativním omezením ve formě regulačních opatření a limitů na straně úhrad za provedené zdravotní výkony. Dochází tedy k tomu, že původní kalkulovaná cena stanovená pomocí průměrných nákladů na výkon se s růstem počtu vykázaných výkonů snižuje.

Zdravotní výkony nové autorské odbornosti pro ošetrovatelskou péči v pobytových zařízeních sociálních služeb byly zpracovány na základě několika různých šetření (vyhláška č. 620/2006 Sb.). Otázkou však zůstává kvalita a reálnost vstupních dat použitých při kalkulaci výkonů nové odbornosti, neboť se objevují signály o tom, že současný způsob úhrad je podhodnocen a může mít za následek skutečnost, že se v praxi bude obtížně prosazovat a ke skutečnému zavedení institutu zdravotně sociálního lůžka jak v systému sociálních služeb, tak i v systému zdravotní péče bude pravděpodobně docházet velmi pomalu.

V r. 2007 činily výdaje VZP na ošetrovatelskou a rehabilitační péči v pobytových zařízeních sociálních služeb cca 488 mil. Kč, přičemž sama VZP přiznává, že na zdravotní péči poskytovanou osobám ve zdravotnických zařízeních z jiných než zdravotních důvodů bylo vyloženo pouze 12 mil. Kč, tj. 8 % z celkového objemu předpokládaného plánu (Výroční zpráva VZP ČR za r. 2007, 2008). VZP tuto skutečnost přičítá přetrvávající neochotě lůžkových zdravotnických zařízení nasmlouvat tento typ péče a následně přiznávat sociální důvody hospitalizací,

nicméně je zřejmé, že tento propad je – tak jak bylo již dříve konstatováno – důsledkem nedostatečné kontrolní a revizní činnosti pojišťovny.

Z dotazníkového šetření provedeného VÚPSV v r. 2008 vyplývá, že poskytovatelům sociální péče hradí zdravotní pojišťovny na základě uzavřených smluv pouze část poskytované zdravotní péče (Zpráva o činnosti VÚPSV, 2008). Zdravotní pojišťovny tak využívají nedostatečného definičního rozhraní mezi zdravotní a sociální péčí. Vzhledem k tomu, že poskytovatelé jsou povinni svým klientům zdravotní péči zajistit, financují ji z běžných provozních nákladů. Podle jednotlivých respondentů proplácí ústavy ze svých běžných nákladů 50–70 % provedených zdravotních výkonů.

Nejčastějšími příčinami sporu je podávání léků per os (tj. do úst uživatele). Tento způsob podávání léků je indikován např. u některých klientů s psychickou poruchou a u klientů s poruchou polykacího reflexu. VZP však v mnoha případech indikace neuznává. Dalším problémem je proplácení rehabilitační péče a polohování, což jsou důležité výkony pro předcházení dekubitům.

Vzhledem k tomu, že VZP proplácí zdravotnické výkony podle sazebníku, problémem jsou náklady na platy zdravotnických pracovníků za práci v noci, kdy zdravotní úkony i ošetrovatelská péče nejsou prováděny nebo jsou prováděny v minimálním objemu. Riziko vyplývající z nepřítomnosti zdravotní sestry je však příliš velké, neboť nejčastější náhlé stavy s nutností resuscitace se odehrávají právě v nočních hodinách.

Pojišťovny ve snaze využít kapacitu praktických lékařů, kteří pobírají za klienty ústavů sociální péče kapitační platby, naléhají na pracovníky ústavů, aby místo ošetření „doma“ doprovázeli své klienty na ošetření ke smluvním lékařům, případně využívali agentury domácí péče. To ale není z mnoha důvodů možné.

Značná část pobytových zařízení sociálních služeb nemá doposud nasmlouvány ani všechny zdravotní výkony ze stávajícího Seznamu, přestože je provádí (např. bonifikační výkony, použití přístrojového vybavení), což je způsobeno buď tlakem ze strany zdravotních pojišťoven, nebo liknavostí, popř. nevědomostí ze strany pobytových zařízení sociálních služeb. Díky této skutečnosti tyto výkony nemohou být ani vyka-

zovány a následně uhrazeny zdravotní pojišťovnou.

ZÁVĚR

Přijetím zákona o sociálních službách byly vytvořeny legislativní předpoklady k odstranění jednoho z dlouhodobých problémů v této oblasti. Nicméně rovnovážné podmínky pro poskytování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb a sociálních služeb v lůžkových zdravotnických zařízeních stále nebyly vytvořeny, pobytová zařízení sociálních služeb jsou stále krácena na svých zákonných nárocích. Jeví se proto jako nezbytné věnovat soustavně těmto otázkám značnou pozornost, jako vhodné se jeví např. koncipování samostatného vzdělávacího projektu pro zdravotnické pracovníky v pobytových zařízeních sociálních služeb tak, aby tito pracovníci získali vědomosti nezbytné k tomu, aby byli rovnocennými partnery pro pracovníky zdravotních pojišťoven a mohli lépe obhájit svoje zákonem definované nároky.

LITERATURA

- CÍLKOVÁ, J.: *Zdravotní péče v sociálních zařízeních*. České Budějovice: ZSF JU, 2004.
- JABŮRKOVÁ, M. a kol.: *Od paragrafů k lidem: analýza situace v oblasti sociálních služeb po přijetí nového zákona o sociálních službách*. Praha: SKOK, 2007.
- PĚČOVÁ, L.: *Zdravotní péče poskytovaná v ústavech sociální péče*. České Budějovice: ZSF JU, 2005.
- PRŮŠA, L.: *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2007.
- Odborná ošetřovatelská péče a léčebná rehabilitace hrazená z prostředků veřejného zdravotního pojištění – současný stav v LDN, na ošetřovatelských lůžkách, v domácí péči a v ÚSP. Praha: VZP, 2003.
- Vyhláška č. 620/2006 Sb., kterou se mění vyhláška MZ ČR č. 134/1998/ Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění.
- Výroční zpráva VZP ČR za r. 2007. Praha: VZP, 2008.
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.
- Zákon č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách.
- Zpráva o činnosti VÚPSV, v. v. i. za období leden–září 2008, Praha: VÚPSV, 2008.

Ladislav Průša
ladislav.prusa@vupsv.cz