



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

Úřad vlády České republiky



Komparativní analýza nástrojů financování adiktologických služeb

Renáta Remešová, Lucie Svobodová, Aleš Rod, Radek Soběhart

Konzultanti: Lucia Kiššová, Daniel Dárek, Petr Hanuš, Marek Nerud, Vojtěch Janouškovec, Josef Radimecký

Praha, 2019

Komparativní analýza nástrojů financování adiktologických služeb

Zpracováno v rámci projektu „Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky“, registrační číslo CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_030/0003035, prioritní osa OPZ: 2 – Sociální začleňování a boj s chudobou.

Úřad vlády České republiky, Odbor protidrogové politiky,
Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky
Praha, 2019

Autorský kolektiv: Renáta Remešová, Lucie Svobodová, Aleš Rod, Radek Soběhart
Konzultanti: Lucia Kiššová, Daniel Dárek, Petr Hanuš, Marek Nerud, Vojtěch Janouškovec, Josef Radimecký
Odborná redakce: Michaela Valentová
ISBN: 978-80-7440-236-4



Sekretariát Rady vlády
pro koordinaci
protidrogové politiky

Komparativní analýza nástrojů financování adiktologických služeb

SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY

Renáta Remešová, Lucie Svobodová, Aleš Rod, Radek Soběhart



Obsah

Předmluva.....	3
Úvod	6
1 Současný systém financování služeb pro osoby závislé a závislostí ohrožené v ČR.....	8
1.1 Úrovně a zdroje financování adiktologických služeb.....	8
1.1.1 Centrální úroveň.....	8
1.1.2 Regionální úroveň	9
1.1.3 Další zdroje financování	11
1.2 Legislativní rámec financování adiktologických služeb.....	12
1.2.1 Dotace.....	12
1.2.2 Nákup služeb.....	14
1.2.3 Platba za výkon.....	14
1.2.4 Princip 3E	15
1.2.5 Kontrolní orgány v ČR.....	16
2 Metodika hodnocení nástrojů financování adiktologických služeb	20
2.1 Kritéria hodnocení.....	20
2.2 Váha kritérií.....	21
2.3 Sběr a zpracování dat	22
2.4 Vzorec výpočtu výsledků.....	24
3 Nástroje financování adiktologických služeb v ČR.....	26
3.1 Dotace	26
3.1.1 Jednoleté dotace	27
3.1.2 Víceleté financování.....	36
3.1.3 Dotace ex-post	39
3.2 Platba za výkon	47
3.3 Nákup služeb	53
4 Nástroje financování adiktologických služeb v zahraničí.....	61
4.1 Vyrovnávací platba (Compensation).....	67
4.1.1 Dotace v režimu vyrovnávací platby v ČR.....	69
4.2 Platba za výsledky (Payment by results).....	71
4.2.1 Platba za výstupy (Payment by outcomes).....	75
5 Hodnocení a výsledky analýzy.....	79

5.1 Výsledky dotazníkového šetření.....	79
5.2 Výsledky fokusních skupin.....	82
5.3 Výsledky pracovních skupin workshopu	85
Závěr a shrnutí	89
Seznam zkratk	95
Seznam tabulek.....	96
Seznam literatury.....	97
Přílohy:	102





Předmluva

Po roce 1990 v obrovské míře vzrostlo zneužívání nelegálních návykových látek ve všech zemích střední a východní Evropy a stalo se dalším faktorem doprovázejícím ekonomické, politické a sociální změny po pádu komunistických režimů. Prudký nárůst problémů s nezákonnými drogami byl označován jako „odložená epidemie“ (Bém, Kalina, Radimecký, 2003).

Na počátku 90. let tak vznikalo mnoho různorodých typů služeb, do nichž se zařazovaly i služby pro uživatele drog. Pomáhající služby obecně začaly být podporovány z různých dotačních systémů. Následně však v důsledku zneplatnění zákona ukládajícího povinnost provozu AT¹ ambulancí v každém okrese a následným zrušením státních dotací došlo k rozpadu sítě těchto AT poraden, které před r. 1990 tvořily spolu s lůžkovými odděleními psychiatrie léčbu uživatelů psychoaktivních látek. Lékařské služby začaly být částečně nahrazovány nově vznikajícími komunitními službami – kontaktní a poradenská centra, terénní programy, terapeutické komunity, doléčovací programy, stacionáře, zřizované nestátními neziskovými organizacemi převážně pro uživatele nelegálních drog (Miovský et al., 2014). Do práce s klienty se zapojili pracovníci dalších profesí (např. psychologové, sociální pracovníci, speciální pedagogové apod.).

Služby pro lidi s problémy působenými návykovými látkami se začaly nerovnoměrně vyvíjet a sít služeb se uměle roztržila dle cílových skupin (uživatelé nelegálních drog a uživatelé legálních návykových látek). Sít specializovaných služeb pro hazardní hráče nebyla vybudovaná vůbec (RVKPP, 2017).

Oproti období před r. 1990 se začal důraz klást na primární prevenci zaměřenou na obecnou, zejména školní populaci, což se týkalo také vzdělávacích aktivit pro pedagogy v oblasti protidrogové prevence. V současnosti je realizace primární prevence ve školství povinná².

Dohodou o spolupráci ve věcech ochrany před omamnými a psychotropními látkami mezi osmi věcně příslušnými ministry zřídila vláda ČR v r. 1993 Meziresortní protidrogovou komisi jako svůj poradní, iniciační a koordinační orgán; tím položila základy institucionalizované koordinaci protidrogové politiky na úrovni vlády České republiky. V r. 2002 byla Meziresortní protidrogová komise přejmenována na Radu vlády pro koordinaci protidrogové politiky (dále „RVKPP“) a zároveň bylo zřízeno Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, které je součástí mezinárodní sítě monitorovacích středisek Reitox.³

Vyústěním mnohaletého trendu rozvíjet v ČR mezioborově vzdělávání v závislostech byl v r. 2005 vznik samostatného oboru adiktologie. Tento transdisciplinární vědecký obor se zaměřuje na užívání návykových látek, závislostní chování a jejich dopady a souvislosti. Adiktologie spojuje biologické, psychologické, sociální a právně-kriminologické perspektivy do výzkumného rámce zaměřeného na konkrétní problematiku, jako je rizikové prostředí užívání návykových látek a závislostního chování atd. (Šťastná, 2013). Adiktolog je nelékařská zdravotnická odbornost (zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o

¹ Alkohol a jiné toxikomanie.

² Základním legislativním dokumentem, který upravuje oblast primární prevence rizikového chování ve školách a školských zařízeních, je zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů. Od r. 2004 mají školy zákonnou povinnost prevenci realizovat, toto je definováno ve vyhlášce č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, v jakém rozsahu, kdo je kompetentní osobou za oblast prevence, jakou musí mít tato osoba kvalifikaci apod.

³ <http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/media/narodni-monitorovaci-stredisko-pro-drogy-a-drogove-zavislosti-79469/>

změně některých souvisejících zákonů), která má transdisciplinární charakter, v léčbě pacientů/klientů je používán komplexní přístup (Miovský et al., 2013).

K zcela zásadní změně došlo v r. 2014, kdy se vláda rozhodla začlenit do dosavadní protidrogové politiky také problematiku legálních návykových látek a hazardu. Protidrogová politika ČR se tak přiřadila k moderním evropským tzv. integrovaným protidrogovým politikám, které nerozlišují mezi legálními a nelegálními návykovými látkami.

V současné době jsou adiktologické služby⁴ poskytovány především v síti sociálních a v síti zdravotních služeb, jsou to tedy služby zdravotní nebo sociální, nebo současně zdravotní i sociální, případně služby edukativní (Hanzlík, 2018). Opomenout by se neměla ani role služeb charitativních, církevních, svépomocných a peer programů, které jsou však mnohdy financovány jinými způsoby, než kterými se zabývá analýza.

Systém adiktologických služeb pokrývá celé spektrum problémů spojených s užíváním návykových látek od nízkoprahových programů, programů ambulantní léčby a následné péče po terapeutické komunity. Cílovou skupinou těchto zařízení jsou zejména uživatelé nelegálních drog, v menší míře pak uživatelé alkoholu a hazardní hráči.

Dále se adiktologickou péčí zabývají zdravotnická zařízení oboru psychiatrie (popř. se specializací na AT), která poskytují ambulantní a rezidenční formu léčby. Prakticky nezávisle pak fungují centra pro léčbu závislosti na tabáku (Mravčík et al., 2017). Adiktologické služby jsou tak vázány mnohdy rozdílnými zákony a podzákonnými normami, ze kterých vyplývají různé povinnosti a závazky. Garance jejich kvality je ověřována různými systémy (certifikace – RVKPP, MŠMT, inspekce – MPSV, dobrovolná akreditace zdravotnického zařízení – MZ), jejich dostupnost je zajišťována a plánována různými, více či méně cílenými a propojenými strategickými dokumenty (minimální síť služeb – komunitní plány – objemy nasmlouvané zdravotnické péče).

Adiktologické služby jsou financovány z více zdrojů, které jsou limitovány resortní příslušností – dotace nebo příspěvky MZ (zdravotní služby), MPSV (sociální služby), MSp (služby pro uživatele drog ve vězení), MŠMT (služby prevence, vzdělávání a poradenství), RVKPP (financuje různé typy služeb), krajů a obcí (různé typy služeb) a také platby zdravotních pojišťoven (zdravotní služby). Financovány jsou z různých úrovní (stát, kraje, obce, evropské fondy, zdravotní pojišťovny) a za různých podmínek (priority, podporované činnosti, harmonogramy dotačních řízení, nasmlouvaná zdravotní péče atd.).

Stávající systém poskytování služeb v oblasti protidrogové politiky vykazuje několik nedostatků, což se týká i oblasti financování těchto služeb. Různorodost finančních mechanismů využívaných k financování adiktologických služeb se v posledních letech spíše zvyšuje, zejména v důsledku průběžných úprav a snah o vylepšování systémů financování ze strany jednotlivých poskytovatelů finančních prostředků. Pro finanční management poskytovatelů služeb i jednotlivé zdroje veřejné podpory to představuje zvyšující se administrativní zátěž a omezení možnosti koordinace na úrovni veřejné správy a vnitřní konzistence na úrovni služeb. S ohledem na možnosti koordinace se dalšími problémovými body stávají také neustále nové faktory, vstupující do hry, jakými jsou např. evropské fondy, nebo velmi vysoký počet nově vznikajících strategických materiálů či programů, které se dotýkají tématu protidrogové politiky a jejichž vliv na reálný obraz poskytování služeb je mnohdy dopředu jen stěží odhadnutelný a ovlivnitelný. Oblast služeb pro osoby se závislostmi je ohrožena

⁴ Adiktologické služby jsou mezioborové a multidisciplinární služby, které poskytují specializovanou péči osobám závislým nebo ohroženým závislostí (Hanzlík, 2018).

výkyvy ve finanční podpoře z veřejných rozpočtů. Tyto problémy lze odstranit pouze systémovými kroky.

Úvod

Tento dokument slouží jako podklad pro tvorbu návrhu nového či úpravu stávajícího nástroje financování adiktologických služeb, který bude rozpracován a upraven tak, aby vyhovoval specifikům prostředí ČR včetně návrhu jeho ukotvení v rámci veřejné správy a strukturního rámce integrované protidrogové politiky. Na jeho základě pak bude vypracována podrobná aplikace nástroje do praxe.

Komparativní analýza nástrojů financování by tak měla představovat první krok k diskusi o změně stávajícího systému financování adiktologických služeb v ČR, neboť současná situace neodpovídá ani představám poskytovatelů finančních prostředků, ani samotných příjemců těchto finančních prostředků.

Současnému systému financování adiktologických služeb je vytýkáno zejména:

- 1) Adiktologické služby jsou z velké části hrazeny z veřejných zdrojů, avšak finance jsou poskytovány několika orgány státní a veřejné správy, přičemž si každý orgán vytváří vlastní podmínky pro uchazeče, často s odlišným harmonogramem a v jiném režimu. Chybí rovněž nástroj na racionální posouzení přiměřenosti nákladů konkrétní služby.
- 2) Není stanovena jasná strategie podpory a rozvoje adiktologických služeb v České republice ve střednědobém horizontu.
- 3) Finanční prostředky udržují stávající síť adiktologických služeb, která často ještě vychází z historických zvyklostí a různých politických zájmů, již však neodpovídají aktuálnímu stavu užívání návykových látek v České republice.
- 4) Jednoleté dotace, které jsou nejpoužívanějším nástrojem financování adiktologických služeb, by ze své podstaty neměly tvořit oporu ve financování běžného provozu, ale měly by spíše pokrývat specifické požadavky související se zkvalitňováním adiktologických služeb.
- 5) Dotační řízení, na kterém financování adiktologických služeb zejména staví, je flexibilním nástrojem pro poskytovatele finančních prostředků (v případě získání finančních prostředků v průběhu roku lze vyhlásit mimořádné dotační řízení), na druhou stranu zvyšuje administrativní zátěž a komplikuje dlouhodobější plánování a nastavování služeb.
- 6) Z obecného hlediska nelze opomenout požadavek „good governance“ v oblasti veřejných služeb, které budou splňovat tyto základní parametry: transparentnost, stabilita, otevřenost, efektivita a hospodárnost (Bevir, 2009).

Analýza se zabývá zejména popisem a porovnáním nástrojů financování, které jsou využívány pro účely financování adiktologických služeb, tj. služeb pro osoby ohrožené závislostmi/se závislostmi v České republice. Popsány jsou rovněž nástroje financování, které jsou využívány v zahraničí.

Cílem první části analýzy je představit současný stav financování adiktologických služeb a popsat jednotlivé nástroje využívané pro financování, kterými jsou dotace (jednoleté, víceleté, ex-post), nákup služeb, platba za výkon, vyrovnávací platba, platba za výsledky a platba za výstupy.

Ve druhé části jsou představeny výsledky sběru dat, která byla získána prostřednictvím dotazníkového šetření mezi uživateli finanční pomoci z veřejných zdrojů a fokusních skupin, kterých se účastnili příjemci i poskytovatelé finančních prostředků. Tato kvantitativní a kvalitativní data jsou následně doplněna o informace získané z workshopu k tématu financování adiktologických služeb.

V závěru této analýzy se nachází shrnutí dosažených výsledků a doporučení pro návrh či úpravu nástroje financování adiktologických služeb.



1 Současný systém financování služeb pro osoby závislé a závislostí ohrožené v ČR

Adiktologické služby jsou mezioborové a multidisciplinární služby, které poskytují specializovanou péči osobám závislým nebo závislostí ohroženým, které jsou v současnosti poskytovány v síti sociálních a zdravotních služeb. Dlouhodobě je opomíjen pedagogický, speciálně pedagogický rozměr služeb i systém služeb peer či svépomocných. Tyto služby mají několik rovin a typů, což je dáno jejich různým charakterem a několika zákonnými rámci. V praxi je ovšem nutné udržet komplexnost těchto služeb a jejich nedělitelnost (Miovský et al., 2013).

1.1 Úrovně a zdroje financování adiktologických služeb

Financování adiktologických služeb v ČR je svým charakterem vícezdrojové, ač jde v převážné míře o financování ze strany různých orgánů veřejné správy a tedy z veřejných prostředků. Adiktologické služby jsou financovány zejména dotačním systémem ze dvou úrovní – *centrální a regionální*, dále pak z veřejného zdravotního pojištění a Evropského sociálního fondu.

1.1.1 Centrální úroveň

Centrální úroveň představují prostředky státního rozpočtu distribuované jednotlivými ústředními orgány státní správy: Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) prostřednictvím Úřadu vlády ČR, Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV), Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT), Ministerstvo zdravotnictví (MZ) a Ministerstvo spravedlnosti (MŠP). (Mravčík et al., 2018)

- **RVKPP** podporuje v rámci dotačního řízení preventivní, poradenské, ambulantní a rezidenční programy v různých typech adiktologických služeb, včetně služeb pro uživatele drog ve výkonu trestu a ve vazbě. Cílovou skupinou jsou uživatelé návykových látek a/nebo osoby závislé nebo ohrožené jiným typem závislostního chování a jejich blízcí. RVKPP také podporuje informační aktivity, projekty na síťování služeb a monitorovací a výzkumné projekty. V r. 2017 vydala RVKPP na tyto projekty celkem 128,8 mil. Kč.
- **MPSV** nemá samostatnou rozpočtovou položku na protidrogovou politiku, nicméně na financování adiktologických služeb má velký podíl. V rámci dotačního řízení podporuje základní činnosti sociálních služeb. Program podpory A je určen službám místního či krajského charakteru poskytovaným uživatelům služeb v souladu s místními či regionálními potřebami. Program podpory B je vyhlášen pro služby s nadregionální či celostátní působností, jejichž financování zajišťuje ze svého rozpočtu přímo MPSV. V r. 2017 podpořilo celkovou částkou 207,2 mil. Kč projekty kontaktních center, terénních programů, sociálního poradenství, terapeutických komunit, následné péče a domovů se zvláštním režimem.
- **MŠMT** podporuje programy v oblasti prevence rizikového chování. V r. 2017 vyčlenilo ze svého rozpočtu celkem 12,1 mil. Kč na podporu projektů právě v oblasti protidrogové prevence. Příjemci

dotací byly školy, školská zařízení a nestátní neziskové organizace pracující s dětmi a mládeží a vzdělávající pedagogy.

- **MZ** poskytuje finanční prostředky projektům zaměřeným na léčbu osob závislých na návykových látkách (AT ordinace, detoxifikace, substituční léčba, ústavní léčba), dále v oblasti harm reduction na nákup zdravotnického materiálu pro kontaktní centra a terénní programy (injekční stříkačky, testy, obvazový materiál, hygienické potřeby). Podporuje rovněž preventivní programy podpory zdraví. V r. 2016 poskytlo celkově částku 36,0 mil. Kč.
- **MSp** financuje programy protidrogové politiky ve vězení poskytované neziskovými organizacemi. V r. 2017 podpořilo tyto programy celkovou částkou 8 mil. Kč. Z rozpočtu MSp byla dále financována činnost Vězeňské služby v oblasti protidrogové politiky, Justiční akademie, Probační a mediační služba a Institut pro kriminologii a sociální prevenci.

Tabulka 1 uvádí součet výdajů na prevenci, harm reduction, ambulantní služby, služby ve vězení, rezidenční služby, služby následné péče, sociální podniky. Do výdajů nejsou započítány výdaje na prevenci drogové kriminality, prosazování práva, koordinaci, výzkum, hodnocení a ostatní nezařazené výdaje.

Tabulka 1 Výdaje ze státního rozpočtu na programy snižování poptávky podle resortů v letech 2015-2017, v tis. Kč

Resort	2015	2016	2017
RVKPP	90 052	112 865	122 263
MŠMR	11 141	11 905	12 058
MPSV	126 575*	139 359*	157 080*
MZ	22 314	20 937	35 836
MSp	8 200	4 200	8 000

Zdroj: Mravčík et al., 2018; vlastní úpravy

* Do výdajů nejsou započítány výdaje na domovy se zvláštním režimem, které v r. 2017 byly 34 082 tis. Kč, v r. 2016 - 46 016 tis. Kč a v r. 2015 - 30 399 tis. Kč.

Výše uvedené se týká financování služeb pro osoby závislé a závislostí ohrožené, do financování protidrogové politiky jako takové se zapojují také další aktéři, např. Ministerstvo obrany (MO) financuje v rámci programu protidrogové politiky vzdělávací a preventivní programy pro příslušníky resortu obrany, Policie ČR vykazuje mj. dlouhodobě osobní a provozní náklady na činnost Národní protidrogové centrály (NPC), dále se podílí na financování protidrogové politiky Generální ředitelství cel (GŘC), jehož součástí je Celní protidrogová jednotka (CPJ), či Ministerstvo zahraničních věcí. (Mravčík et al., 2018)

1.1.2 Regionální úroveň

Regionální úroveň představují rozpočty samospráv (krajské a obecní rozpočty), které jsou klíčovými partnery centrálních institucí při přípravě a realizaci národní strategie protidrogové politiky. Role krajů a obcí se liší v systémech financování dle jednotlivých sektorů či resortů. Největší objem výdajů na financování protidrogové politiky krajů a obcí se vynaloží na běžné činnosti adiktologických služeb.

➤ Kraje

Kraje rozdělují finanční prostředky ze svých rozpočtů až na výjimky prostřednictvím jednoletých dotačních nebo grantových řízení, která vycházejí z jednotlivých protidrogových strategií a vnitřních norem krajů. Jednotlivé kraje mají v rámci rozpočtové struktury vyčleněny buď samostatnou položku „protidrogová politika kraje“, nebo podle charakteru služeb rozpočty pro oblast sociální, zdravotní

nebo školskou. Většina krajů zahrnuje veškeré jiné než čistě zdravotnické nebo školské služby pod systém sociálních služeb. Služby pro uživatele návykových látek se tak na úrovni krajů stávají čím dál častěji jednou z mnoha podskupin sociálních služeb bez opory ve specifických sítích drogových služeb (Černíková et al., 2018).

Kraje až na některé prvky přistupují k financování adiktologických služeb různě. Víceleté financování je uplatňováno již pouze v hl. m. Praze. Některé kraje udělují finanční prostředky pouze adiktologickým službám, které jsou držitelem certifikátu odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog.

Od r. 2015 bylo zrušeno přímé financování místních a regionálních sociálních služeb z úrovně MPSV, které bylo převedeno na úroveň krajů. Kraje tedy předkládají souhrnnou žádost o dotaci za všechny sociální služby na svém území, poté jsou prostředky MPSV rozdělovány z úrovně krajů, spolu s prostředky z vlastních zdrojů krajů (Černíková et al., 2018).

Od r. 2016 pak vstoupil do systému financování adiktologických služeb také režim vyrovnávací platby. V zásadě se jedná o pokrytí čistých nákladů poskytovatele služeb vynaložených při plnění závazků veřejné služby, po odečtení prostředků, které získá vlastní činností (výnosů). Vzhledem k tomu, že neexistuje jednotný mechanismus výpočtu nákladů, se tento nástroj ve vícezdrojovém financování uplatňuje komplikovaně a různorodě (RVKPP, 2016).

> Obce

Podíl obcí na financování adiktologických služeb se v jednotlivých krajích různí, jejich participace je zcela dobrovolná. Průměrná výše podílu obcí na celkovém financování protidrogové politiky ze strany samospráv činila v r. 2017 – 25,5 %. Výše podpory ze strany obcí v některých případech převyšuje výši podpory ze strany kraje (Černíková et al., 2018). Obce financují spíše nové služby v nepokrytých oblastech, případně jsou schopny na provoz finančně přispět, nelze však systémově počítat s vyšší spoluúčastí (Nerud et al., 2016).

Podobně jako kraje využívají větší obce a magistráty především dotační tituly, menší města a obce pak jednorázové příspěvky na základě individuálních žádostí poskytovatelů služeb, případně jejich kombinací. Obce podporují služby také dalšími formami, jakými jsou bezúročné půjčky, poskytnutí příspěvku na provozní náklady, dary, pronájem prostoru pouze za symbolickou cenu apod., zde se však nejedná o systémové nástroje financování.

Tabulka 2 Vývoj výdajů obcí a krajů na protidrogovou politiku z rozpočtů samospráv v letech 2015–2017 v tis. Kč

Kraj	2015		2016		2017	
	kraje	obce	kraje	obce	kraje	obce
Praha	43 180	9 224	47 429	9 496	56 512	10 584
Středočeský	6 816	3 540	10 645	3 701	11 505	4 155
Jihočeský	7 690	2 499	7 690	2 304	7 870	2 582
Plzeňský	4 483	7 014	3 499	7 022	4 000	7 358
Karlovarský	972	629	1 990	1 009	1 814	744
Ústecký	2 795	6 825*	6 825*	7 035*	3 969	7 640*
Liberecký	3 780	3 354	4 203	3 062	4 896	3 145
Královéhradecký	3 491*	1 400	3 469*	1 074	3 066*	985
Pardubický	2 262	1 969	2 559	1 983	3 020	3 041
Vysočina	7 279*	2 231	7 765*	1 585	6 615*	2 151
Jihomoravský	10 980	8 507	11 322	8 129	13 634*	7 855
Olomoucký	7 093	2 535	4 244	2 791	7 617	3 285

Kraj	2015		2016		2017	
	kraje	obce	kraje	obce	kraje	obce
Zlínský	1 930	2 022	2 118	1 917	1 831	2 553
Moravskoslezský	4 479	15 263	2 436	14 750	3 837	18 094
Celkem	96 460	60 187	98 135	58 823	106 871	66 532

Zdroj: Mravčík et al., 2018; vlastní úpravy

* Do výdajů nejsou započítány výdaje na domovy se zvláštním režimem, které byly v r. 2015 v Královéhradeckém kraji 5 120 tis. Kč a v kraji Vysočina 2 556 tis. Kč, v r. 2016 byly v Ústeckém kraji 56 tis. Kč, v Královéhradeckém kraji 6 653 tis. Kč a v kraji Vysočina 2 976 tis. Kč, v r. 2017 byly v Královéhradeckém kraji 7 416 tis. Kč, v kraji Vysočina 2 375 tis. Kč a v Jihomoravském kraji 4 643 tis. Kč. V obcích v Ústeckém kraji byly výdaje na domovy ze zvláštního režimu v r. 2015 60 tis. Kč, 2016 60 tis. Kč a v r. 2017 60 tis. Kč.

Údaje v tabulce jsou součtem výdajů jednotlivých krajů/obcí a zahrnují výdaje na primární prevenci, harm reduction, ambulantní služby, služby ve vězení, rezidenční služby a následnou péči. Nejsou zahrnuty výdaje na domovy se zvláštním režimem, záchytné stanice, prevenci drogové kriminality, informace, výzkum, koordinaci a ostatní nezařazené výdaje.

1.1.3 Další zdroje financování

Kromě veřejných rozpočtů jsou některé služby pro uživatele návykových látek financovány z **Evropských strukturálních a investičních fondů (ESIF)**, nejvíce pak z Evropského sociálního fondu (ESF). Finanční prostředky jsou distribuovány poskytovatelům služeb prostřednictvím jednotlivých krajů či přímo z úrovně ústředních orgánů státní správy. Rozdíly mezi financováním z prostředků jednotlivých článků veřejné správy a z prostředků ESF lze spatřit např. v délce, způsobu administrace projektů, průběžném monitoringu a distribuci prostředků, víceletosti, v cílech a cílových skupinách. Financování adiktologických služeb prostřednictvím Evropských fondů se řadí mezi okrajově využívané nástroje financování, avšak jejich podíl je významný. Podle dostupných údajů se předpokládalo, že jde o nezanedbatelnou částku přibližně 100 mil. Kč ročně (Mravčík et al., 2015).

Dalším zdrojem finančních prostředků jsou **zdravotní pojišťovny**, které jsou významným plátcem zdravotnické léčby. Jsou důležitým partnerem v otázkách koordinace financování adiktologických služeb (např. specializované psychiatrické nemocnice nebo specializovaná oddělení na léčbu závislosti obecně psychiatrických nemocnic či psychiatrické ambulance). Na léčbu poruch spojených s užíváním návykových látek bylo ze zdravotního pojištění vynaloženo odhadem 1818 mil. Kč (2016). Nicméně částka spotřebovaná adiktologickými (AT) odděleními jak ambulantní, tak lůžkové péče činila pouze 270 mil. Kč (Mravčík et al., 2018). Systém zdravotního pojištění proplácí ex-post úhrady poskytovatelům zdravotní péče/služeb, se kterými mají jednotlivé pojišťovny uzavřenou smlouvu, a to na základě vykázaných výkonů a do výše předem stanovených limitů úhrad.

Podíl na financování adiktologických služeb mají také další zdroje, jako jsou dary, půjčky, fondy či nadace, tento podíl je však menšinový. Vedle služeb, které jsou financovány převážně z veřejných zdrojů, nesmíme opomenout existenci privátních služeb (ambulantních i pobyťových), které přijímají platby v hotovosti, nebo systém služeb charitativních, které bývají často hrazeny z jiných než uvedených zdrojů. Analýza se zaměřuje na služby hrazené z veřejných zdrojů.

Disponibilní objemy finančních prostředků orgánů veřejné správy závisejí spíše na politických rozhodnutích a aktuálním vývoji ekonomické situace než na základě analýzy potřeb.

Při změnách v systému financování je potřeba brát v úvahu externí faktory, které ovlivňují financování adiktologických služeb. Dopady na realizaci změn ve financování adiktologických služeb mohou mít následující faktory:

- > aktuální ekonomická situace ČR,
- > definované potřeby, změny v chování cílových skupin, změny v oblasti návykového chování,
- > epidemiologická situace,
- > politická rozhodnutí vycházející z priorit politické reprezentace orgánů veřejné správy,
- > podíly redistribuce disponibilních prostředků na jednotlivé typy služeb (zejména sociálních),
- > stárnutí populace – předpoklad nárůstu výdajů na služby (Deloitte, 2015),
- > probíhající změny v systému zdravotní a sociální péče (např. reforma psychiatrické péče, připravovaná novela zákona o sociálních službách).

1.2 Legislativní rámec financování adiktologických služeb

Pozn. Podrobným popisem legislativního a strategického rámce se zabývá analýza zpracovaná v rámci klíčové aktivity KA1 projektu. Tato kapitola se zaměřuje na legislativu spojenou s financováním adiktologických služeb.

Protidrogová politika a její činnosti a aktivity jsou realizované v souladu se zákonem č. 65/2017, Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, s platnou národní strategií protidrogové politiky, s platnými akčními plány realizace národní strategie protidrogové politiky, s koncepcemi, strategiemi a akčními plány ústředních orgánů státní správy a územních samosprávných celků.

Jak již bylo zmíněno, adiktologické služby se pohybují na pomezí zdravotně-sociálního rámce, jednotlivé služby jsou tak vázány různými povinnostmi, které vycházejí z několika zákonů (resortně zaměřených), podzákonných norem či jiných předpisů, strategických materiálů a metodických dokumentů (Pleva, Fidesová, 2018).

1.2.1 Dotace

Poskytování dotací je vymezeno v následujících zákonech a normách: **v zákoně č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech** a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla). Tento zákon upravuje tvorbu, funkce a obsah střednědobého výhledu státního rozpočtu, jeho výdaje a příjmy, finanční hospodaření organizačních složek státu, finanční kontrolu, podmínky zřízení státních fondů, způsob řízení státní pokladny a řízení státního dluhu a hospodaření s prostředky v Národním fondu. Zmiňuje také, že na dotaci není právní nárok, pokud právní předpis nestanoví jinak. Právní nárok na dotaci nevzniká ani v případě, že poskytovatel služeb realizuje službu v souladu s národní strategií protidrogové politiky vlády ČR, jejím akčním plánem či plánem rozvoje sociálních služeb příslušného kraje a/nebo komunitního plánu sociálních služeb daného města. **Vyhláška č. 367/2015 Sb., o zásadách a lhůtách finančního vypořádání vztahů se státním rozpočtem, státními finančními aktivy a Národním fondem** (vyhláška o finančním vypořádání), ze dne 16. prosince 2015, upravuje zásady a lhůty pro finanční vypořádání vztahů pro organizační složky státu, příspěvkové organizace a příjemce dotací a návratných finančních výpomocí.

Pravidla hospodaření s finančními prostředky územních samosprávných celků upravuje **zákon č. 250/2000, Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů**, který stanovuje tvorbu, postavení,

obsah a funkce rozpočtů územních samosprávných celků, jimiž jsou obce a kraje. Ustanovení tohoto zákona se vztahují na rozpočty a finanční hospodaření krajů, obcí, statutárních měst a hlavního města Prahy a jejich městských částí nebo obvodů.

Financování sociálních služeb z veřejných rozpočtů vychází ze **zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách**, ve znění pozdějších předpisů. MPSV je největším poskytovatelem dotací na zajištění sociálních služeb, včetně těch pro osoby ohrožené závislostí anebo závislé na návykových látkách. Pravidla pro čerpání finančních prostředků z dotace MPSV, včetně účelu jejich využití, specifikuje **Nařízení vlády č. 98/2015, Sb., o provedení § 101a zákona o sociálních službách**, ze dne 22. dubna 2015. **Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách**, stanovuje podrobné zásady zpracování střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb a navazujícího akčního plánu.

Postupy jak zabezpečit jednotný postup ústředních orgánů státní správy a RVKPP, koordinovat vynakládání prostředků státu na realizaci protidrogové politiky s územně samosprávnými celky a zvýšit efektivnost poskytování těchto veřejných prostředků obsahují **Pravidla pro vynakládání finančních prostředků státního rozpočtu na protidrogovou politiku**, schválená vládou ČR dne 18. dubna 2012 usnesením č. 283.

Postup při poskytování dotací ze státního rozpočtu nestátním neziskovým organizacím (dále „NNO“) ústředními orgány státní správy a jejich vzájemnou spolupráci upravují v návaznosti na tento zákon také **Zásady vlády pro poskytování dotací ze státního rozpočtu České republiky nestátním neziskovým organizacím ústředními orgány státní správy (dále „Zásady pro financování NNO“)**, schválené usnesením vlády ze dne 6. srpna 2014 č. 657.

Ústřední orgány jsou povinny při poskytování dotací postupovat také dle **zákona č. 143/2001 Sb., o ochraně hospodářské soutěže** a o změně některých zákonů, který upravuje ochranu hospodářské soutěže proti jejímu narušení, ohrožení, omezení či vyloučení na trhu výrobků a služeb, a **dle zákona č. 215/2004 Sb., o úpravě některých vztahů v oblasti veřejné podpory a o změně zákona o podpoře výzkumu a vývoje**, ve znění pozdějších předpisů, upravující v návaznosti na přímo použitelné předpisy EU výkon státní správy v oblasti veřejné podpory, práva a povinnosti poskytovatelů a příjemců veřejné podpory a podpory malého rozsahu vůči příslušnému koordináčnímu orgánu a některé otázky součinnosti ČR s EK (Evropská komise).

Resorty, ale také kraje a obce, si dále tvoří své zásady a metodiky pro poskytování dotací. Příkladem je Metodika Ministerstva práce a sociálních věcí pro poskytování dotací ze státního rozpočtu poskytovatelům sociálních služeb a posouzení žádosti o dotaci ze státního rozpočtu v oblasti podpory poskytování sociálních služeb s nadregionální či celostátní působností pro daný rok. MZ si pro tyto účely vytvořilo Metodiku pro poskytování finančních prostředků vyčleněných ze státního rozpočtu na realizaci neinvestičních projektů v oblasti protidrogové politiky. Proces dotačního řízení RVKPP, který administruje ÚV ČR včetně postupu žadatelů o dotaci je popsán ve Směrnici vedoucího Úřadu vlády ČR č. 9/2018 o poskytování neinvestičních dotací k financování programů protidrogové politiky.

Další související předpisy:

Nařízení vlády č. 341/2017 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě.

1.2.2 Nákup služeb

Proces veřejného nakupování je definován **zákonem č. 134/2016 Sb., o zadávání veřejných zakázek (dále „ZZVZ“)**, který podrobně rozpracovává postupy při zadávání jak nadlimitních, tak i podlimitních zakázek a stanoví základní principy veřejných zakázek malého rozsahu.

ZZVZ je prováděn následujícími předpisy:⁵

- 260/2016 Sb. Vyhláška o stanovení podrobnějších podmínek týkajících se elektronických nástrojů, elektronických úkonů při zadávání veřejných zakázek a certifikátu shody
- 248/2016 Sb. Vyhláška o náležitostech obsahu žádosti o předchozí stanovisko k uzavření smlouvy a ke změně závazku ze smlouvy podle zákona o zadávání veřejných zakázek
- 172/2016 Sb. Nařízení vlády o stanovení finančních limitů a částek pro účely zákona o zadávání veřejných zakázek
- 170/2016 Sb. Vyhláška o stanovení paušální částky nákladů řízení o přezkoumání úkonů zadavatele při zadávání veřejných zakázek
- 169/2016 Sb. Vyhláška o stanovení rozsahu dokumentace veřejné zakázky na stavební práce a soupisu stavebních prací, dodávek a služeb s výkazem výměr
- 168/2016 Sb. Vyhláška o uveřejňování formulářů pro účely zákona o zadávání veřejných zakázek a náležitostech profilu zadavatele

Podmínky pro poskytování sociálních služeb upravuje **zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném a účinném znění** (dále „ZSS“), který umožňuje dle §129 odst. (1) zadávání veřejných zakázek ve zjednodušeném režimu.

1.2.3 Platba za výkon

Způsob a podmínky využití tohoto nástroje obsahuje přímo či nepřímo řada právních norem:

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, upravuje zdravotní služby a podmínky jejich poskytování a s tím spojený výkon státní správy, druhy a formy zdravotní péče práva a povinnosti pacientů a osob pacientům blízkých, poskytovatelů zdravotních služeb, zdravotnických pracovníků jiných odborných pracovníků a dalších osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, podmínky hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, další činnosti související s poskytováním zdravotních služeb a zpracovává příslušné předpisy Evropské unie.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů,⁶ obsahuje práva a povinnosti plátců pojistného a pojištěnce, podmínky poskytování hrazených služeb a povinnosti pojišťovny zajistit síť poskytovatelů zdravotních služeb, včetně jejich místní a časové dostupnosti.

Zákon č. 592/1992 Sb.,⁷ o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů upravuje výši pojistného, penále, způsob jejich placení, kontrolu, vedení centrálního registru pojištěnců, přerozdělování pojistného a zřízení zvláštního účtu veřejného zdravotního pojištění.

⁵ Metodiky a stanoviska k zákonu 134/2016 Sb.

⁶ Zákon č. 290/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony.

⁷ Zákonem č. 145/2017 Sb., se mění zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Tento zákon nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2018, s výjimkou ustanovení čl. I bodů 8 až 16, která nabývají účinnosti dnem 6. června 2017, a ustanovení čl. II bodů 1, 4 a 5, která nabývají účinnosti dnem 18. listopadu 2017.

Podle zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů se zřizuje Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. Tento právní předpis dále obsahuje právní úpravu postavení Všeobecné pojišťovny, kontroly nad její činností prováděnou Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem financí, práva a povinnosti ministerstev i pojišťovny v rámci jeho provádění.

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů upravuje vznik, činnost a zánik resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťoven a jejich vztah k Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.

Vyhláška MZ č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, definuje zdravotnické výkony a jejich základní parametry (zejména bodové ohodnocení) pro jednotlivé autorské odbornosti. Slouží zejména pro úhrady ambulantní zdravotní péče. Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, tzv. „Úhradová vyhláška“ – definuje způsob úhrad a regulací za poskytnutou zdravotní péči pro období kalendářního roku. Vyhláška o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely, tzv. „léková vyhláška“ – určuje výši úhrad z veřejného zdravotního pojištění pro vyjmenované léky a potraviny.

Další související vyhlášky:

- 353/2017 Sb., Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018 (stanovuje konkrétní výši úhrad pro daný rok)
- 92/2012 Sb., Vyhláška o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení
- 99/2012 Sb., Vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb
- 55/2011 Sb., Vyhláška o činnostech zdravotních pracovníků
- 618/2006 Sb., Vyhláška, kterou se vydávají rámcové smlouvy (upravuje smluvní vztahy mezi poskytovatelem zdravotní péče a pojišťovnou)

1.2.4 Princip 3E

Princip 3E představuje rozpočtové zásady, kterými se řídí subjekty hospodařící s veřejnými prostředky. Uplatňování tohoto principu má zajistit, aby se veřejné prostředky vynakládaly co nejvíce hospodárně, efektivně a účelně. Tyto principy lze charakterizovat následovně (Šubrtová, 2013):

- a) hospodárnost (economy): zdroje jsou k dispozici ve správnou dobu, v dostatečném množství, v přiměřené kvalitě a za co nejvýhodnější cenu (jsou minimalizovány náklady na zdroje – finanční, lidské, věcné a zároveň je dodržena požadovaná kvalita zdrojů z hlediska potřeb dané činnosti). Jde o kritérium hodnocené na vstupu;
- b) účelnost (efficiency): výsledky odpovídají stanovené a prokázané potřebě, resp. účelu pro který byla služba/projekt/zakázka realizována (jedná se o hodnocení toho, zdali organizace neprodukuje zbytečné, nepožadované nebo nedůležité produkty či jiné užitky, resp. zda-li se vynaloženými náklady dosáhlo optimální míry dosažení účelu). Jde o kritérium hodnocené na výstupu;
- c) efektivnost (effectiveness): je dosažen co nejlepší vztah mezi vynaloženými prostředky a dosaženými výsledky, Týká se vstupů i výstupů, tzn. je dosaženo nejlepších možných výstupů

(v odpovídajícím rozsahu a kvalitě) ve srovnání s objemem prostředků na zajištění těchto výstupů.

Za základní předpis lze v této oblasti označit **zákon č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole ve veřejné správě a o změně některých zákonů (zákon o finanční kontrole)**, který principy 3E definuje v §2, písm. m, n, o.

Pro státní složky je důležitý zákon č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů, který stanovuje, že správce kapitoly soustavně sleduje a vyhodnocuje hospodárnost, efektivnost a účelnost vynakládání výdajů ve své kapitole. Hospodaření územních samosprávných celků je pak samostatně upraveno v zákoně č. 128/2000 Sb., o obcích, který krajům a obcím ukládá povinnost spravovat svůj majetek účelně a hospodárně, v zákoně č. 129/2000 Sb., o krajích, a v zákoně č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů (povinnost plnit své úkoly nejhospodárnějším způsobem, efektivní a ekonomicky účelné využití prostředků zřizovaných organizací), nicméně žádná zákonná norma pro územní samosprávné celky nepracuje s principy 3E v plném rozsahu.

Dále jsou principy 3E zakotveny v zákoně č. 166/1993 Sb., o Nejvyšším kontrolním úřadu (NKÚ). Kontrola vykonávaná NKÚ je zaměřena především na hospodaření se státním majetkem a s prostředky získanými ze zahraničí. NKÚ prověřuje, zda kontrolované činnosti jsou v souladu s právními předpisy, přezkoumává jejich věcnou a formální správnost a posuzuje, zda jsou účelné, hospodárné a efektivní.

1.2.5 Kontrolní orgány v ČR

Na národní úrovni vykonávají kontroly hospodaření s veřejnými prostředky zejména tyto subjekty (Ernst & Young, 2014):

- Nejvyšší kontrolní úřad (NKÚ) na základě zákona č. 166/1993 Sb., o Nejvyšším kontrolním úřadu provádí audity dotačních prostředků z národních zdrojů i ze smíšených zdrojů, s výjimkou dotací poskytovaných územními samosprávnými celky,
- Finanční úřady jsou na základě zákona č. 456/2011 Sb., o finanční správě, zodpovědné za posouzení podezření na porušení rozpočtové kázně a za vyměření předepsaných odvodů a penále v případě porušení dotačních pravidel,
- Auditní orgán (odbor Ministerstva financí) je odpovědný za audity prostředků poskytnutých ČR ze strany EU (viz dotace ex-post),
- Územně samosprávné celky v případě dotací poskytnutých na základě zákona č. 250/2000, o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů. Obce, kraje, hlavní město Praha a jeho městské části a Regionální rady regionu soudržnosti jsou zodpovědní za posuzování podezření na porušení rozpočtové kázně a vymáhání odvodů.

Pro kontroly finančních prostředků z veřejných zdrojů jsou zásadní dva zákony: zákon č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole a zákon č. 255/2012 Sb., o kontrole (kontrolní řád). Dle těchto zákonů postupují zejména poskytovatelé dotací, případně výše uvedené kontrolní orgány.

Součástí kontroly je také externí a interní audit, jehož úkolem je poskytnout nezávislý a objektivní pohled na danou činnost. Externí audit vykonává externí subjekt (auditor, auditorská firma), tento výstup je k dispozici veřejně. V pravidlech dotačních programů bývají stanovené podmínky, kdy je příjemce dotace povinen provést externí audit. Hlavním kritériem ověření bývá většinou výše poskytnuté dotace (Ernst & Young, 2014). Např. MZ ve své Metodice pro poskytování finančních prostředků v oblasti protidrogové politiky (2016) uvádí, že u dotací nad 500 000,- Kč je příjemce

povinen provést revizi nezávislým auditorem nebo auditorskou společností včetně projednání zprávy o revizi nejvyšším orgánem organizace, u MPSV je nutné vyjádření auditora ke způsobu účtování a použití poskytnuté dotace při částce vyšší než 3 mil. Kč (Metodika MPSV pro poskytování dotací ze státního rozpočtu poskytovatelům sociálních služeb, 2018).

Pro systém kontroly vynaložených prostředků je nutné, aby příjemce dotace vedl účetnictví a výkaznictví o klientech a službách v souladu se zákonem č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění jeho pozdějších předpisů a jeho prováděcími předpisy. Účetnictví se musí vést úplně, průkazně a pravdivě.

2

➤ 2

2 Metodika hodnocení nástrojů financování adiktologických služeb

Nástroje využívané pro financování adiktologických služeb, které podrobněji popisuje kapitola 3, byly v rámci komparativní analýzy podrobeny hodnocení. Jedná se o: jednoleté dotace, víceleté financování, dotace ex-post, nákup služeb a platba za výkon.

Tato kapitola popisuje použité postupy hodnocení jednotlivých nástrojů financování. V první řadě byla stanovena základní kritéria, která popisují vlastnosti nástrojů financování. Těm byla přiřazena váha dle důležitosti. Stanovená kritéria se poté hodnotila pomocí Likertovy škály.

2.1 Kritéria hodnocení

Na základě rešerše odborné literatury a expertního posouzení bylo stanoveno sedm kritérií, které byly hodnoceny u jednotlivých nástrojů:

- > Administrativní náročnost
- > Objektivita stanovování výše podpory
- > Transparentnost
- > Stabilita
- > Naplnění principu 3E
- > Kontrolovatelnost a ověřitelnost vynaložených prostředků
- > Flexibilita

Tato kritéria hodnocení popisují klíčové vlastnosti jednotlivých nástrojů financování a de facto určují, jak je který nástroj v praxi s ohledem na stanovené cíle efektivní. V textu níže jsou tato kritéria specifikována.

> **Administrativní náročnost**

Hodnotí se rozsáhlost souboru činností spojených s administrací, a to jak na straně žadatele o finanční prostředky, tak na straně poskytovatele těchto prostředků. Hodnotí se jak velký je rozsah práce, která je s jednotlivými úkony spojena, časové období, které je pro dané úkony vymezeno, obsah jednotlivých úkonů, potřeba personálního zabezpečení (počty pracovníků/úvazků na tuto činnost). Zároveň se hodnotí rozsah procesu spojených s průběhem projednávání a schvalování žádostí, tj. od podání a odeslání žádosti přes nutnou administrativu v průběhu čerpání prostředků, realizace/plnění smlouvy až po vyúčtování a zpracování průběžných a závěrečných zpráv, popř. dalších nutných kroků na obou stranách.

> **Objektivita stanovování výše podpor**

U tohoto kritéria se hodnotí, do jaké míry jsou postupy a metody hodnocení žádostí a stanovování výše podpor postaveny na objektivizovaných kritériích a jak velký význam v těchto procesech mají

subjektivní faktory. Hodnotí se také, zda jsou kritéria a postupy stanovení návrhů výše finančních prostředků předem jasně popsána.

> **Transparentnost**

Hodnotí se srozumitelnost a jednoznačnost jednotlivých kroků procesu pro všechny aktéry (žadatele o finanční prostředky, hodnotitele žádostí, poskytovatele finančních prostředků, kontrolory).

Ze strany poskytovatele finančních prostředků se hodnotí zejména veřejná přístupnost, průhlednost, dostupnost informací a jejich jednoznačný výklad, včasnost jejich zveřejnění např. v případě změn či aktualizací. Ze strany poskytovatele služeb se pak hodnotí možnost dohledu nad regulérností a efektivním vynakládáním veřejných prostředků, úplnost a srozumitelnost v účetnictví a výkaznictví.

> **Stabilita**

Hodnotí se, jak velkou má finanční nástroj oporu v legislativě, a to jak z hlediska definice v jednotlivých právních normách a z hlediska stanovených účelů, práv a povinností, tak z hlediska garance objemu disponibilních prostředků. Dále se hodnotí schopnost nástroje odolávat negativním vnějším faktorům, jakými jsou subjektivní politická rozhodnutí, vliv makro a mikroprostředí, ekonomická recese, deprese či krize.

> **Naplnění principu 3E**

Hodnotí se, zda a do jaké míry je prostřednictvím nástroje možno zajistit či garantovat dodržení pravidel 3E (hospodárnosti, účelnosti, efektivnosti – viz Kapitola 1).

> **Kontrolovatelnost a ověřitelnost vynaložených prostředků**

Hodnotí se, jakým způsobem daný nástroj umožňuje poskytovateli finančních prostředků mít kontrolu nad využitím finanční podpory v souladu se všemi závaznými předpisy. Dále se hodnotí, v jaké fázi celého procesu kontrolu umožňuje – zda již před poskytnutím podpory, v jejím průběhu či až po ukončení podpory, dále jak náročná je administrace kontroly a to jak pro poskytovatele, tak pro příjemce. Hodnotí se také schopnost ověřit využití poskytnutých prostředků v souladu s cílem a účelem podpory.

> **Flexibilita**

Hodnotí se schopnost nástroje reagovat na měnící se potřeby a možnosti zadavatelů a cílových skupin (epidemiologická situace, objem prostředků, cíle a účel). Hodnotí se také schopnost nástroje měnit podmínky poskytnutí podpory s ohledem na požadavky systému zajištění kvality poskytovaných služeb a také schopnost reflektovat změny ve strategických materiálech definujících potřebnost a dostupnost služeb v území.

> **Přenositelnost do protidrogové politiky ČR**

Toto kritérium se týká pouze zahraničních modelů financování (Payment by Results, Payment by Outcomes, vyrovnávací platba) a hodnotí se podmínky pro aplikaci do prostředí ČR.

2.2 Váha kritérií

Komplexní hodnocení vyžadovalo nejprve stanovit váhy jednotlivých kritérií hodnocení, které vyjadřují číselně význam, resp. důležitost těchto kritérií, z hlediska hodnotitele. Čím je kritérium významnější (resp. čím více jej hodnotitel považuje za významné), tím je jeho váha větší. Váhy kritériím přiřadila

expertní skupina, která byla zastoupena jak poskytovateli finančních prostředků, tak jejich příjemci. Váhy byly přiřazeny jednotlivě a anonymně, poté se z výsledků stanovil průměr.

Přiřazené váhy, které slouží jako základ pro výpočet váženého průměru z dotazníkových hodnot, uvádí následující tabulka. Účelem přiřazení vah je stanovení relativní důležitosti a významu jednotlivých kritérií a snaha objektivizovat hodnocení pomocí kritérií (respondenti váhy jednotlivých kritérií neznali).

Tabulka 3 Váhy přiřazené jednotlivým kritériím podle jednotlivých expertních skupin

Kritéria	Přiřazená váha	Expertní vstup 1	Expertní vstup 2	Expertní vstup 3	Expertní vstup 4	Expertní vstup 5	Expertní vstup 6
Administrativní náročnost	13,66	25	15	10	10	15	20
Objektivita stanovování výše podpory	17,41	10	15	20	20	15	20
Transparentnost	13,04	10	15	10	10	10	10
Stabilita	19,29	20	15	30	20	20	10
Naplnění principu 3E	8,66	5	10	5	10	5	20
Kontrolovatelnost a ověřitelnost vynaložených prostředků	13,66	20	15	10	20	20	10
Flexibilita	14,29	10	15	15	10	15	10
Součet vah	100	100	100	100	100	100	100

Zdroj: vlastní zpracování

Dle expertního posouzení byla přiřazena nejvyšší váha kritériu „stabilita“, následně kritériu „objektivita stanovování výše podpory“ a „flexibilita“. Naopak nejmenší váhu přisuzují kritériu „naplnění principu 3E“, a to především z důvodu, že se jedná o administrativně vytvořené kritérium, které na základě zákonné povinnosti musí každý subjekt hospodařící s veřejnými prostředky (pod hrozbou sankcí) dodržovat.

Na základě kalkulace byly jednotlivým nástrojům přiřazeny následující váhy:

Tabulka 4 Váhy přiřazené jednotlivým kritériím expertní skupinou

Kritéria	Váha
Administrativní náročnost	13,66
Objektivita stanovování výše podpor	17,41
Transparentnost	13,04
Stabilita	19,29
Naplnění principu 3E	8,66
Kontrolovatelnost a ověřitelnost vynaložených prostředků	13,66
Flexibilita	14,29
Součet	100

Zdroj: vlastní zpracování

2.3 Sběr a zpracování dat

Sběr dat proběhl v následujících krocích:

- 1) Dotazníkové šetření:

Pomocí dotazníku proběhlo šetření mezi organizacemi poskytujícími služby pro osoby závislé či závislosti ohrožené⁸. Dotazníkem byli osloveni odpovědní představitelé těchto institucí, celkový počet oslovených institucí byl 353. Cílem dotazníkového šetření bylo zjistit, jaké nástroje jsou využívány pro financování adiktologických služeb a ohodnotit je dle zvolených kritérií popsanych v kapitole 2.1. Jelikož se jedná o měkké prvky, pro účely hodnocení musela být zvolena vhodná metoda, která umožní převedení hodnot do jedné škály a porovnání nástrojů mezi sebou. Mezi hlavní výhody dotazníkového šetření patří zejména možnost získání velkého množství informací od různých subjektů s nízkou časovou náročností.

2) Fokusní skupiny:

Dále byly uskutečněny dvě fokusní skupiny neboli skupinové diskuze. Skupinová diskuze je metodou sběru dat, při které výzkumník/moderátor vede a usměrňuje diskuzi k určitému tématu společně s více respondenty. Je to metoda vhodná pro získání většího množství kvalitativních dat v relativně krátkém čase. Její výhodou je, že se účastníci diskuze mohou vzájemně doplňovat, upřesňovat, argumentovat a reagovat navzájem jeden na druhého. Skupinová dynamika rovněž umožňuje získat názory několika lidí najednou, čímž se okamžitě ukazuje míra shody a odlišností v názorech a zkušenostech. Podkladem pro skupinovou diskuzi je předem vypracovaný scénář. Okamžitá zpětná vazba umožňuje otázky moderátora modifikovat a dle potřeby doplňovat.

Jedna skupinová diskuze sestávala z relevantních subjektů státní správy (poskytovatelů finančních prostředků). Druhá fokusní skupina byla zorganizována pro poskytovatele služeb (příjemce finančních prostředků). Při výběru respondentů byla dodržena podmínka, aby v každé ze skupin byla vždy poměrově zajištěna zkušenost se všemi nástroji financování a za každý nástroj financování se zúčastnily nejméně dvě osoby.

Popis jednotlivých kritérií měli k dispozici respondenti dotazníkového šetření i účastníci fokusních skupin. V zájmu zachování objektivit nebyli respondenti dotazníkového šetření ani fokusních skupin seznámeni s váhou jednotlivých kritérií přiřazenou expertní skupinou. Stanovená kritéria respondenti dotazníků a účastníci fokusních skupin hodnotili pomocí škálování. Touto relativně jednoduchou výzkumnou metodou lze zachytit určitý kvalitativní jev v kvantitativní podobě. Použita byla Likertova škála, která je využívána pro určení míry stupně souhlasu či nesouhlasu s tvrzením, se kterým jsou respondenti výzkumu konfrontováni (Rod, 2012). Pro potřeby hodnocení kritérií nástrojů financování byla zvolena stupnice 1–10, kde 1 je nejméně bodů (tzn. nejhorší).

3) Workshop:

V listopadu 2018 byl uspořádán také workshop na téma „Nástroje financování adiktologických služeb“, jehož cílem bylo na jedné straně představit průběžné výsledky analýzy a na straně druhé vytvořit pracovní skupiny, během nichž měli účastníci za úkol diskutovat na téma nástrojů financování a definovat vlastnosti nového – optimálního/ideálního nástroje financování. Anonymně naložované byly tři pracovní skupiny (po 20 osobách) dle předem schváleného klíče (jednu skupinu tvořili poskytovatelé finančních prostředků, druhou jejich příjemci a třetí skupina byla smíšená), aby se zvýšil impakt hodnocení dosažených výsledků, ukázala se názorová pestrost v přístupu k nástrojům financování a zároveň už zde začala první etapa vytváření nového systému financování adiktologických služeb.

⁸ Seznam organizací poskytl Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti.

2.4 Vzorec výpočtu výsledků

Výpočet proběhl dle váženého aritmetického průměru, který poskytuje charakteristiku statistického souboru, ve kterém mají jednotlivá kritéria různou váhu,

$$\bar{x} = \frac{1}{n}(x_1 * n_1 + x_2 * n_2 + \dots + x_k * n_k)$$

$$\bar{x} = \frac{\sum_{i=1}^k x_i * n_i}{\sum_{i=1}^k n_i}$$

kde $\bar{x}$ představuje výsledný vážený průměr, x představuje zvolené kritérium, n představuje přiřazenou váhu jednotlivým kritériím a hodnoty i až k představují počet kritérií.



3 Nástroje financování adiktologických služeb v ČR

Páteř financování adiktologické péče v ČR tvoří v současnosti následující zdroje: veřejné zdravotní pojištění, evropské fondy, dotační programy a příspěvky na úrovni státu (MPSV, RVKPP, případně MZ) a dotační programy a příspěvky samosprávy. Kapitola se zabývá popisem nástrojů: dotace (jednoleté, víceleté a dotace ex-post), nákup služeb a platba za výkon, které jsou popsány dle předem stanovených kritérií (viz kapitola 2.1).

Podíl financování z dalších zdrojů, jako jsou dary, fondy, nadace či přímé platby uživatelů služeb je menšinový a není předmětem popisu v analýze.

V popisu nástrojů se objevují také výroky a závěry ze dvou fokusních skupin.

3.1 Dotace

Dotaci definuje zákon č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech, následujícím způsobem: *dotací se rozumí peněžní prostředky státního rozpočtu, státních finančních aktiv nebo Národního fondu poskytnuté právnickým nebo fyzickým osobám na stanovený účel.*

Jedním ze způsobů, kterým jsou v ČR financovány adiktologické služby, je poskytování účelové dotace,⁹ a to na základě žádosti o poskytnutí dotace ze státního rozpočtu v rámci dotačního řízení vyhlášeném ústředním orgánem státní správy, respektive z rozpočtů samosprávných orgánů veřejné správy – kraje, města či obce. Dotace jsou poskytovány zpravidla na jeden rok, poskytovatelé služeb však mohou při splnění podmínek stanovených v Zásadách pro financování NNO a vnitřních dokumentech resortů požádat některé donátory také o víceleté financování prostřednictvím uzavření smlouvy či memoranda o dlouhodobé spolupráci na realizaci projektu protidrogové politiky.

Aktuálně je síť služeb financována dotacemi z několika zdrojů. Dominantní podíl tvoří právě dotační systém ze státního rozpočtu a rozpočtů samospráv. Některé služby byly a jsou příjemci dotací také v rámci individuálních projektů nebo grantových výzev ESIF administrovaných MPSV, MMR nebo kraji.

Ze zveřejněných informací o dotačních programech lze snadno identifikovat výši podpory jednotlivým programům protidrogové politiky. U finančních prostředků z veřejného zdravotního pojištění, MPSV a Evropského sociálního fondu, které neplánují specificky pro oblast adiktologických služeb, jsou zjistitelné až ex-post komplikovaným způsobem (RVKPP, 2014).

Projekt může být spolufinancován z obecních a krajských rozpočtů, z prostředků evropských fondů a dalších zdrojů, ovšem pokud je financován dotacemi více orgány státní správy, nesmí souběh těchto zdrojů činit více než 70 % celkových rozpočtovaných nákladů projektu, a jen ve výjimečných případech může poskytovatel překročit tento podíl.

V odůvodněných případech může ústřední orgán rozhodnout o poskytnutí dotace až do výše 100 % rozpočtovaných nákladů projektu (viz Zásady pro financování NNO).

⁹ Účelovými dotacemi se rozumí rozpočtové výdaje na programy protidrogové politiky, které jsou plánované a identifikovatelné (Mravčík et al, 2015)

3.1.1 Jednoleté dotace

Jednoleté dotace jsou nejvyužívanějším nástrojem financování adiktologických služeb, pro financování služeb je jako nástroj využívá řada ústředních orgánů státní správy, krajů i větších obcí. Jednoleté dotace se poskytují na základě každoroční žádosti o dotaci, která bývá doplněna o další položky a přílohy dle potřeb jednotlivých správců dotačních titulů. Žádost o dotaci následně prochází posuzovacím a schvalovacím procesem a v případě jejího schválení obdrží příjemce dotaci na příslušný kalendářní rok.

Administrativní náročnost

Administrativní náročnost se hodnotí jak na straně poskytovatele dotací, tak na straně žadatele či příjemce dotací. Hodnotit lze zejména množství a obsah jednotlivých úkonů, které jsou nezbytné pro průběh celého procesu, rozsah prací, které jsou s jednotlivými úkony spojeny, čas či období, které jsou pro dané úkony vymezeny.

Tabulka 5 znázorňuje úkony v jednotlivých fázích dotačního cyklu ze strany příjemce a ze strany poskytovatele dotace.

Tabulka 5 Administrativní úkony podle jednotlivých fází dotačního cyklu ze strany poskytovatele a příjemce dotace

Fáze realizace	Poskytovatel dotace	Příjemce dotace
1. Příprava a vyhlášení dotačního řízení	Stanovení principů a priorit, nastavení podoby předkládání žádostí, vyhlášení dotačního řízení.	-
2. Podání žádosti o dotaci	-	Sestavení a odeslání žádosti včetně příloh formou stanovenou poskytovatelem (elektronicky/písemně).
3. Hodnocení žádostí	Formální kontrola a hodnocení projektu.	Úprava a doplnění žádosti pokud je žadatel vyzván (např. v případě nejasností nebo neúplnosti).
4. Schvalování dotací	Administrace Rozhodnutí*, převod dotací na účty příjemců.	-
5. Realizace projektu	Průběžná kontrola včetně kontrol a rozhodování o změnách v projektech.	Sestavení průběžné zprávy o realizaci (donátorům, kteří to mají v podmínce).
6. Ukončení realizace projektu	Kontrola a administrace vyúčtování, finančních vypořádání dotací a závěrečných zpráv.	Sestavení vyúčtování, finančního vypořádání dotace se státním rozpočtem a závěrečné zprávy.

Zdroj: vlastní zpracování

*Rozhodnutím poskytovatel může žádosti buď vyhovět a dotaci poskytnout v plné výši, nebo žádost zcela zamítnout, anebo dotaci zčásti poskytnout a zároveň žádost ve zbytku zamítnout (Holec et al., 2018).

Časová posloupnost dotačního řízení s sebou nese nutnost zpracovat jednotlivé úkony v přesně vymezených časových obdobích roku. Termíny jsou předem stanoveny a s ohledem na návaznost jednotlivých kroků je nelze překročit.

Z hlediska tohoto kritéria lze říci, že současná praxe aplikace jednoletých dotací s sebou nese vysoké nároky na všechny aktéry zapojené do jejich administrace, a to zejména v některých obdobích kalendářního roku – tvorby žádostí, hodnocení a schvalování či vyúčtování a jejich kontroly. Největší kritika odborníků se však soustřeďuje spíše na rozdíly mezi jednotlivými dotačními tituly, tedy

vícezdrojovost a rozdíly v termínech harmonogramů jednotlivých resortů, které už tak vysokou administrativní náročnost násobí (Richter, 2016).

Toto vyplynulo také z práce fokusních skupin, kdy ve všech sedmi sledovaných kritériích byla nejhůře hodnocena právě administrativní náročnost jednoletých dotací. Účastníci fokusních skupin viděli hlavní problém v roztříštěnosti dat, podmínek i výše zmiňovaného časového nastavení, kdy každý poskytovatel používá jiný formulář, má jinak nastavená pravidla a jinak dotace vypisuje. Zdlouhavý je podle respondentů mnohdy i proces schvalování.

Objektivita stanovování výše podpor

Popis postupů při hodnocení žádosti a rozhodování o výši dotace je ve většině případů obsažen v metodikách či pravidlech jednotlivých dotačních řízení. Má ovšem několik obdobných fází. První fází je kontrola formálních a obsahových náležitostí žádosti (úplnost a správnost). Další fází je hodnocení a posouzení vlastní žádosti, kterou mohou provádět externí hodnotitelé poskytovatelů, nebo je provádí vlastními silami, popř. kombinace obou uvedených postupů. Poslední fází je předložení výstupů z hodnocení a posuzování formálním orgánům (komise, výbory), které doporučují výsledky dotačního řízení (návrhy na výši dotace, někdy včetně jejího analytického členění) orgánům, které rozhodují o přiznání dotace. Poté se uzavře smlouva či vydá Rozhodnutí (Richter, 2016). Každá žádost o dotaci se posuzuje samostatně.

Mimo výše uvedené se hodnotí i úroveň a kvalita zpracování projektu, nakolik projekt směřuje k prioritám stanoveným na příslušný rok (např. MZ, ÚV ČR), a také potřebnost dané služby (MPSV, MZ, ÚV ČR). Pokud byla služba nebo projekt finančně podpořena v rámci dotačního řízení ústředního orgánu v předchozím roce či více letech, nahlíží se rovněž na zhodnocení výstupů realizace projektů, především pak na zúčtování, závěrečnou zprávu o realizaci nebo na vyhodnocení efektivity v rámci dosavadní historie financování. V případě, že v rámci dotačního řízení nejsou vyčerpány všechny finanční prostředky, popř. jsou rozpočtovými opatřeními donorům přiznány další, může být vyhlášeno i druhé, popřípadě třetí kolo dotačního řízení či dofinancování služeb.

Tabulka 6 uvádí pro ilustraci příklady tří poskytovatelů dotací z veřejných prostředků (MPSV, ÚV ČR, MZ), konkrétně kdo v jejich případě vyhodnocuje podané žádosti o dotace, navrhuje a schvaluje výši této dotace a z jakých dokumentů vychází.

Tabulka 6 Příklady hodnocení a schvalování výše dotace u MPSV, ÚV ČR a MZ

Poskytovatel dotace	Hodnotící komise	Schvalování výše dotace	Materiál popisující návrh či výpočet výše dotace
MPSV	Dotační komise pro poskytování neinvestičních dotací ze státního rozpočtu v oblasti sociálních služeb.	Ministr práce a sociálních věcí	Metodika MPSV pro poskytování dotací ze státního rozpočtu krajům a hlavnímu městu Praze a Metodika MPSV pro poskytování dotací ze státního rozpočtu poskytovatelům sociálních služeb a posouzení žádosti o dotaci ze státního rozpočtu v oblasti podpory poskytování sociálních služeb s nadregionální či celostátní působností

Poskytovatel dotace	Hodnotící komise	Schvalování výše dotace	Materiál popisující návrh či výpočet výše dotace
ÚV ČR	Dotační výbor pro poskytování účelových dotací.	Vedoucí Úřadu vlády ČR	Postup stanovení návrhů dotací u projektů podaných do dotačního řízení RVKPP.
MZ	Komise pro přidělování neinvestičních finančních prostředků vyčleněných ze státního rozpočtu na řešení protidrogové politiky MZ.	Ministr zdravotnictví	Metodika pro poskytování finančních prostředků vyčleněných ze státního rozpočtu na realizaci neinvestičních projektů v oblasti protidrogové politiky MZ.

Zdroj: vlastní zpracování

V následujícím textu jsou uvedeny příklady hodnocení a výpočtu návrhu výše dotace zmíněných tří poskytovatelů.

V případě MPSV stanoví výši dotace kraji ministerstvo podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve výši procentního podílu kraje na celkovém ročním objemu finančních prostředků (výše procentního podílu kraje je uvedena v příloze zákona). MPSV pak každý rok vydává novou Metodiku pro poskytování dotací ze státního rozpočtu krajům a hlavnímu městu Praze, která krajům umožňuje použít vlastní transparentní a ověřitelný způsob výpočtu optimálního návrhu finanční podpory poskytovatelům sociálních služeb, popis tohoto způsobu pak musí být součástí žádosti kraje.

V případě, že daný kraj tento způsob nepoužije, musí se řídit postupem uvedeným v metodice. To je také důvodem složitějšího postavení poskytovatelů služeb, kteří je realizují ve více krajích souběžně. Rozdílné přístupy jednotlivých krajů znamenají jiný způsob výpočtu, jiné částky na srovnatelné služby, obvykle také jiný způsob vykazování výkonů a další, opět mnohdy rozdílné administrativní nároky.

Pokud se jedná o službu s nadregionální či celostátní působností financovanou přímo z úrovně MPSV, jsou v Metodice MPSV pro poskytování dotací ze státního rozpočtu poskytovatelům sociálních služeb a posouzení žádosti o dotaci ze státního rozpočtu v oblasti podpory poskytování sociálních služeb s nadregionální či celostátní působností stanovena kritéria¹⁰ pro posouzení žádosti a požadavku na dotaci včetně postupu výpočtu optimálního návrhu finanční podpory služeb pro žadatele o dotaci. Pro účely stanovení výpočtu finanční podpory služeb jsou sociální služby rozděleny do 4 skupin,¹¹ na které je aplikován stejný mechanismus výpočtu.

U služeb sociální prevence a odborného sociálního poradenství je výpočet dotace stanoven jako rozdíl celkových obvyklých (průměrných) nákladů na úvazek pracovníka a povinného podílu spolufinancování služby (zejména z rozpočtů samospráv a jiných veřejných zdrojů).

¹⁰ MPSV má stanovena kritéria hodnocení: formální náležitosti žádosti, věcné hodnocení, kritérium efektivnosti, hospodárnosti a účelnosti a tzv. bonifikační kritérium (na toto kritérium se přihlíží pouze v případě, že pro daný rozpočtový rok nejsou zajištěny dostatečné finanční zdroje, které by nepokrývaly plně uznatelný požadavek žadatelů. Bonifikační kritéria stanovují maximální výši bonifikace, kterou může daná sociální služba získat. Po zhodnocení bonifikačními kritérii budou hodnotitelé případnou žádost o dotaci krátit na základě získaných bonifikačních kritérií).

¹¹ 1. Služby sociální prevence a odborného sociálního poradenství – ambulantní a terénní forma služby, 2. služby sociální péče – ambulantní a terénní forma, 3. služby sociální prevence – pobytová a ambulantní forma služby s lůžkovou kapacitou a 4. služby sociální péče – pobytová forma služby)

U služeb sociální prevence (ambulantní a terénní forma) je to rozdíl celkových obvyklých nákladů na úvazek pracovníka a kromě povinného podílu spolufinancování služby také úhrady od uživatelů služby (obvyklé, průměrné).

U pobytových služeb se ve výpočtu zohledňuje (odečítá) kromě případné úhrady od uživatelů služeb a povinného spolufinancování služby také úhrada za poskytovanou zdravotní péči z veřejného zdravotního pojištění (ošetřovatelská a rehabilitační péče).

ÚV ČR má popis postupu stanovení návrhů dotací u projektu podaných do dotačního řízení RVKPP zveřejněn na internetových stránkách¹². Filosofie komplexního hodnocení projektů vychází ze snahy co možná v nejvyšší míře objektivizovat vstupní data. Hodnocení má několik na sebe navazujících kroků, přičemž v některých získává projekt bodové ohodnocení (hodnocení kvality projektu, hodnocení naplnění priorit dotačního řízení, hodnocení míry potřebnosti a dostupnosti projektu, hodnocení nákladové efektivity projektu). Některé posuzování není ohodnoceno body (hodnocení rozpočtu projektu a splnění podmínek dotačního řízení). Celkový objem žádostí o dotace téměř vždy překračuje dostupný objem finančních prostředků, proto je nutné rozpočty obsažené v žádostech krátit. Podle celkového počtu bodů, získaných v rámci hodnocení, jsou projekty rozděleny do 5 stejně početných skupin od nejmenšího po nejvyšší bodové ohodnocení. Každá skupina má svůj koeficient krácení (RVKPP, 2017). Tento systém umožňuje vzájemné srovnání kvality a efektivity projektů mezi sebou.

Ministerstvo zdravotnictví nemá ve své Metodice zveřejněn mechanismus výpočtu dotace, pouze obecná kritéria, která musí žádost splňovat (soulad s cíli dotačního programu a relevantnost aktivit v rámci národní protidrogové politiky, úroveň a kvalitu zpracování projektu, reálnost stanovených cílů projektu, aktuálnost a potřebnost řešení daného problému, efektivitu a udržitelnost projektu, přiměřenost požadovaných finančních prostředků).

Do financování adiktologických služeb vstupuje také vyrovnávací platba a mechanismus jejího výpočtu, který se mezi jednotlivými kraji liší. Určité možnosti metody stanovení vyrovnávací platby jsou naznačeny ve Sdělení komise o použití pravidel EU v oblasti státní podpory na vyrovnávací platbu (dále „VP“) udělenou za poskytování služeb obecného hospodářského zájmu (dále „SOHZ“) ve spojení s Rámcem EU pro státní podporu ve formě VP (Zuska, 2015a). Mechanismus výpočtu VP na příslušnou sociální službu je uveden v Pověření MPSV k poskytování SOHZ (Metodika MPSV, 2018).

Z veřejně dostupných informací lze usoudit, že obecná struktura procesu hodnocení žádostí (zda je projekt v souladu s cíli a prioritami programu, zda je nákladově přiměřený a efektivní, externí hodnocení apod.) je v mnoha ohledech podobná. Rozdíly v rámci hodnocení žádostí a rozhodování o výši však lze spatřovat např. ve způsobu stanovování konečného návrhu dotace, v různých konkrétních hodnotících indikátorech a kritériích, ve zveřejňování těchto postupů, kritérií a výsledků (Richter, 2016). Příjemce také předem neví, jaká bude konkrétní výše dotace jednotlivých donátorů.

Řada kritérií se jeví jako objektivní a jsou nezávislá na subjektivním pohledu hodnotitelů (dodržení formálních a obsahových náležitostí, bodové hodnocení RVKPP), některá však zůstávají spíše subjektivní (úroveň a kvalita zpracování projektu), zachování jisté míry objektivity a rovného přístupu pak závisí na kvalitě a jednoznačnosti metodiky hodnocení a na odbornosti a zkušenostech hodnotitelů.

Flexibilita

¹² www.dotace-drogy.vlada.cz

Jednoleté dotace jsou vzhledem ke svému jednoletému cyklu nejflexibilnějším nástrojem, o to méně ale stabilním. Výhodou je, že se mohou každoročně měnit podmínky a priority dle potřeby. Mohou být vyhlášena mimořádná dotační řízení na určenou oblast protidrogové politiky v průběhu roku v případě, že zbývají nevyčerpané finanční prostředky.

U flexibility poskytování dotací se hodnotí zejména, do jaké míry je poskytovatel veřejných finančních prostředků schopen pružně a) reagovat na aktuální potřeby a změny prostředí, např. změny v realizaci konkrétní služby či projektu v období, na které je podpořil, b) měnit podmínky poskytnutí podpory s ohledem na požadavky systému zajištění kvality, c) reflektovat změny ve strategických materiálech definujících potřebnost a dostupnost služeb v území.

- aktuální potřeby a změny prostředí, např. změny v realizaci konkrétní služby či projektu v období, na které je poskytovatel dotací podpořil

Každý donátor si stanovuje priority na daný rok, včetně uznatelných a neuznatelných nákladů služby, poskytnuté dotace jsou účelově vázány na konkrétní službu či projekt v předem stanoveném rozsahu činností, nicméně změny v průběhu roku, které by byly schopny reagovat např. na náhlé zhoršení epidemiologické situace či změnu legislativy v oblasti mezd a platů, jsou možné a běžně využívány. Flexibilita v tomto ohledu se u jednotlivých donátorů liší a více kol dotačních řízení v jednom kalendářním roce není výjimkou (RVKPP, MPSV).

- schopnost měnit podmínky poskytnutí podpory s ohledem na požadavky systému zajištění kvality

Adiktologické služby mají splňovat nároky dobré praxe podložené výzkumem (Miovský et al. 2013). Kvalita v adiktologických službách je hodnocena třemi institucemi¹³. Poskytovatelé adiktologických služeb jsou tak mnohdy vázáni dvěma a více způsoby provádění kontroly kvality služeb, které se různí. Ovšem získání certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog (RVKPP) je nezbytnou podmínkou pro získání dotace ze státního rozpočtu pouze u ÚV ČR a některých krajů (Černíková et al., 2017).

Vliv Standardů kvality sociálních služeb¹⁴ na kvalitu služeb není patrný vzhledem k relativní obecnosti z hlediska odborného zaměření (Mravčík et al., 2010). Tato obecnost kritérií podle MPSV je však nezbytná pro to, aby standardy byly použitelné pro všechny sociální služby bez ohledu na jejich charakter, velikost či právní formu zařízení. Národní strategie rozvoje sociálních služeb (2016–2025) uvádí, že v současné době není přímá vazba mezi kvalitou poskytovaných sociálních služeb a objemem poskytovaných prostředků. V následujících letech se při zachování současného počtu inspektorů předpokládá cca 360 inspekci za rok (v r. 2013 jich proběhlo 345, v r. 2014 pak 362), což je nedostačující počet vzhledem k celkovému počtu sociálních služeb (5357).

- schopnost reflektovat změny ve strategických materiálech definujících potřebnost a dostupnost služeb v území

¹³ 1. MPSV v případě registrace zařízení jako sociální služby (Standardy kvality sociálních služeb a Inspekce poskytování sociálních služeb), 2. MZ při registraci jako zdravotní služby (Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb), 3. RVKPP Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby a Certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog.

¹⁴ Tyto standardy jsou doporučované MPSV od r. 2002, závazným právním předpisem se staly od r. 2007. Znění kritérií Standardů je obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Standardy kvality sociálních služeb jsou závazné pro většinu nezávadných adiktologických služeb, které dle zákona spadají do sociálních služeb.

U sociálních služeb jsou finančně podporovány pouze služby, které jsou součástí střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb krajů a v nich obsažených sítí sociálních služeb – výjimku tvoří sociální služby s celostátní působností¹⁵ (Metodika MPSV, 2017). Kraje mají povinnost vytvářet sítě sociálních služeb, obce mají povinnost předávat kraji relevantní informace pro tvorbu sítě a kraj má povinnost tyto informace zohledňovat. Přístupy k tvorbě sítě služeb na území kraje se liší (Hanzlík, 2018). Krajské sítě sociálních služeb a jejich kapacity jsou minimálně jednou za rok revidovány, ať už na základě vlastní analytické práce krajů nebo na základě podnětů a žádostí poskytovatelů a uživatelů služeb.

Pro plánování zdravotních služeb neexistuje jednotná metodika (např. Ministerstva zdravotnictví), nicméně velká část krajských strategických dokumentů v této oblasti (např. Strategie rozvoje zdravotnictví Středočeského kraje nebo Koncepce zdravotnictví Královéhradeckého kraje) má podobný obsah i strukturu jako dokumenty pro plánování sociálních služeb. Nástroji pro vytváření sítě služeb jsou zdravotně pojistné plány a smluvní sítě zdravotních pojišťoven (Hanzlík, 2018).

Propojitelnost jednoletých dotací s kvalitou a plánováním služeb tedy záleží převážně na konkrétním poskytovateli finančních prostředků a jeho podmínkách.

Poskytovatelé finančních prostředků během fokusních skupin zmiňovali, že flexibilita u jednoletých dotací není problém, v tomto krátkém časovém rozpětí lze dotaci dobře nastavit a zachovat. Příjemci dotací pak uváděli, že se musí dobře naplánovat jednotlivé položky rozpočtu, jinak musí být dotace vrácena a že na daný rok stanovená výše dotace neumožňuje reflektovat změny, ke kterým v tomto roce dojde.

Stabilita

U stability se hodnotí především, jak velkou má tento finanční nástroj oporu v legislativě, a to jak z hlediska definice v jednotlivých právních normách a z hlediska stanovených účelů, práv a povinností, tak z hlediska garance objemu disponibilních prostředků. Dále se hodnotí schopnost nástroje odolávat negativním vnějším faktorům, jakými jsou subjektivní politická rozhodnutí, vliv makro a mikroprostředí, ekonomická recese, deprese či krize.

> Stabilita alokace celkového objemu finančních prostředků na dotační řízení:

Stabilitu dotačního systému ovlivňuje několik faktorů: ustanovení příslušných zákonů, politické vnímání významu a potřeby konkrétních dotačních řízení, vázanost strategickými materiály, resortní priority a také kvalita administrativního aparátu na jednotlivých úrovních veřejné správy.

Dotační systémy se ukazují být jedním z nejzranitelnějších systémů financování. V době ekonomické krize v letech 2010 – 2011 bylo možné pozorovat zvýšené diskuse o prioritách nebo kritériích dotační podpory službám pro uživatele drog v dotačních programech jednotlivých resortů. Tyto dotace byly jednou z prvních položek, které vláda ve státním rozpočtu krátila nebo rušila (Mravčík et al., 2011).

V případě dotačních řízení pro adiktologické služby nepřispívá ke stabilitě ani fakt, že na rozdíl od služeb zdravotních či sociálních nemají adiktologické služby, jejich potřebnost a financování, přímou

¹⁵ Existuje možnost podpořit ze strany obcí i sociální služby, které nejsou zcela, nebo částečně podpořeny z výše uvedených zdrojů, respektive nejsou zařazeny v krajské nebo národní síti služeb. V takovém případě ovšem obec musí mít svou vlastní síť služeb, která vychází ze Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb (dále SRPSS), a který je v souladu se zákonem o sociálních službách, mít nastavený způsob zařazování do sítě, způsob konstrukce vyrovnávací platby.

oporu ve své vlastní zákonné úpravě. Některé typy těchto služeb jsou uvedeny v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

➤ Stabilita pro poskytovatele služby:

Z pohledu příjemců dotací/poskytovatelů služeb představuje dotační systém jistou míru nejistoty, kterou vyjadřuje každoročně se měnící objem finančních prostředků alokovaných na konkrétní dotační titul, dotační systém (není garantována opakovaná podpora projektu/službě v jednotlivých letech), měnící se výše podpory konkrétním službám každý rok apod. Problémem je také velmi pozdní zveřejnění výsledků dotačního řízení a pozdní převod finančních prostředků na účty příjemců, z čehož vyplývá vysoká právní a finanční nejistota pro organizace a jejich fungování (Richter, 2016). Vzhledem k výše uvedeným argumentům je třeba usilovat o zvýšení stability směrem k příjemcům dotací, např. formou víceletého financování nebo vytvářením minimální sítě služeb (viz kapitola č. 3.1.2. – víceleté financování).

Problémem může být i případ, kdy je podán projekt, který ale obsahuje administrativní (nikoli věcné) nedostatky či chyby. Pokud neexistuje opravný mechanismus, projekt může být z dotačního řízení vyřazen z důvodu administrativního pochybení, a pak je obtížné získat „náhradní“ finanční prostředky v jiném řízení.

Kontrolovatelnost a ověřitelnost vynaložených prostředků

Za účelem kontroly prostředků vynaložených prostřednictvím dotací byla v ČR zřízena celá řada institucí na národní úrovni. První úroveň kontroly zajišťuje poskytovatel dotace. Poskytovatel dotace může provádět kontrolu administrativní, tj. na základě dokladů zaslaných příjemcem dotace, dále je prováděna tzv. kontrola na místě, tedy přímo v místě realizace projektu. Druhý stupeň kontroly pak obvykle vykonávají nezávislé národní orgány na základě příslušných zákonů nebo pravidel dotačního programu (Ernst & Young, 2014). Tato analýza se zaměřuje na kontrolu a ověřování vynakládání prostředků ze strany příjemců podpory; kontrolou poskytovatelů finančních prostředků se zabývá pouze okrajově (viz podkapitola 1.1.5).

Kontrolu a ověřitelnost vynakládání finančních prostředků lze rozdělit do tří fází: před poskytnutím podpory, v jejím průběhu a po ukončení podpory.

1) Před poskytnutím podpory:

U jednoletých dotačních řízení probíhá ve fázi před poskytnutím podpory kontrola rozpočtu přiloženého k žádosti o dotaci, především se ověřuje soulad plánovaných aktivit projektu s plánovanými náklady projektu a s cíli dotačního programu, s předpisy nebo jinými rozhodnutími o nakládání s prostředky (např. každý poskytovatel stanovuje ve svých materiálech uznatelné/neuznatelné náklady) a přiměřenost požadovaných finančních prostředků.

2) Během realizace projektu:

Během realizace projektu někteří donátoři požadují předložení průběžné zprávy o realizaci projektu/programu, na který mu byla poskytnuta dotace. Příjemce je také povinen vést účetní evidenci a v případě změn informovat poskytovatele dotace. Poskytovatel dotace může v průběhu realizace uskutečnit kontrolu za účelem přezkoumání finančních a majetkových operací a dodržení podmínek pro čerpání dotace včetně věcného plnění, a to formou kontroly na místě nebo vyžádáním potřebných dokumentů.

3) Po ukončení podpory:

Po ukončení podpory je pak příjemce povinen předložit v řádném termínu vyúčtování dotace, provést vratku nevyčerpaných finančních prostředků a doložit další potřebné dokumenty. Nevyužité prostředky je povinen vrátit do státního rozpočtu: v případě, že je zřizovatelem obec nebo kraj, provádí se vypořádání se státním rozpočtem prostřednictvím zřizovatele a případná vratka je převedena na účet kraje.¹⁶ Poskytovatelé dotací poté musí provést administrativní kontrolu předložených dokumentů. Následně probíhají veřejnosprávní kontroly na místě (ex-post).

Odhalení nesrovnalosti v předložených dokumentech a v realizaci projektu může vést k sankcím, např. za porušení rozpočtové kázně. Za porušení rozpočtové kázně se považuje neoprávněné použití nebo zadržení finančních prostředků příjemcem.

Kontrolu realizace projektu a čerpání finančních prostředků u příjemců dotací mohou také provádět externí kontrolní orgány, např. Ministerstvo financí, Finanční úřad a Nejvyšší kontrolní úřad.

Naplnění principu 3E

Správce kapitoly (tj. jednotlivé organizační složky státu, které vyhláší dotační řízení) nesou zákonnou odpovědnost (viz kapitola 1.1.4.) za sledování a vyhodnocování principu 3E. V posledních letech se zvyšuje tlak nejen na hodnocení principu 3E u jednotlivých podporovaných projektů, ale i na vyhodnocování vyhlášených dotačních programů jako celku. Hodnocení hospodárnosti, účelnosti a efektivnosti celých dotačních titulů je specifickou oblastí, kterou se tato analýza nezabývá.

K uplatnění pravidel 3E dochází ve fázi hodnocení podaných žádostí o dotaci. Konkrétní příklad uplatnění 3E ve fázi hodnocení žádostí o dotaci (z veřejně dostupných metodik) byl identifikován u dotačního řízení RVKPP:

- hospodárnost – k hospodárnosti je vztažena kvalita projektu ve vztahu k nákladové efektivitě projektu (a také účelnosti),
- účelnost – je sledována pomocí hodnocení naplnění priorit dotačního řízení a zhodnocení míry potřebnosti a dostupnosti služby,
- efektivnost – je sledována pomocí hodnocení nákladové efektivity, tzn. poměr mezi vstupy (náklady) a výstupy (počet provedených výkonů a intervencí) projektů.

Součástí hodnocení, a to u všech dotačních řízení, je kontrola jednotlivých položek rozpočtu projektu, které se kontrolují z hlediska cenové přiměřenosti (hospodárnost) a účelnosti (relevantnost ve vztahu k činnostem a cílům projektu).

V dalších metodikách je nejčastěji uvedena pouze obecná podmínka jak pro poskytovatele, tak pro příjemce dotace dodržovat principy 3E.

V další fázi – realizace projektu, mají příjemci dotací povinnost při čerpání finančních prostředků dotace dodržovat pravidla 3E. Dodržení 3E na straně příjemce dotace kontroluje poskytovatel dotace nebo další kontrolní orgány v rámci veřejnosprávních kontrol (nejčastěji se dokládá provedeným průzkumem trhu, dodržováním zákona o veřejných zakázkách, kontroloři na místě hodnotí relevantnost výdaje k aktivitám a cílům projektu), dále může vyzvat příjemce dotace k prokázání splnění 3E např. tím, že výše daného výdaje je v čase a místě obvyklá, nebo je to vyžadováno při

¹⁶ Vyhláška č. 367/2015, Sb. o zásadách a lhůtách finančního vypořádání vztahů se státním rozpočtem, státními finančními aktivy a Národním fondem (vyhláška o finančním vypořádání).

vyúčtování dotace (např. u MZ¹⁷ závěrečná zpráva *by měla* obsahovat informace o realizaci projektu, efektivnosti a účelnosti).

Obecný postup pro posuzování dodržení výše uvedených principů není možné jednoznačně definovat (Ernst & Young, 2014).

Transparentnost

Transparentnost u poskytování dotací lze hodnotit jak ze strany poskytovatele finančních prostředků, tak ze strany poskytovatele služeb. U poskytovatele služeb spočívá především ve vedení dostatečně jasného a úplného účetnictví a výkaznictví. U poskytovatele finančních prostředků spočívá transparentnost ve zveřejňování a dostupnosti informací, které lze u dotací (jednoletých, víceletých i ex-post) rozdělit do tří fází: vyhlašování výzev, hodnocení projektu a výsledky hodnocení a výběru projektu.

1) Fáze vyhlašování výzev:

V této fázi poskytovatel finančních prostředků zveřejní výzvu k podání žádosti o poskytnutí dotace. Obsahem výzvy je její věcné zaměření, okruh oprávněných žadatelů o dotaci, lhůta pro podání žádosti, popřípadě další požadavky, které žadatel o dotaci musí naplnit. Poskytovatelé zveřejňují také metodiku pro poskytování finančních prostředků (v případě ÚV ČR Směrnici), která obsahuje mimo jiné uznatelné a neuznatelné náklady.

2) Fáze hodnocení projektu:

Někteří poskytovatelé zveřejňují metodiku hodnocení postupu, zpravidla však bývají uvedena pouze obecná kritéria hodnocení a postup návrhu výše dotace.

3) Výsledek hodnocení a výběru projektu:

Poskytovatelé finančních prostředků předávají ke zveřejnění veškeré dokumenty a údaje rozhodné pro poskytování dotací Ministerstvu financí. Ministerstvo je zveřejňuje na svých internetových stránkách. Informační systém *DotInfo*, umožňuje vyhledávání dotací a návratných finančních výpomocí ze státního rozpočtu ČR a má pouze informativní charakter. Druhým systémem, který však není veřejně přístupný a vkládá se do něj také čerpání dotací, je *Centrální evidence dotací* – CEDR III, kterou vede Generální finanční ředitelství (také pod Ministerstvem financí). Tyto údaje vkládají přímo poskytovatelé (Ministerstva, fondy, atd.) bez zásahu Generálního finančního ředitelství a jsou odpovědní za to, aby údaje byly správné, přesné a úplné. V systému DotInfo jsou rovněž k nalezení přílohy včetně Rozhodnutí o poskytnutí dotace.

Důležitá změna přišla s novelou zákona o rozpočtových pravidlech, kdy musí poskytovatelé finančních prostředků ze státních zdrojů zdůvodnit a vydat také rozhodnutí o neposkytnutí dotace či poskytnutí nižší částky, než která je uvedena v žádosti o dotaci. Pokud je poskytovatelem dotace kraj nebo obec, je povinen (ze zákona o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů) v případě nevyhovění žádosti sdělit žadateli důvod nevyhovění.

Výsledky jednotlivých dotačních řízení a seznam podpořených projektů jsou ve většině případů uvedeny také na internetových stránkách samotných poskytovatelů finančních prostředků (např. ÚV ČR, MPSV, MZ).

¹⁷ Metodika pro poskytování finančních prostředků na realizaci neinvestičních projektů v oblasti protidrogové politiky Ministerstva zdravotnictví.

3.1.2 Víceleté financování

Dle rozpočtových pravidel lze dotaci udělit na jeden kalendářní rok, nicméně pokud daná NNO, popř. jinak definovaný oprávněný žadatel, naplňuje priority schválené vládou a splňuje stanovené transparentní a veřejné podmínky výběru, může s ním ústřední orgán uzavřít smlouvu o dlouhodobé spolupráci (ÚV ČR, MSp). MŠMT jako jediný resort podporuje víceleté projektování a do r. 2018 uzavíralo memorandum o dlouhodobé spolupráci také Ministerstvo zdravotnictví.

Kraje od víceletého financování ustupují – v r. 2017 bylo využíváno pouze v Praze v rámci *Grantového programu hlavního města Prahy pro oblast adiktologických služeb pro rok 2017* (Černíková et al., 2018).

Přechod na víceleté financování sociálních služeb plánuje MPSV. Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025 uvádí, že MPSV připraví návrh, jak toto víceleté financování zajistit. Uvádí také, že v současnosti se jeví jako nejvhodnější např. změna dotačních prostředků ze státního rozpočtu z nenárokových finančních transferů na nárokové (mandatorní) výdaje anebo zajištění financování formou zřízení účelového státního fondu, který bude generovat finanční prostředky na více let dopředu. Mimo to bude nutné také rozvíjet systém tzv. pověření k výkonu služeb v obecném hospodářském zájmu, které budou poskytovat kraje poskytovatelům sociálních služeb až na deset let. Toto opatření by mělo poskytovatelům sociálních služeb zajistit větší stabilitu a naplnit nutný požadavek na větší provázání v oblasti plánování a financování služeb. Nastavení financování sociálních služeb nadregionálního charakteru (poskytovatelem dotace je MPSV, nikoliv kraj) je samostatným tématem. Mají být nastaveny podmínky pro financování těchto služeb shodně jako na krajské úrovni, tedy formou pověření a vyrovnávací platby, přičemž pověření bude v tomto případě vydávat MPSV.

Administrativní náročnost

Snížení administrativní zátěže bylo jedním z hlavních důvodů pro zavedení institutu memorand či smluv o dlouhodobé spolupráci, jak na straně poskytovatelů dotací, tak na straně jejich příjemců. V praxi k tomuto zjednodušení v současné době nedochází a tento nástroj slouží spíše ke zvýšení stability.

Následující Tabulka 7 demonstruje administrativní úkony poskytovatele a příjemce dotace dle jednotlivých fází dotačního řízení.

Tabulka 7 Administrativní úkony podle jednotlivých fází dotačního cyklu ze strany poskytovatele a příjemce dotace

Fáze realizace	Poskytovatel dotace	Příjemce dotace
1. Příprava a vyhlášení dotačního řízení	Stanovení principů a priorit, nastavení podoby předkládání žádostí, vyhlášení dotačního řízení (pouze první rok).	-
2. Podání žádosti o dotaci	-	Pouze první rok, záleží na administrátorovi, v dalších letech se ve většině případů podává pouze zjednodušená žádost (např. v případě žádosti o navýšení prostředků).
3. Hodnocení žádostí	Hodnocení by mělo být výrazně zjednodušené (hodnotí se žádosti např. o navýšení).	Úprava, doplnění, pokud je žadatel vyzván v případě nejasnosti, neúplnosti žádosti.

Fáze realizace	Poskytovatel dotace	Příjemce dotace
4. Schvalování dotace	Administrace Rozhodnutí, převod finančních prostředků na účet příjemců.	-
5. Realizace projektu	Průběžná kontrola, žádosti o změnu v projektech.	Sestavení průběžné zprávy o realizaci (donátorům, kteří toto mají v podmínce).
6. Ukončení realizace projektu	Kontrola a administrace vyúčtování a finančních vypořádání dotací.	Sestavení vyúčtování a finančního vypořádání dotace se státním rozpočtem (každý rok). Sestavení závěrečné zprávy (donátorům, kteří to mají v podmínce).

Zdroj: vlastní zpracování

Zásady vlády pro financování NNO (v příloze č. 2 Smlouva o dlouhodobé spolupráci) umožňují předkládat zjednodušenou žádost o dotaci včetně upřesněného rozpočtu. Podmínkou zůstává předložení vyúčtování a závěrečné zprávy o realizaci ve stanovených termínech. Také Rozhodnutí o poskytnutí neinvestiční dotace se vydává každý rok.

Pokud si příjemce žádá o navýšení finančních prostředků, je žádost posuzována samostatně a rovněž se vydává Rozhodnutí či dodatek k Rozhodnutí. V případě, že si poskytovatel služeb nežadá o navýšení rozpočtu, je administrativní náročnost nižší zejména pro poskytovatele finančních prostředků, jelikož se projekt nemusí posuzovat samostatně.

I zde platí, že administrativní náročnost plyne především z vícezdrojového dotačního systému, zejména proto, že se odlišují podmínky dotačních řízení jednotlivých resortů. Průměrná služba podá během roku na centrální úroveň tři a více žádostí a následně tři a více vyúčtování. Další žádost či žádosti podává na příslušný kraj a další na obce. Nemalá část vydaných prostředků tak míří do administrativy (Nerud et. al, 2016).

Objektivita stanovování výše podpor

Systém stanovování výše podpory je totožný s jednoletými dotacemi. Rozdíl je v tom, že u Smlouvy či Memoranda o dlouhodobé spolupráci je garance příjmu určité finanční částky na několik let předem (viz dále kritérium stabilita). Pouze pokud si poskytovatel služby žádá o navýšení rozpočtu na následující kalendářní rok, posuzuje se žádost o navýšení samostatně, nikoliv však v rozsahu hodnocení komplexní žádosti.

Konkrétní výše poskytnuté dotace je i u víceletých dotací ovlivněna celkovým objemem finančních prostředků, které jsou pro daný rok k dispozici ze státního rozpočtu, nicméně poskytovatel má při splnění podmínek smluvně zajištěnou garantovanou výši podpory.

Flexibilita

Na rozdíl od jednoletých dotačních řízení není financování pomocí víceletých smluv či memorand tolik flexibilní. Flexibilita závisí na podmínkách nastavených ve smlouvě jednotlivých donátorů, nicméně i zde obvykle platí, že poskytovatel služby může požádat o změnu v rozpočtových položkách, což zaručuje určitou míru flexibility. Donátor rovněž může nastavit podmínky a možnosti navýšení či snížení finančních prostředků během roku, např. při změnách v epidemiologické situaci.

Propojení s kvalitou služeb obdobně jako u jednoletých dotací závisí na poskytovateli dotací a jeho podmínkách (např. certifikace RVKPP).

Stabilita

➤ Stabilita alokace celkového objemu finančních prostředků na dotační řízení:

Smlouvy nebo memoranda o dlouhodobé spolupráci, víceleté projektování apod. jsou nástroje, které jsou součástí jednotlivých dotačních řízení/titulů. Uzavřené smlouvy nebo memoranda v rámci dotačních systémů nemají charakter mandatorních výdajů státního rozpočtu, nicméně znamenají jistý závazek pro poskytovatele dotace, který může následně sloužit jako argument při vyjednávání rozpočtu dotačního titulu. Přesto se i zde na stabilitu objemu finančních prostředků na dotační tituly vztahuje stejný komentář jako v části jednoleté dotace (viz kapitola 2.1.1).

➤ Stabilita pro poskytovatele služby:

Ani uzavřené smlouvy nebo memoranda o dlouhodobé spolupráci, ani zařazení do sítě (u sociálních služeb), ani víceleté projektování nedávají poskytovateli služeb právní garanci, že z veřejných zdrojů obdrží ve víceletém období konkrétní výši finanční podpory, dávají ale určitou míru jistoty, že se s ním v rámci systému počítá a že bude v rámci tohoto systému financován.

Výše konkrétní podpory je ve smlouvách/memorandech uvedena, ale v jednotlivých letech se může měnit, a to v závislosti na celkové výši finančních prostředků alokovaných na konkrétní dotační titul. O této každoroční nejistotě svědčí i ustanovení v konkrétních smlouvách: např. MSp se ve smlouvě zavazuje k podporování projektu po dobu trvání smlouvy do výše 70 % oprávněných nákladů projektu. V případě snížení příslušných rozpočtových položek na dotační program v rozpočtu MSp o více než 5 % tuto povinnost nemá, Úřad vlády ČR tuto povinnost nemá, pokud tento meziroční pokles bude vyšší než 10 %.

Kraje od víceletého financování ustupují. Zatímco např. v r. 2016 bylo víceleté financování využito ve třech krajích, v r. 2017 je využíváno pouze v Hl. m. Praze v rámci „Grantového programu hlavního města Prahy pro oblast adiktologických služeb pro rok 2017“, což je jeden z pěti grantových programů Hl. m. Prahy určených pro financování služeb. U projektů, které byly v rámci předchozích let financovány (v jednoletém nebo víceletém systému financování) a jsou tím pádem pro hl. m. Prahu ověřené, je nezbytné zachovat kontinuitu jejich realizace, a jsou proto řazeny do čtyřletého financování. V případě, že je žádost o čtyřleté financování služby schválena Zastupitelstvem hl. m. Prahy, uzavírá se smlouva o poskytnutí dotace na následující čtyři roky. Výplata dotace pak probíhá každý rok po předložení zprávy o realizaci projektu a vyúčtování příslušného roku. V odůvodněných případech je možné každoročně žádat o navýšení dotace (Černíková et al., 2018).

Specifická situace panuje v oblasti sociálních služeb: kraje a MPSV vytvářejí sítě veřejně poskytovaných sociálních služeb, do kterých zařazují vybrané sociální služby v potřebných kapacitách. Zařazení do sítě nedává poskytovateli právní garanci, že bude trvale financován, ale určitou míru jistoty, že se s ním bude v rámci systému počítat, má tedy podobný dopad na stabilitu jako víceleté financování.

Kritéria **Kontrolovatelnost a ověřitelnost vynaložených prostředků, Naplnění principu 3E**

a Transparentnost lze hodnotit stejně jako v případě jednoletých dotací a platí pro ně tedy komentář uvedený v daných kritériích v kapitole 2.1.1. Rozdíl je pouze při popisu kritéria Transparentnost. Zde je

nutno doplnit informaci o povinnosti zveřejňovat smlouvy¹⁸. Ty, jejichž hodnota přesahuje 50 000 Kč, musí být uvedeny v registru smluv¹⁹.

3.1.3 Dotace ex-post

Dotace ex-post je jedním z nástrojů, které používají pro financování projektů Evropské strukturální a investiční fondy. Převážně je používán v rámci Evropského fondu pro regionální rozvoj Evropský sociální fond (ESF), který je jedním z pěti strukturálních a investičních fondů Evropské unie a z jehož prostředků jsou nejčastěji financovány projekty sociálních služeb včetně adiktologických. ESF využívá s ohledem na potřebu minimalizovat riziko tržního selhání kombinaci zálohy a ex-post financování. Jeho hlavním posláním je rozvíjení zaměstnanosti, snižování nezaměstnanosti, podpora sociálního začleňování osob a rovných příležitostí se zaměřením na rozvoj trhu práce a lidských zdrojů. Aktuálně platné programové období ESF je 2014–2020, ve kterém má tři Operační programy. K financování adiktologických služeb byl v krajích od r. 2016 využíván pouze Operační program Zaměstnanost, za jehož administraci nese odpovědnost MPSV. Projekty financované z ESF jsou spolufinancovány povinným podílem států a krajů, který se liší v závislosti na regionu a na charakteru subjektu a činnosti příjemce (Černíková et al., 2016).

U dotací ex-post jsou na základě smlouvy mezi poskytovatelem dotace a příjemcem propláceny finance po ukončení realizace předmětu smlouvy či její části. Z Evropského sociálního fondu se financuje rozvoj a inovativní účely, nikoli běžné/základní činnosti služeb. Primárně je takovéto financování určeno ke zvýšení kvality služby, popř. rozšíření kapacity a stávající podoby, a to na předem definovaný časový úsek, následné financování se předpokládá z jiných zdrojů. Rozdíl oproti předchozím dotačním řízením je především v cílech, východiscích a šíři cílových skupin, dále také v délce, způsobu administrace projektů, průběžném monitoringu, víceletosti a distribuci prostředků (Černíková et al., 2016).

Dle dostupných údajů bylo v r. 2013 v rámci tří grantových výzev MPSV poskytnuto celkem 110 mil. Kč na programy podpory zaměstnanosti osob s problémy s užíváním návykových látek.²⁰ Podíl prostředků evropských fondů na celkovém financování adiktologických služeb v letech 2009–2013 (bez výdajů na prosazování práva) dosáhl cca 12 % (NMS, 2015).

Administrativní náročnost

Postup získání dotace z Evropských strukturálních a investičních fondů zahrnuje několik základních kroků.

¹⁸ Pokud jsou jednoleté dotace poskytovány na základě oboustranně uzavřené smlouvy, platí toto pravidlo také.

¹⁹ Dnem 1. července 2016 vstoupil v účinnost Zákon o registru smluv, jehož správcem je Ministerstvo vnitra ČR a k tomuto datu byla zpřístupněna datová schránka.

²⁰ Výdaje EF v oblasti protidrogové politiky. Dostupné z <https://www.drogy-info.cz/drogova-situace-2014/narodni-protidrogova-politika-a-jeji-kontext-2014/rozpocty-a-financovani-2014/vydaje-evropskych-fondu-v-oblasti-protidrogove-politiky-2014/>.

Tabulka 8 Administrativní úkony podle jednotlivých fází dotačního cyklu ze strany poskytovatele a příjemce dotace ex-post

Fáze realizace	Poskytovatel dotace	Příjemce dotace
1. Příprava a vyhlášení dotačního řízení/výzvy	Příprava výzev, vytvoření harmonogramu a vyhlášení výzvy.	Pravidelné sledování výzev, vytvoření podrobného projektového záměru*.
2. Podání žádosti o podporu	-	Výběr vhodného dotačního programu, zpracování a předložení žádosti**.
3. Hodnocení žádostí	Kontrola přijatelnosti, formální (struktura žádosti, přílohy) a obsahová (věcná), u některých také ex ante analýza rizik.	-
4. Schvalování dotace	Výběr projektů, příprava a vydání právního aktu o poskytnutí/převodu podpory.	-
4. Realizace projektu	Kontrola realizace (administrativní ověření, kontroly na místě apod.), schvalování informací a zpráv nebo žádostí o změnu, hodnocení kvality výstupů z projektu.	Sledování naplňování indikátorů, vykazování dosažených hodnot, předkládání zprávy o realizaci projektu v monitorovacím období (obvykle každých 6 měsíců) spolu s žádostí o platbu, informování o změnách.
5. Ukončení realizace projektu	Schvalování závěrečné zprávy, finanční ukončení projektu, ex-post kontrola (zpravidla v období udržitelnosti).	Předložení závěrečné zprávy o realizaci včetně žádosti o platbu, dodržení povinnosti týkající se monitorování.

Zdroj: vlastní zpracování

*Základem k úspěchu pro získání dotace je kvalitně a detailně zpracovaný projektový záměr. Projekt musí mít jasně specifikovaný cíl, logickou strukturu, definovanou cílovou skupinu a velkou pozornost je potřeba věnovat rozpočtu a způsobu financování. Časová náročnost tohoto kroku závisí na rozsahu projektu, dále na lhůtě, která je stanovena od vyhlášení výzvy do podání žádosti o podporu, záleží na zkušenostech žadatele o podporu. Existují průběžné výzvy, do kterých lze podat žádost v průběhu delšího časového období a které se vyhodnocují postupně a kolové výzvy, které jsou otevřeny několik týdnů až měsíců.

**Podle stanoveného cíle projektu je stěžejní zvolit vhodný dotační program. Tento krok není oproti předchozímu tolik časově náročný, je zapotřebí nastudovat informace o dotačních programech, které jsou k nalezení v programovém dokumentu, kde jsou specifikovány podporované oblasti a cíle programů. Klíčovým dokumentem pro získání dotace je žádost o podporu, v rámci OPZ může každý žadatel podat i realizovat více různých projektů (i v rámci jedné výzvy), které se ovšem musí věcně odlišovat. Vytvořit žádost o podporu je poměrně časově náročný krok, opět záleží na rozsahu plánovaného projektu a také na zkušenostech žadatele s tímto nástrojem financování.

Ve srovnání s ostatními zdroji lze prostřednictvím dotací z EU získat větší objem finančních prostředků na delší časové období. Oproti programovému období 2007–2013 došlo v systému čerpání z evropských fondů v novém programovém období v České republice k zavedení některých změn, jako

je snížení počtu programů a zjednodušení administrativy pro žadatele zavedením rozšířeného fungování monitorovacího systému. Usnesením vlády č. 184 ze dne 21. března 2012 bylo MMR pověřeno předložit konkrétní návrh jednotného metodického prostředí pro programové období 2014–2020, jehož účelem bylo mj. nastavení pravidel a doporučení, která vedou právě k redukci administrativní zátěže. I přesto je čerpání dotací EU spojeno s vyššími administrativními a personálními nároky pro žadatele. Z tohoto důvodu menší organizace, které nedisponují dostatečnou personální základnou, o dotaci z EU zpravidla nežádají.

Objektivita stanovování výše podpor

Proces hodnocení a výběru projektu je soubor činností, které jsou vykonávány od přijetí žádosti o podporu až po vydání právního aktu o poskytnutí podpory. Jednotná závazná pravidla v oblasti řízení výzev, hodnocení a výběru projektů pro řídicí orgány operačních programů stanovuje Metodický pokyn schválený vládou ČR usnesením č. 873 ze dne 20. listopadu 2013, který je závazný pro všechny řídicí orgány programů v rámci všech ESI fondů (MMR, 2017).

Podané žádosti o podporu v ČR vyhodnocuje řídicí orgán nebo jím pověřená instituce (tzv. zprostředkující subjekt) podle hodnotících kritérií, která jsou součástí výzvy. Tato kritéria pro hodnocení projektů stanovuje řídicí orgán. Na základě kritérií by pak měla komise objektivně posoudit a vyhodnotit kvalitu projektů a jejich přínos k cílům programu (ke každé výzvě se váže jeden soubor kritérií). V odůvodněných případech mohou být některá kritéria pro hodnocení projektů definována odlišně pro různé druhy projektů, v rámci výzvy však musí být zřejmé, podle jakých kritérií bude projekt hodnocen, a kritéria musí být nastavena tak, aby byla porovnatelná a dávala žadatelům v soutěži projektů rovnocenné šance na získání podpory.²¹

Pro řídicí orgány představuje výzva základní nástroj pro věcné i finanční řízení programu. Pro žadatele a příjemce představuje výzva základní zdroj informací o podmínkách pro získání podpory a realizaci projektu.

Proces schvalování projektů se dělí na dvě části:

- 1) hodnocení projektů, které zahrnuje několik fází (přičemž nemusí vždy zahrnovat všechny fáze): kontrola přijatelnosti, formální náležitosti, věcné hodnocení, závěrečné ověření způsobilosti a analýzu rizik,
- 2) výběr projektů: příprava a vydání právního aktu o poskytnutí podpory.

Obě tyto části jsou popsány v dokumentaci řídicího orgánu. K věcnému hodnocení projektu je sestavena skupina expertů, hodnotitelů – tzv. hodnotící komise. Výběrová komise je složena z minimálně tří osob, které ale nehodnotí věcnou část. Výběrová komise na základě výsledků věcného hodnocení projednává jednotlivé projekty a rozhoduje o tom, zda bude projekt doporučen nebo nedoporučen k financování.

Při kontrole přijatelnosti a formálních náležitostí je uplatňováno pravidlo čtyř očí (nezávislé hodnocení minimálně dvěma hodnotiteli – nesmí být prováděno společně ani společně konzultováno, v případě rozporu se provede arbitrážní hodnocení).

Flexibilita

²¹ Metodický pokyn pro řízení výzev, hodnocení a výběr projektů v programovém období 2014–2020 (MMR, 2017).

V průběhu realizace projektů na národní úrovni mohou být prováděny změny v rozpočtu, nesmí však narušit charakter a hlavní záměr projektu a musí být pro projekt efektivní a nezbytné. Podle částky se rozlišují na podstatné a nepodstatné změny, přičemž každá tato změna musí být odůvodněna. Rozdíl spočívá v tom, že podstatné změny vyžadují předchozí písemný souhlas poskytovatele dotace, zatímco nepodstatné změny musí být popsány a zdůvodněny ve zprávě o realizaci.

Určitou míru flexibility je možnost ve výjimečných případech požádat o mimořádné poskytnutí platby, a to buď v monitorovacím období v rámci žádosti o platbu, nebo mimo monitorovací období spolu s mimořádnou zprávou o realizaci. V obou případech však platí limit 50 % způsobilých výdajů projektu.

Charakter financování z prostředků EF je ryze projektový s jasně definovaným počátečním stavem a (očekávaným) konečným stavem. Příjemci je poskytnuta záloha a až následně proplaceny uskutečněné ustatelné výdaje (většinou za období 6 měsíců). Ode dne proplacení poslední platby je nutné projekt udržovat po dobu určenou ve Smlouvě. Většinou se jedná o dobu pěti let, u vybraných projektů může jít jen o tři roky.

Velká část prostředků na služby vynakládaná prostřednictvím ESF není předem známá, tudíž nelze plánovat využití finančních prostředků například na zajištění dostupnosti služeb s dlouhodobým předstihem. Dle respondentů fokusních skupin je u tohoto nástroje flexibilita nízká a hůře se reaguje na změny, ke kterým může např. během tří let dojít.

Evropské fondy lze aktuálně využívat jako zdroj pro rozvoj, zvyšování kvality, inovaci stávajících služeb. Realizace individuálních projektů přispívá k rozvoji již nastaveného procesu komunitního plánování sociálních služeb v regionech (RVKPP, 2015).

Dle údajů analýzy RVKPP (2015) nemá financování prostřednictvím dotací EF významný vliv na standardní provoz protidrogových služeb. Regiony využívají dotace EF především na posílení již realizovaných projektů, zvyšování kvality poskytovaných služeb a rozšíření stávajících kapacit.

Na evropské úrovni jsou změny ve financování možné, pokud jsou obhájeny před Evropskou komisí. Stát je oprávněn požádat o změny v zaměření jednotlivých programů zejména v případě, pokud se jedná o zvýšení efektivity čerpání.

Stabilita

> Stabilita alokace celkového objemu finančních prostředků na výzvy:

Prostředky ESF jsou vždy stabilně alokovány na dané konkrétní programové období jednotlivým schváleným operačním programům, v jejich rámci jsou následně rozdělovány prostřednictvím jednotlivých výzev. Účel těchto prostředků nicméně není kontinuální podpora poskytování služeb, mají čistě projektový charakter.

Prostředky ESF již ze své podstaty nemají funkci zabezpečení trvalé podpory vybraných služeb, jejich účelem je především dosažení kvalitativně a kvantitativně definované změny. Udržitelnost projektů je závazkem realizátora projektu.

> Stabilita pro poskytovatele služby:

V případě, že je žadatel úspěšný a obdrží Rozhodnutí o poskytnutí dotace, uzavře s poskytovatelem finančních prostředků dvoustranný právní akt, který může nabýt různých forem, např. příjemci a poskytovatelé dotací v rámci OPZ uzavírají tzv. „Smlouvu o partnerství“, která podrobně stanoví podmínky realizace projektu (např. pravidla pro výběr dodavatelů, povinnou publicitu, zásady pro vedení a uchovávání dokladů apod.).

Pokud příjemce obdrží Rozhodnutí o poskytnutí dotace, je garance vyplácení prostředků na období trvání projektu (až několik let) velmi vysoká, nicméně závisí na úspěšné realizaci projektu a průběžném naplňování předem stanovených podmínek a indikátorů. Skutečná výše dotace, která je příjemci poskytnuta, je určena na základě skutečně vzniklých, odůvodněných a prokázaných způsobilých výdajů. V případě, že dojde v průběhu realizace projektu ke snížení způsobilých výdajů prokázaných příjemcem, jsou vždy zachovány procentní podíly pro zapojení vlastního financování. Pro účely poskytnutí prostředků dotace je příjemce povinen předkládat poskytovateli vyplněnou žádost o platbu spolu s každou zprávou o realizaci projektu (ze vzoru Rozhodnutí o poskytnutí dotace z OPZ).

Kontrolovatelnost a ověřitelnost vynaložených prostředků

Ministerstvo financí jako ústřední orgán státní správy pro finanční kontrolu metodicky řídí, koordinuje a zajišťuje veškeré činnosti, které pro ČR vyplývají ze zajištění sdílené odpovědnosti za správu fondů Evropské unie, které mj. zahrnují výkon finanční kontroly v rámci schválených operačních programů a projektů, spolufinancovaných z fondů EU. Ministerstvo financí proto vydalo „Metodický pokyn pro výkon kontrol v odpovědnosti řídicích orgánů při implementaci Evropských strukturálních a investičních fondů pro období 2014-2020“ na základě usnesení vlády č. 345 ze dne 15. května 2013, který podrobně popisuje řídicí a kontrolní systém, jeho obecné zásady, specifické oblasti kontroly operací apod. Tento metodický pokyn je závazný pro implementační subjekty ESI fondů s výjimkou Programu rozvoje venkova.

Kontrolujícím/auditním orgánem mohou být také další orgány finanční správy, Nejvyšší kontrolní úřad, Evropská komise a Evropský účetní dvůr. Pokud kontrola/audit identifikoval/a zjištění, pak musí příjemce uvést, co bude/bylo v návaznosti na identifikované zjištění provedeno za účelem nápravy.

Nastavení kontrol v procesu čerpání dotací z evropských fondů lze rozdělit na kontrolu předběžnou, průběžnou, následnou a na kontrolu plnění postupu zadávání veřejných zakázek.

Dle výše zmiňovaného metodického pokynu je kontrola vykonávána několika formami ve všech fázích realizace projektu:

1) administrativní ověření:

U této kontroly jde v podstatě o zjišťování, zda je nutné provedení kontroly na místě nebo kontroly od stolu. Ukáže-li se, že nic nenasvědčuje nutnosti provedení těchto kontrol, pořídí kontrolní orgán pouze záznam. Předmětem této kontroly je ověření úplnosti a správnosti dokumentů předložených příjemcem dotace. V rámci administrativního ověření vykoná řídicí orgán kontrolu každé zprávy o realizaci (průběžné zprávy včetně příloh, závěrečné zprávy při ukončení realizace včetně příloh, žádosti o platbu, zprávy o udržitelnosti). Řídicí orgán stanovuje termíny pro předložení zpráv, stanovuje také, které dokumenty a v jaké podobě příjemce předloží spolu se zprávou o realizaci, seznam dokumentů určí podle způsobu vykazování výdajů.

2) monitorovací návštěvy:

Monitorovací návštěva neslouží jako kontrola na místě, což je dáno tím, že jakákoli spolupráce s kontrolovanou osobou je v této fázi na bázi dobrovolnosti. Kontrolní orgán vyhotoví z této návštěvy záznam, který může sloužit jako podklad pro kontrolu na místě nebo kontrolu od stolu, pokud je na základě zjištěných skutečností zahájena. Monitorovací návštěva také může navazovat na administrativní ověření.

3) kontrola na místě nebo kontrola od stolu:

Tyto kontroly mohou probíhat již před vydáním/uzavřením právního aktu o poskytnutí finanční podpory. Kontroluje se například připravenost žadatele, zda je schopen splnit závazné podmínky stanovené výzvou, zda jsou plánované operace v souladu s právními předpisy a s plánovaným rozpočtem, zda žadatel zavedl vhodné a přiměřené systémy pro dokladování výdajů apod. Během realizace projektu se kontroluje zejména, zda uskutečněné a probíhající aktivity probíhají v souladu s legislativou a s podmínkami stanovenými právním aktem o poskytnutí podpory, způsob vykazování prostředků a zda jsou vykázané finanční prostředky v souladu se schváleným rozpočtem, dále se zkoumá skutečný stav realizace, výkonnost a dosahování cílů určených v projektovém záměru, zda jsou naplňovány indikátory, řádné vedení dokumentace, zda nedochází ke střetu zájmů, dodržování pravidel publicity atd.

Kontrolní orgán může provést také kontrolu udržitelnosti projektu a ověřit, zda došlo k dosažení stanovených výsledků a naplnění určených cílů a zda má realizace přímý dopad a přínos pro celonárodní či regionální potřeby.

Frekvence a rozsah kontrol musí být úměrné výši podpory z ESI fondů poskytnuté na daný projekt²².

Případné identifikované porušení podmínek programu při jakékoliv z těchto kontrol může pro příjemce znamenat krácení požadované dotace (před proplacením žádosti o platbu), či požadavek na vrácení části nebo celé dotace (po proplacení žádosti o platbu). Pokud je to možné, je potřeba všechny chyby či nedostatky v projektech odstranit, aby příjemce nemusel vracet poskytnutou dotaci.

Dle účastníků fokusních skupin je u financování z ESF fondů vyšší kontrola než je tomu u financování ze státního rozpočtu, ale díky pravidelnému vykazování i lepší kontrolovatelnost.

Systém kontroly v oblasti prostředků z rozpočtu EU je velmi propracovaný a podílí se na něm více subjektů. Na evropské úrovni jsou to především: útvary Evropské komise, které přímo kontrolují realizaci opatření, nezávislá externí kontrola realizovaná Evropským účetním dvorem v případě závažných podezření ze spáchání podvodů, Evropský úřad pro boj proti podvodům (OLAF – Organisation de la lutte anti-fraude).

Naplnění principu 3E

V průběhu čerpání dotací z EF má Evropská komise povinnost monitorovat a vyhodnocovat efektivitu, účelnost a správnost čerpání a v případě nesrovnalostí je oprávněna vymáhat nápravu, popřípadě požadovat navrácení prostředků do rozpočtu EU. Popis kontrolních mechanismů uplatňovaných ze strany EU je nad rámec této analýzy.

Uplatňování principů 3E při nakládání s finančními prostředky v rámci EF je obsaženo v jednotném Metodickém pokynu pro řízení výzev, hodnocení a výběr projektů v programovém období 2014–2020, který upravuje procesy od plánování a přípravy výzev až po vydání právního aktu o poskytnutí/převodu podpory (MMR, 2017).

Princip 3E se uplatňuje již při vyhlášení výzev, které musí být nastaveny v souladu s intervenční logikou programu (viz Metodický pokyn pro přípravu programových dokumentů pro programové období 2014–2020).

²² Metodický pokyn pro výkon kontrol v odpovědnosti řídicích orgánů při implementaci Evropských strukturálních a investičních fondů pro období 2014–2020.

Ve fázi schvalování výzev musí být v souladu s uvedenými principy 3E a zásadami transparentnosti v rámci jednotlivých výzev vybírány a hodnoceny projekty, které směřují k plnění cíle programu (účelnost) a k maximálnímu dosažení efektů (hospodárnost) a dané efekty jsou dosaženy při minimálních vstupech (efektivnost). Cílem procesu schvalování je nutné vybrat kvalitní projekty, které musí mimo principy 3E splňovat i tyto aspekty: potřebnost, proveditelnost a soulad s horizontálními principy.

Jednotlivé aspekty nepředstavují samotná kritéria. Ta stanoví řídicí orgán s ohledem na charakter podporovaných aktivit – kritéria specifikují aspekty kvality projektů pro jednotlivé podporované aktivity. Ve fázi před implementací je nutné dodržovat zejména účelnost a efektivnost, naopak princip hospodárnosti je nutné aplikovat v procesu schvalování projektů a zejména ve fázi realizace projektů (zadávání veřejných zakázek).

Pro řádné využívání zdrojů je nutné, aby byly vždy naplněny všechny 3E principy současně, a to na všech úrovních. Dodržování principů 3E by mělo být posuzováno jako celek, nikoliv jako dílčí aspekty. Při posuzování předložených projektů v rámci výzev:

- hospodárnost – účelem hodnocení hospodárnosti projektu je posoudit (předpokládanou) cenu zdrojů použitých pro realizaci projektu. Vhodnými nástroji pro hodnocení je např. expertní posouzení a limity výdajů.
- efektivnost – hodnotí se přiměřenost výsledků s ohledem k rozpočtu projektu, také se hodnotí, zda je projekt v souladu s podmínkami výzvy. Efektivnost se může posuzovat v rámci věcného hodnocení nebo analýzy rizik. Hodnocena je přiměřenost výsledků (případně výstupů) s ohledem k rozpočtu projektu. Efektivnost na úrovni výdajů je kontrolována v rámci kontroly rozpočtu.
- účelnost – může být hodnocena jak ve fázi kontroly přijatelnosti (soulad s podmínkami výzvy), tak v rámci věcného hodnocení (záleží na rozhodnutí řídicího orgánu a nastavení modelu hodnocení). Účelem hodnocení je zajistit, aby výsledky projektů přispívaly (v co nejvyšší míře) k cílům programu, kterých má být prostřednictvím dané výzvy dosaženo. Účelnost je rovněž kontrolována v rámci kontroly rozpočtu. Vhodnými nástroji pro hodnocení účelnosti jsou např. exaktní nastavení výpočtu kritéria na základě přínosů projektu, a to v případech, kde je možné nastavit přesný matematický výpočet, dále expertní posouzení a studie proveditelnosti.²³

Financování prostřednictvím dotací ex-post vyžaduje dlouhodobou programovou koordinaci a úzkou spolupráci mezi EU, státem a územními samosprávami. Základním prvkem fungujícího systému je jednoznačné a stabilní rozdělení funkcí a zdrojů financování, dostatečný objem poskytovaných informací o jednotlivých výzvách a jasně stanovené podmínky pro čerpání dotace.

Transparentnost

Transparentnost tohoto nástroje financování lze rovněž rozdělit na zveřejňování informací a postupů ze strany poskytovatele dotací a ze strany příjemce dotací.

➤ Na straně poskytovatele dotací

MMR vydává Metodický pokyn pro řízení výzev, hodnocení a výběr projektů v daném období (závazný pro všechny řídicí orgány programů v rámci všech ESI fondů). Tento pokyn podrobně popisuje kromě procesu výběru a hodnocení projektů také lhůty uveřejňování jednotlivých fází. Poskytované informace by měly být jasné a srozumitelné, přehledné, snadno dostupné a měly by být poskytovány

²³ Metodický pokyn pro řízení výzev, hodnocení a výběr projektů v programovém období 2014–2020 (MMR, 2017).

v přiměřeném rozsahu, ve vhodnou dobu a ve vhodném formátu umožňujícím vyhledávání. Subjekty odůvodňují svá rozhodnutí a usilují o to, aby rozhodovací praxe byla předvídatelná. Žadatelé mohou využít opravných prostředků. Předpokladem odůvodněného rozhodování je odpovídající odbornost osob zapojených do procesu schvalování projektů, zejména hodnotitelů a členů komisí a zamezení střetu zájmů.

Řídící orgán informuje žadatele o stavu vyřízení jeho žádosti o podporu a celkovém průběhu schvalovacího procesu, a to ve všech fázích procesu.

1) Fáze vyhlašování výzev:

Řídící orgán poskytuje všem potenciálním žadatelům informace o podmínkách pro poskytnutí podpory. Text výzvy, včetně navazující dokumentace, je nejpozději k datu vyhlášení výzvy zveřejněn na webových stránkách programu. MMR pak zajišťuje, aby harmonogram výzev byl zveřejněn také na zastřešujících webových stránkách²⁴. Každá výzva je do harmonogramu zadána minimálně šest měsíců před datem ukončení příjmu žádostí o podporu. Nastavení lhůt dané výzvy vychází z charakteru podporovaných aktivit.

2) Fáze hodnocení projektu:

Spolu s výzvou jsou zveřejněna také kritéria, která vytvořil ŘO a na jejichž základě objektivně posoudí a vyhodnotí kvalitu projektů a jejich přínos k cílům programu. Tato kritéria musí být stanovena jasně a srozumitelně. Také druhy projektů musí být jednoznačně stanovené, aby bylo pro každý projekt v rámci výzvy zřejmé, podle jakých kritérií bude hodnocen.

3) Výsledek hodnocení a výběru projektů:

V této fázi jsou zveřejněny detailní výsledky hodnocení a výběru projektů (v případě věcného hodnocení s příložením hodnotící tabulky, která bude obsahovat i odůvodnění výsledku hodnocení všech kritérií, vyjma kritérií, u kterých z výsledků hodnocení důvody jasně vyplývají a jsou objektivně ověřitelné), dále zápis z jednání hodnotící a výběrové komise (je-li relevantní).

> Na straně příjemce dotace

S realizací projektu z prostředků ESI je spojena povinná publicita. Příjemce je povinen informovat veřejnost o podpoře získané z fondů těmito způsoby: a) na své internetové stránce (pokud taková stránka existuje) zveřejní popis projektu včetně jeho cílů a výsledků a musí být zdůrazněno, že je na daný projekt poskytována finanční podpora EU, b) umístí a spravuje prezentaci projektu na portálu ESF ČR, c) umístí povinný plakát s informacemi o projektu v místě realizace projektu.

Příjemce dále musí zajistit, aby subjekty, které se na realizaci projektu podílí (cílové skupiny – účastníci projektů/podpořené osoby, partneři s finančním příspěvkem, partneři bez finančního příspěvku), byly informovány o financování projektu z OPZ a ESF. Příjemci podpory jsou také povinni zveřejňovat na portálu ESF informace o plánovaných/připravovaných aktivitách projektu určených veřejnosti (semináře, workshopy, konference, vzdělávací aktivity, rekvalifikace, poradenské služby apod.).

V současném programovém období 2014–2020 došlo v ČR k výraznému posunu posílení transparentnosti v oblasti hodnocení projektů. Jednak došlo ke sjednocení pravidel napříč programy, dále byly nastaveny nástroje, které zvýší transparentnost celého procesu. Žadatelé jsou detailně informováni o výsledku hodnocení projektů a mohou se proti negativnímu výsledku hodnocení

²⁴ Viz: www.dotaceEU.cz.

odvolat, což v programovém období 2007–2013 nebylo možné. Tato skutečnost by měla vyvíjet tlak na kvalitu hodnocení projektů ze strany hodnotitelů.

3.2 Platba za výkon

Dalším z nástrojů financování, který je využíván k hrazení adiktologické péče, je platba za výkon prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění. Dle definice Ministerstva zdravotnictví ČR slouží zdravotní pojištění k úhradě zdravotní péče, která má za cíl prostřednictvím zdravotních služeb zlepšit nebo zachovat zdravotní stav či zmírnit utrpení pojištěnce. V ČR tvoří systém zdravotní péče pojištěnec (příjemce zdravotní péče), poskytovatel zdravotních služeb (zprostředkovatel zdravotní péče) a zdravotní pojišťovna (plátce zdravotní péče).

V ČR je uplatňován tzv. bismarckovský model zdravotnictví, jehož výhodami jsou všeobecná dostupnost zdravotní péče, rovný přístup, jistota pojištěnce, že mu bude poskytnuta potřebná péče, svobodný výběr, povinnost zdravotní pojišťovny občana pojistit, ať je jeho zdravotní stav jakýkoliv. Nevýhodou je vysoká cena péče, velké administrativní náklady (provoz pojišťoven, IT technologie, velký počet administrativního personálu atd.).

Financování adiktologických služeb zdravotními pojišťovnami představuje pro poskytovatele zdravotních služeb významný a stabilní tok finančních příjmů. Poskytovatelé zdravotních služeb jsou zařazováni do sítě služeb na základě výběrového řízení mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem služby o poskytování a úhradě hrazených služeb a následném uzavření tzv. rámcové smlouvy. Úspěšné absolvování výběrového řízení však nezakládá povinnost pojišťovně smlouvu uzavřít.

V souvislosti se zdravotními adiktologickými službami hovoříme zejména o adiktologických ambulancích a zařízeních oboru psychiatrie, popř. se specializací AT, poskytující ambulantní a rezidenční zdravotní služby uživatelům alkoholu, méně často uživatelům nealkoholových drog a patologickým hráčům. V r. 2016 dosáhla částka spotřebovaná adiktologickými AT odděleními jak ambulantní, tak lůžkové péče 270 mil. Kč (Mravčík et al., 2017).

Podle České asociace adiktologů (ČAA) poskytovalo v r. 2017 péči ve zdravotnické odbornosti adiktologie celkem 24 zdravotnických zařízení, která prošla²⁵, která prošla výběrovým řízením na poskytování zdravotních služeb v oboru adiktologie s doporučením uzavřít smlouvu se zdravotní pojišťovnou. Alespoň s jednou zdravotní pojišťovnou pak uzavřelo smlouvu 12 zařízení, a to jen s některými pojišťovnami, např. s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou (VZP) mělo smlouvu 8 zařízení.

V současné době je v Seznamu zdravotních výkonů schváleno 6 zdravotních výkonů pro profesi adiktologa, což je zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání po získání odborné způsobilosti. Schválené výkony jsou následující: 1) vyšetření adiktologem při zahájení adiktologické péče, 2) vyšetření adiktologem kontrolní, 3) minimální kontakt adiktologa s pacientem, 4) adiktologická terapie individuální, 5) adiktologická terapie rodinná, 6) adiktologická terapie skupinová, typ I. pro skupinu max. 9 osob.

Lékařská péče poskytovaná ve zdravotnických zařízeních je podmíněna stanovením diagnózy. Cílovou skupinou ambulantní a lůžkové adiktologické péče jsou podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) osoby, které trpí poruchami, jež byly vyvolány užíváním jedné nebo více psychoaktivních látek (F10-

²⁵ Odbornost 919.

F19), patologickým hráčstvím (F63.0), dalšími obdobnými poruchami anebo zneužíváním látek nevyvolávajících závislost (F55).

VZP rozděluje tři druhy zdravotní péče:

- ambulantní péče ošetřujícího lékaře,
- ústavní péče,
- péče vyžádaná, navržená či předepsaná ošetřujícím lékařem.

Administrativní náročnost

Požadavky na administraci a personální kapacity na její zajištění v oblasti veřejného zdravotního pojištění se odvíjejí od jednotlivých fází procesu uzavírání smluv mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem služeb (VZP, 2017). Jedná se především o zpracování interní dokumentace pojišťovny, která mimo jiné obsahuje podmínky a postupy pro uzavření smlouvy s potenciálním poskytovatelem služby. Z hlediska poskytovatele služby se posuzuje náročnost přípravy podkladů potřebných k účasti na výběrovém řízení a dále administraci úkonů vyplývajících pro poskytovatele zdravotních služeb z uzavřené smlouvy (Sklenář, 2014).

K získání oprávnění poskytovat zdravotní péči procházejí uchazeči před samotným otevřením zařízení následujícími fázemi: 1) schválení provozního řádu Krajskou hygienickou stanicí, 2) získání Oprávnění k poskytování zdravotních služeb a 3) výběrovým řízením pro uzavření smluvních vztahů s pojišťovnami na základě požadavků na technické, věcné a personální vybavení.

Při uzavírání nových a rozšiřování nebo změně stávajících smluvních vztahů s poskytovateli se zdravotní pojišťovny řídí dvěma zásadami pro výběr poskytovatelů: 1) zajištění dostupnosti zdravotních služeb pro pojištěnce v souladu se zákonem, 2) dodržení zdravotně pojistného plánu (VZP, Postup při uzavírání smluv s poskytovateli zdravotních služeb).

Tabulka 9 Administrativní úkony podle jednotlivých fází uzavírání smlouvy mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem služeb

Fáze realizace	Poskytovatel prostředků (ZP)	Příjemce prostředků
1. Návrh na konání výběrového řízení	Tento návrh může podat zdravotní pojišťovna, uchazeč nebo obec.	Uchazeč také může podat návrh na konání výběrového řízení. Ve stanovené lhůtě zašle uchazeč krajskému úřadu přihlášku, nabídku, přehled dosavadní praxe a další podklady potřebné k výběrovému řízení (rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb či o registraci nestátního zdravotnického zařízení apod.)
2. Podání přihlášky/žádosti do výběrového řízení	V případě splnění podmínek pozve krajský úřad uchazeče na jednání výběrové komise.	
3. Výběrové řízení/uzavření smlouvy	ZP vyhotoví rozbor výběrového řízení a příp. určí doporučující stanovisko. Výsledek výběrového řízení se zveřejňuje a nezakládá právo na uzavření smlouvy se ZP.	-
4. Realizace	Kontrola (např. proplácení úhrad).	Výkonové vykazování zdravotní péče (počet ambulantních výkonů na pacienta dle úhradové vyhlášky). Administrace spojená s dvěma způsoby faktur – za období a za dávky (1xměsíčně).
5. Ukončení	Smlouva je ukončena v následujících případech: zánikem oprávnění k poskytování ZS, smrtí poskytovatele, uplynutím výpovědní lhůty při výpovědi smlouvy, uplynutím doby, na kterou byla smlouva sjednána (VZP, 2018b).	

Zdroj: vlastní zpracování

Administrativní náklady pojišťoven u zdravotního pojištění jsou zpravidla vyšší než u financování prostřednictvím veřejných rozpočtů. Podíl přímých i nepřímých administrativních výdajů je obtížné vyčíslit, neboť mezi ně patří nejen náklady spojené s výběrem pojistného a proplácením úhrad smluvním poskytovatelům péče, ale i náklady, které jsou spojeny se správou a kontrolou systému zdravotního pojištění ministerstvem zdravotnictví. Jedním z dílčích vodítek může být např. roční limit nákladů na činnost zdravotní pojišťovny, stanovený v § 7 odst. 1 vyhlášky MF č. 227/1998 Sb.,²⁶ popř. podíl administrativních nákladů komplikovaně odvozovat ze závěrečných zpráv a účetních uzávěrek všech institucí, které se na systému podílejí.

Administrativní náročnost spojená se systémem veřejného zdravotního pojištění přímo souvisí také s tím, jaký způsob či metoda financování (DRG, kapitační platba atd.) jsou využívány a zda se jedná o ambulantní či pobytovou službu.

²⁶ Vyhláška Ministerstva financí, kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu.

Dle účastníků fokusních skupin je platba za výkon administrativně jednoduchá, relativně stabilní a systém je propracovaný. Složitější je ovšem uzavřít smlouvu se zdravotní pojišťovnou u adiktologických služeb.

Objektivita stanovování výše podpor

V ČR je hrazena zdravotní péče všem pacientům v rozsahu garantovaném státem. Systém přerozdělování finančních prostředků zaručuje stejnou základní péči pro všechny pojištěnce bez ohledu na jejich pojišťovnu. Výše platby je stanovena platnou sazbou v rámci úhradové vyhlášky č. 348/2016 Sb. o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

Kalkulační vzorec pro výpočet bodové hodnoty výkonu v seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami vydává MZ ČR. Podle tohoto kalkulačního vzorce byly vypočteny bodové hodnoty (přímých nákladů) uvedené u všech výkonů v Seznamu výkonů. Zvláštní vzorec byl použit pro výkony zdravotní dopravy a pro ošetrovací dny. Celková bodová hodnota výkonu je dána součtem režijních nákladů (v bodech), průměrných přímých nákladů (v bodech) a navýšení osobních nákladů nositelů výkonů. (V Seznamu výkonů jsou uváděny v bodech pouze přímé náklady, abychom dostali celkovou bodovou hodnotu výkonu, je třeba připočítat ještě režijní náklady v bodech = čas výkonu v minutách * minutová reze v bodech/min a navýšení osobních nákladů nositelů výkonů).

Úhradové období je jeden rok a pro toto období se stanovuje způsob úhrady (hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení) v tzv. „dohodovacím řízení“, kterého se účastní zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR a ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů. Svolavatelem dohodovacího řízení je Ministerstvo zdravotnictví. Po dohodovacím řízení posoudí výsledek MZ z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem. MZ tuto vyhlášku vydává, i pokud k dohodě nedojde (Svaz zdravotních pojišťoven ČR, 2018).

Podrobný popis jednotlivých typů úhrad používaných zdravotními pojišťovnami je mimo rámec této analýzy, pro ilustraci uvádíme některé ze způsobů a forem úhrad, jejichž využití se liší v závislosti na oboru a druhu (ambulantní, pobytová) poskytované péče:

- případové paušální úhrady za hospitalizační péči
- globální paušální úhrady za hospitalizační a ambulantní zdravotní služby
- paušální sazba za den hospitalizace
- výkonový způsob úhrady podle seznamu zdravotních výkonů
- diferencovaná kombinovaná kapitačně výkonová platba
- diferencovaná kombinovaná kapitačně výkonová platba v rámci Systému integrované péče
- individuální smluvně sjednané úhrady

VZP pro potřeby výpočtu úhrady zdravotní péče vydává číselníky, které jsou v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a souvisejícími vyhláškami týkajícími se Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, léčivých přípravků a zdravotnických prostředků (Metodika pro pořizování a předávání dokladů, 2018).

Pro realizaci úhrad výkonovým nebo kombinovaným kapitačně výkonovým způsobem je nezbytný Seznam zdravotních výkonů s bodovým ohodnocením. Pro realizaci úhrad dle DRG je ve Sdělení Českého statistického úřadu o aktualizaci „Klasifikace hospitalizovaných pacientů (IR-DRG)“ definována

verze definičního manuálu a programu pro automatizované kódování podle této klasifikace (tzv. Grouperu).

Flexibilita

Flexibilita v oblasti zdravotního pojištění vyjadřuje schopnost systému reagovat na aktuální potřeby příjemců zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění. Zásadní roli v systému zajištění odpovídající místní a časové dostupnosti zdravotních služeb v území hrají zejména krajské pobočky zdravotních pojišťoven, které spravují síť poskytovatelů služeb na svém území a zdravotně pojistné plány zdravotních pojišťoven, které obsahují mj. také způsob zajištění dostupnosti služeb nabízených zdravotní pojišťovnou a soustavu poskytovatelů, se kterými zdravotní pojišťovna uzavírá smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb. Jednou ročně vytvářejí pojišťovny zdravotně pojistné plány, které předkládají Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí. V případě souladu s právními předpisy a veřejným zájmem předloží návrh zdravotně pojistného plánu vládě, na návrh vlády ho definitivně schvaluje Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR (MZČR, 2016).

Z hlediska okamžité mobilizace finančních prostředků zdravotních pojišťoven je důležitý ukazatel peněžních prostředků přepočtených na 1 pojištěnce. Ochota jednotlivých zdravotních pojišťoven proplácet vykázanou péči za své pojištěnce různým zdravotním zařízením je daná aktuální finanční zásobou na bankovních účtech základního fondu zdravotního pojištění. Výdaje systému zdravotního pojištění v ČR jsou ovlivněny především úhradovou vyhláškou MZ, a jsou tedy dány zejména nabídkovou, a nikoliv poptávkovou stranou (Křeček, 2017).

V současném systému nabízejí pojišťovny shodné či velmi podobné produkty, které jsou odlišeny pouze nastavením marketingové kampaně. Přestože je v ČR více zdravotních pojišťoven, reálná konkurence mezi pojišťovnami v podstatě neexistuje. Takto nastavený systém neumožňuje pojišťovnám například tvorbu individuálního pojistného plánu pro pojištěnce či nabídku diferenciovaných pojistných produktů. Ve vztahu k pacientům a státu a ve vyjednávání s poskytovateli zdravotní péče hraje rozhodující úlohu VZP. Stát je jako jediný schopen garantovat zdravotní péči pro všechny své občany i v oblastech, kde by se to poskytovatelům nebo pojišťovnám ekonomicky nevyplácelo.

Co se týče propojení s plánováním zdravotních služeb u nového druhu, typu a odbornosti péče (dosud v okrese či regionu nezajištěného) jsou preferovány žádosti o uzavření smlouvy, jejich rozšíření nebo změnu, doložené zpracovaným projektem prokazujícím potřebnost a účelnost (VZP, Postup při uzavírání smluv s poskytovateli zdravotních služeb).

Co se týče hodnocení kvality zdravotních služeb, jedná se především o dlouhodobé výsledky týkající se zdravotního stavu a spokojenosti pacienta. Ty je ale zároveň nejtěžší měřit a jsou vedle kvality samotné zdravotní služby ovlivněny také vstupním zdravotním stavem pacienta a jeho chováním v průběhu a po poskytnutí zdravotní intervence.

Poskytování kvalitních zdravotních služeb představuje komplexní činnost závislou na komunikaci, koordinaci, technickém a profesním zajištění. Hlavní nástroje interního zlepšování kvality zahrnují systematické vzdělávání zdravotníků, analýzu rizikovosti pacientů,²⁷ klinický audit, preventivní hodnocení rizikovosti procesů, podporu standardizace procesů apod. (MZČR, 2018).

²⁷ Analýza rizikovosti umožňuje definovat skupiny pacientů se zvýšeným rizikem nežádoucí události a zaměřit na ně vhodná preventivní opatření.

Externí posouzení, zda existují interní procesy k zajištění kvality, zda jsou dodržovány a vyhodnocovány, je zajištěno v rámci akreditací poskytovatelů zdravotních služeb. Akreditační standardy vydává Spojená akreditační komise (SAK ČR). Jednou z možností, jak zpětně analyzovat aplikaci standardů, je klinický audit, který je zatím v ČR málo využíván (Hroboň, 2015).

Stabilita

> Stabilita alokace celkového objemu finančních prostředků na zdravotní pojištění:

Systém veřejného zdravotnictví má silnou legislativní oporu, která vychází z čl. 31 ústavní Listiny základních práv a svobod a je postavena na řadě zákonných norem. Jakákoliv změna vyžaduje politickou stabilitu. Pokusy o změny, které byly v minulosti zaváděny a některé rušeny (registrační poplatky, spoluúčast pacientů na léčbě) souvisejí se snahou o úspory a zvýšení efektivity systému v situaci, kdy je disponibilní částka určena k pokrytí péče přímo determinovaná výši výběru pojistného.

Stabilita zdravotnického systému v Evropě i ostatních zemích světa je v současnosti ovlivňována faktory, jako jsou demografické změny a stárnutí populace, zvyšování technologické a tím i finanční náročnosti oboru, a obecně problémem trvalé ekonomické udržitelnosti a rozvoje.

> Stabilita pro poskytovatele služby:

Pro poskytovatele zdravotních služeb či péče tvoří systém zdravotního pojištění jeden z nejstabilnějších zdrojů. V případě uzavření smlouvy s pojišťovnou mají po dobu její platnosti garantováno proplácení úhrad až do výše pojišťovnou stanoveného limitu (ze zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění).

Nicméně výše limitu a objem proplacené péče se s pojišťovnami vyjednává každý rok. To přináší do systému zdravotního pojištění pro poskytovatele péče jistou dávku nejistoty ohledně meziroční alokace finančních prostředků. Smlouva se může poskytnout na více let i na dobu neurčitou.

Kontrolovatelnost a ověřitelnost vynaložených prostředků

Poskytovatel zdravotní služby odpovídá za úplnost, formální i věcnou správnost dokladů a za jejich předávání způsobem dohodnutým v Metodice a datovém rozhraní (Ústředí VZP, 2018).

Pojišťovna je oprávněna provádět kontrolu plnění smluvně dohodnutých věcných a technických podmínek a personálního zajištění.

Dle zákona č. 48/1997 Sb., zdravotní pojišťovny kontrolují využívání a poskytování hrazených služeb a jejich vyúčtování směrem k pojišťovně, a to z hlediska objemu a kvality, včetně dodržování cen. Kontrolní činnost provádějí prostřednictvím informačních systémů v rozsahu stanoveném zákonem a činností revizních lékařů nebo odborných pracovníků ve zdravotnictví způsobilých k revizní činnosti. Revizní lékaři posuzují odůvodněnost léčebného procesu se zvláštním zřetelem na jeho průběh a předepisování léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků, a na posuzování potřeby lázeňské léčebně rehabilitační péče jako součásti léčebné péče. Revizní lékaři a další odborní pracovníci dále kontrolují, zda poskytnuté hrazené služby odpovídají hrazeným službám vyúčtovaným zdravotní pojišťovně, zda byly vyúčtovány pouze ty výkony, léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky, které je zdravotní pojišťovna povinna uhradit a zda rozsah a druh hrazených služeb odpovídá zdravotnímu stavu pojištěnce. Revizní lékaři také zpracovávají odborná medicínská posouzení (VZP, 2018a). Zdravotní pojišťovny dále provádějí kontrolní činnost prostřednictvím přístupu do Centrálního úložiště elektronických receptů.

Naplnění principu 3E

Kromě obecné povinnosti naplňovat pravidla 3E, která vyplývá ze zákonného rámce (viz. Kapitola 1), jsme pro účely této analýzy nedohledali/nezískali informace o konkrétním uplatňování tohoto pravidla ze strany zdravotních pojišťoven.

Transparentnost

Důležitou úlohu v zajištění transparentnosti zdravotnického systému hraje Národní zdravotnický informační systém (dále „NZIS“), což je jednotný celostátní informační systém veřejné správy určený ke zpracování údajů o zdravotním stavu obyvatelstva, o činnosti poskytovatelů a jejich ekonomice, o zdravotnických a jiných odborných pracovnících a o úhradách zdravotních služeb za účelem získání informací o rozsahu a kvalitě poskytovaných služeb, včetně zajištění transparentnosti poskytování a financování těchto služeb. NZIS a jeho úloha je definována v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Správou NZIS byl na základě MZ pověřen Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS), který je součástí státní statistické služby. Údaje z NZIS jsou poskytovány na základě písemné žádosti.

Transparentní by měl být také výběr poskytovatele služeb zdravotní pojišťovnou. Výběrové řízení dle zákona o veřejném zdravotním pojištění vyhláší krajský úřad v místě poskytování služeb, v případě lůžkové a lázeňské léčebně rehabilitační péče vyhláší výběrové řízení MZ. Vyhlášovatel zřizuje výběrovou komisi. Vyhlášovatel je poté povinen zveřejnit výsledek výběrového řízení včetně počtu získaných hlasů. V případě, že uzavře zdravotní pojišťovna s poskytovatelem služeb smlouvu, musí být tato smlouva pojišťovnou zveřejněna včetně dodatku.

Určitým subjektivním vlivem, který ovlivňuje transparentnost celého procesu jako celku, je revize, kdy revizní lékaři kontrolují, zda vykázaná zdravotní péče odpovídá záznamům v příslušné zdravotnické dokumentaci, zda byly vyúčtovány jen ty výkony, léčivé přípravky a prostředky zdravotnické techniky, které je zdravotní pojišťovna povinna uhradit a regulační část revizní činnosti, kdy revizní lékaři předem, dle delegace a podmínek vyplývajících z platných právních předpisů, rozhodují o úhradě zdravotní péče z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Od r. 2014 Ministerstvo zdravotnictví ČR pravidelně zveřejňuje výsledky přerozdělování pojistného na veřejné zdravotní pojištění, od r. 2013 se zveřejňují zůstatky na fondech zdravotních pojišťoven. Tyto informace jsou poskytovány za účelem orientace veřejnosti o hospodaření zdravotních pojišťoven. Údaje jsou k dispozici pro jednotlivé měsíce (MZČR, 2014).

Systém veřejného zdravotního pojištění v ČR má snahu zvyšovat transparentnost finančních toků. Příkladem je materiál schválený vládou v dubnu 2014 s názvem „Návrh systémových změn v oblasti veřejného zdravotního pojištění s cílem zvýšit efektivitu a transparentnost systému veřejného zdravotního pojištění“.

3.3 Nákup služeb

Veřejné nákupy představují komplexní proces v oblasti vynakládání finančních prostředků vydaných vládou na zajištění veřejných služeb, do kterých řadíme také adiktologické služby. Tento proces zahrnuje řadu kroků počínaje definováním veřejné potřeby přes její naplnění až po ukončení životnosti projektu, kterým byla naplňována (Kameník, 2012).

Jednou z dílčích částí veřejného nakupování je zadávání veřejných zakázek. Realizace veřejných zakázek může být jedním z nástrojů financování adiktologických služeb. Dle zákona o zadávání veřejných zakázek je veřejná zakázka (dále „VZ“) realizovaná na základě smlouvy mezi zadavatelem

a dodavatelem, z níž vyplývá povinnost dodavatele poskytnout dodávky, služby nebo stavební práce. Veřejný zadavatel²⁸ je povinen zadat veřejnou zakázku v zadávacím řízení, není-li v zákoně o zadávání veřejných zakázek č. 134/2016 Sb. (ZZVZ) stanoveno jinak. Podle výše předpokládané hodnoty rozlišuje zákon tři skupiny VZ: nadlimitní VZ, podlimitní VZ a veřejné zakázky malého rozsahu.

V adiktologických službách však není s tímto nástrojem mnoho zkušeností, jak vyplynulo z fokusních skupin. Vzhledem k malým zkušenostem se zadáváním veřejných zakázek na nákup sociálních, resp. adiktologických služeb, nelze u popisu jednotlivých kritérií uvádět konkrétní příklady aplikace tohoto nástroje.

Administrativní náročnost

Proces zadávání veřejných zakázek a průběh výběrového řízení se liší dle předmětu a hodnoty veřejné zakázky. Tento postup lze zobecnit a rozdělit do několika kroků.

Pro zadání veřejné zakázky je výchozí definice potřeb a rámcových podmínek. Potřeby by měly být ověřitelné, kvantifikovatelné, neměly by se překrývat. Přesné definování potřeb hraje klíčovou roli při hodnocení nabídek. Definováním potřeb zadavatel určuje, jaké jsou cíle a jakým způsobem mají být realizovány. Je nutné zvážit ekonomickou výhodnost a efektivitu a danou potřebu odůvodnit.

Z hlediska administrace se jedná o fázi, která klade vysoké nároky na odborné profesní předpoklady a zkušenosti zúčastněných aktérů.

Následující kroky uvádí Tabulka 10 ze strany zadavatele VZ a ze strany dodavatele.

²⁸ Veřejným zadavatelem se rozumí Česká republika, státní příspěvková organizace, územní samosprávný celek nebo jím zřízená příspěvková organizace a jiná právnická osoba, pokud byla založena za účelem uspokojování potřeb veřejného zájmu a je financována převážně státem či jiným veřejným zadavatelem.

Tabulka 10 Administrativní úkony podle jednotlivých fází procesu zadávání veřejných zakázek ze strany zadavatele a dodavatele

Fáze realizace	Poskytovatel prostředků (zadavatel)	Příjemce prostředků (dodavatel)
1. Příprava soutěže a zadávací dokumentace	Rozhodování o druhu VZ a způsobu nabídek. Určení požadavků na prokázání kvalifikačních předpokladů, způsobu hodnocení, stanovení lhůt (odborně i časově náročný proces), vymezení předmětu plnění.	Systematické sledování zveřejňování informací o vyhlašovaných řízeních.
2. Podání nabídky	Oznámení o zahájení zadávacího řízení, výzva k podání nabídky.	Příprava podkladové dokumentace včetně osvědčení kvalifikačních předpokladů, sestavení rozpočtu s ohledem na relevantní stanovení nabídkové ceny. Vypracování a podání žádosti o účast nebo podání nabídky.
3. Průběh soutěže/hodnocení nabídek	Posouzení a hodnocení nabídek dle předem stanovených kritérií, ukončení zadávacího řízení, uveřejnění ve věstníku VZ a profilu zadavatele, oznámení o výsledku, podpis smlouvy s dodavatelem.	–
4. Realizace zakázky/kontrola plnění	Kontrola a proplácení fakturace čerpání finančních prostředků, administrace případných změn, sledování splnění cílů (odborně i časově náročný proces).	Realizace samotné zakázky, administrace spojená s fakturací čerpání finančních prostředků a administrace případných změn.
5. Ukončení realizace zakázky	Kontrola předmětu plnění, proplacení prostředků.	Předání předmětu plnění VZ.

Zdroj: vlastní zpracování

Podmínky a způsob zadávání VZ upravuje ZZVZ. Ve vztahu ke kvalifikačním předpokladům v oblasti administrace veřejných zakázek klade současné znění zákona na administrátora požadavek nepodjatosti. Pozice administrátora představuje důležitou roli v průběhu přípravy, zadávání a realizace výběrového řízení. Nejsou však stanoveny profesní požadavky nebo prokazování odborné či jiné způsobilosti. Zákon neuvádí požadavky pro výkon administrace, požadavky na vzdělání, dostatečnou praxi a zkušenosti ze zakázkami obdobného rozsahu.

Objektivita stanovování výše podpor

Stanovení předpokládané hodnoty veřejné zakázky je jednou z klíčových povinností zadavatele. Předpokládaná hodnota veřejné zakázky je výše úplaty, za kterou zadavatel předpokládá, že pořídí zboží nebo službu poptávanou ve veřejné zakázce, a určuje, o jaký druh jde (podlimitní/nadlimitní VZ), a jakými pravidly se bude muset při hledání dodavatele a výběru nejlepší nabídky řídit. Čím vyšší je předpokládaná hodnota veřejné zakázky, tím musí být naplněno více požadavků a je náročnější se o ni ucházet. S předpokládanou hodnotou stoupají především požadavky na profesní a kvalifikační

podmínky. Je vhodné, aby zadavatel provedl průzkum trhu, ve kterém se zaměří na obvyklé (průměrné) nabídkové ceny dodavatelů jejich služeb nebo zboží.

Nabídky, které stanovuje zadavatel, jsou hodnoceny podle jejich ekonomické výhodnosti nebo se ekonomická výhodnost nabídek hodnotí na základě nejvýhodnějšího poměru nabídkové ceny a kvality. Zadavatel může v některých případech ekonomickou výhodnost nabídek hodnotit podle nejnižší nabídkové ceny (ZZVZ, § 114).

Objektivita spočívá pro dodavatele také v tom, že jsou všem předem známe podmínky – cíl/předmět veřejné zakázky, podmínky zajištění kvality, kritéria výběru a hodnocení apod.

Flexibilita

Flexibilitu v oblasti veřejných zakázek lze chápat jako schopnost reagovat na změnu či aktuální potřebu v procesu veřejné zakázky.

Flexibilitu u tohoto nástroje lze rozdělit na změnu nebo doplnění zadávací dokumentace a na změnu závazku z již uzavřené smlouvy na veřejnou zakázku (dále jen „změna závazku“).

Zadavatel zakázky může změnit nebo upravit zadávací dokumentaci před uplynutím lhůty pro podání žádosti, předběžných nabídek nebo nabídek. Tato změna musí být dodavatelům včas oznámena a zveřejněna. Musí zde být také jednoznačně vymezen obsah a podmínky a nesmí změnit celkovou povahu veřejné zakázky (může se týkat rozsahu dodávek, služeb nebo stavebních prací, ceny a jiných obchodních nebo technických podmínek).

U změn již uzavřené smlouvy může mít změna dva důsledky, a to buď změnu původní smlouvy dodatkem, nebo vypsání nového zadávacího řízení (toto řešení lze považovat za zdlouhavé a neekonomické). Změny závazku je nutné dle zákona dělit na změny podstatné²⁹ a nepodstatné³⁰, tedy takové, kdy je možná jejich změna prostřednictvím dodatku, aniž by vznikla povinnost opakovat celé zadávací řízení. Nepodstatné změny jsou především takové, které nemění smlouvu v podstatných náležitostech a jejichž dopad na zásady hospodářské soutěže a zadávání veřejných zakázek je nulový či minimální. Které změny jsou přípustné a které nikoliv řeší ZZVZ.

Podle ZZVZ může zadavatel realizovat více změn závazku z jedné smlouvy. Každá změna musí být odůvodněna alespoň jedním důvodem, jinak je nutné provést nové zadávací řízení pro neodůvodněné změny. Pokud jedna věcná změna spočívá ve změně více položek (zejména v případě položkových rozpočtů), lze stejné odůvodnění vztáhnout k více položkám, které spolu věcně souvisejí.

V oblasti veřejných zakázek je kvalita plnění závazků dodavatelem primárně ukotvena v zadávacím řízení veřejné zakázky, kde je stanovena v tzv. kvalifikačních kritériích. Požadavky na způsobilost dodavatele k účasti na soutěži je primárně ukotvena rovněž v ZZVZ. Podmínky účasti v soutěži jsou dány prokázáním základní a profesní způsobilosti dodavatele. Dále zákon vymezuje podmínky pro splnění ekonomické a technické kvalifikace dodavatele. U adiktologických služeb by to mohlo znamenat např. určení odbornosti pracovníků v dané službě, nebo podmínku certifikace odborné způsobilosti, což by do jisté míry zaručovalo kvalitu služeb.

Veřejné zakázky mají návaznost na strategické dokumenty obcí a krajů (územní plánování). Tyto dokumenty slouží jako analytické podklady, které obsahují zjištění a vyhodnocení stavu a vývoje území,

²⁹ Podstatná změna je např. v rámci rozpočtu projektu, názvu jejich položek, tvorba nových položek atd.

³⁰ Nepodstatnou změnou se myslí např. změna doručovací adresy, změna kontaktních osob, změna metody realizace projektu či klíčových aktivit.

jeho hodnot a potřeb (rozbór udržitelného rozvoje území). Při zpracování strategických cílů vychází veřejná správa z cílů stanovených vládou a při zpracovávání místních strategií by měla být brána v potaz specifika a potřeby daného regionu. Zajistit rovnost příležitostí a trvale udržitelný rozvoj prostřednictvím zadávání veřejných zakázek je úkol, který vyžaduje spolupráci všech důležitých zainteresovaných skupin, tj. politiků, veřejné správy, dodavatelů a dalších aktérů, kteří se na procesu VZ spolupodílejí. Zadávací dokumentace se tvoří v časovém předstihu a je dlouhodobě plánovaná, nereaguje tedy na aktuální potřeby. Účastníci fokusních skupin konstatovali, že na případnou vzniklou změnu je složitější reagovat, problém se dá řešit právě dodatky ke smlouvám.

Stabilita

➤ Stabilita alokace celkového objemu finančních prostředků na veřejné zakázky:

Obdobně jako ostatní systémy i národní systém veřejného nakupování v ČR podléhá obecně řadě vlivů, jako jsou měnící se priority, působení zájmových skupin, ideologií, správního systému a politických vlivů. V rámci měnících se makroekonomických ukazatelů dochází v rámci úspor často k přesunu finančních prostředků do oblastí s vyššími prioritami (Kameník, 2013).

➤ Stabilita pro poskytovatele služby:

Jakmile se poskytovatel služby stane vítězem veřejné zakázky, stane se uzavřená smlouva garancí platby za poskytnuté služby na předem určené období několika let (objem finančních prostředků vynakládaných za službu již nepodléhá vnějším vlivům – jde o závazek objednatele platit domluvenou sumu za domluvenou službu za jasně stanovených podmínek).

Nový zákon o zadávání veřejných zakázek (z r. 2016) přinesl mimo jiné i uvolnění pravidel pro změny závazků ze smluv na plnění veřejných zakázek, a to rozšířením okruhu tzv. nepodstatných změn. Zákon připouští, aby si zadavatelé vyhradili již v zadávací dokumentaci veřejné zakázky právo provést po uzavření smlouvy její případné změny týkající se rozsahu dodávek, služeb nebo stavebních prací, ceny, jiných obchodních či technických podmínek anebo změny v osobě dodavatele, a to bez nutnosti realizace nového zadávacího řízení. Uvedené změny může zadavatel realizovat pouze tehdy, vymezí-li obsah a podmínky pro provedení změn již v zadávací dokumentaci. Podmínkou je také, že změny nesmí vést k modifikaci celkové povahy veřejné zakázky (Slováčková, 2017).

Ohrožující pro služby může být pozdní (ex-post) vyplácení faktur za služby.

Kontrolovatelnost a ověřitelnost vynaložených prostředků

Kontrola dodržování obchodních podmínek veřejné zakázky je založena na samotné smlouvě mezi zadavatelem a dodavatelem. V případě veřejných zakázek zadavatel nekontroluje účetnictví a konkrétní položky rozpočtu, kontrolují se zejména výstupy a celkové plnění smlouvy. V případě porušení smluvních povinností se postupuje podle ustanovení uzavřené smlouvy (sjednané sankce), a pokud tak smlouva výslovně nevylučuje či neupravuje jinak, též podpůrně podle ustanovení zákona č. 89/2012 Sb. (občanský zákoník).

Naplnění principu 3E

Princip samotné veřejné soutěže, kdy jsou všem předem známy podmínky získání zakázky – cíl/předmět veřejné zakázky, podmínky zajištění kvality, kritéria výběru apod. a kdy vyhrává dodavatel s nejlepší nabídkou, tj. s nejlepším poměrem cena/výkon/kvalita, je zajištěním a praktickým uplatněním 3E.

Na zohlednění principu 3E se musí zadavatel zaměřit nejvíce ve fázi plánování a přípravy VZ, tj. ve fázi, kdy zadavatel stanoví předmět VZ, druh zadávacího řízení, požadavky na prokázání kvalifikace, vybírá základní metodu hodnocení nabídek (popř. dílčí hodnotící kritéria a jejich váhu), zpracovává návrh smlouvy a dobu jejího trvání. Zadavatel je proto povinen s ohledem na předmět VZ používat taková hodnotící kritéria, která umožní sledovat kritérium hospodárnosti, efektivnosti a účelnosti. Při výběru dodavatele by se pak hodnotitelé měli zaměřit na to, zda je nabídka v potřebné kvalitě a za odpovídající cenu, zda přispívá k naplnění cílů, a to v míře, která odpovídá vynaloženým prostředkům, a zda slouží k naplnění jasně stanoveného účelu.

V popisu předmětu plnění by se měly v co největší míře promítat cíle, což by mělo zajistit, aby byla zakázka účelná. Dostatečná specifikace potřeby, které má zakázka naplnit, by měla zabránit nutnosti výběru nejlevnější nabídky, která si může nízkou cenou kompenzovat nízkou kvalitou. Na druhou stranu pokud je předmět plnění vymezen příliš úzce, bude realizovatelný pouze nízkým počtem dodavatelů, kteří mohou plnění nabídnout. Klesá tak konkurenční tlak a nabídky nemusí být těmi nejvýhodnějšími, čímž by došlo k popření principu hospodárnosti (Horký, 2017).

Praktické uplatňování principu 3E u zadávání veřejných zakázek se nedá zobecnit. Za jeho zavedení zodpovídá konkrétní zadavatel veřejné zakázky a rozsah či způsob uplatnění se liší u každé veřejné zakázky podle jejího zaměření.

Na rozdíl od dotací zadavatel u veřejných zakázek již nekontroluje dodržování 3E u samotného dodavatele. Po uzavření smlouvy zadavatel kontroluje plnění podmínek plynoucích z uzavřené smlouvy.

Navíc uplatňování principu 3E není v současnosti upraveno v ZZVZ, který upravuje primárně proces zadávání veřejných zakázek, tedy postupy od zahájení zadávacího řízení do okamžiku uzavření smlouvy. Požadavek principu 3E vynaložených prostředků je však upraven v jiných právních předpisech (Stanovisko odboru veřejné správy, dozoru a kontroly Ministerstva vnitra č. 3/2017).

Transparentnost

Základním účelem této zásady je zajištění co největší průhlednosti řízení, která přispívá k přezkoumatelnosti celého řízení a k možnosti kontroly postupu. Zásadu transparentnosti a povinnosti vztahující se k jejímu naplňování lze identifikovat v podstatě ve všech fázích zadávacího řízení.

Naplnění transparentnosti lze spatřovat např. v povinnosti pořizovat písemnou dokumentaci o všech významných úkonech, jasně vymezit kritéria, dle kterých budou hodnoceny nabídky dodavatelů vždy v dostatečném předstihu, opatřit všechna rozhodnutí řádným odůvodněním.

Zadavatel může uveřejnit předběžné oznámení o úmyslu vyhlásit veřejnou zakázku. Poté uveřejní oznámení o zahájení zadávacího řízení a o jeho výsledku. Během zadávacího řízení je povinností uveřejňovat postup komise pro otevírání obálek či postup hodnotící komise v protokolech. I v případě veřejných zakázek platí povinnost zveřejňovat nově uzavírané smlouvy s plněním nad 50 000 Kč bez DPH v registru smluv. Od 1. 7. 2017 platí pravidlo, že bez uveřejnění v registru smluv nenabyde smlouva účinnosti. Publikovány musí být rovněž všechny dodatky.

V ČR určuje transparentnost veřejných zakázek primárně zákon o zadávání veřejných zakázek, který mj. definuje rozsah informačních povinností pro zadavatele (jaké informace budou publikovány, v jakém termínu a jakým způsobem). Sekundárně je to zákon č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, který dává komukoli právo vyžádat si další informace veřejného charakteru, přestože je zadavatel není povinen zveřejňovat.

V ČR je zaveden Informační systém o veřejných zakázkách (dále jen IS VZ). Součástí tohoto Informačního systému je samostatný Věstník veřejných zakázek. Tento Věstník zajišťuje uveřejňování povinných informací zadavatelem, které jsou uvedeny v zákoně o zadávání veřejných zakázek a jejichž realizace je upravena v Prováděcím nařízení Komise (EU) 2015/1986 ze dne 11. listopadu 2015. Návod, jak mají zadavatelé postupovat při uveřejňování informací a dokumentů, je uveden v Metodice k vyhlášce o uveřejňování formulářů pro účely ZZVZ a náležitostech profilu zadavatele (2017).

Odpovědným úřadem za metodické řízení procesu zadávání veřejných zakázek a investiční politiky státu je Ministerstvo pro místní rozvoj, které je zároveň správcem Portálu o veřejných zakázkách a koncesích. MMR zpracovává každoročně statistiku veřejných zakázek, které jsou evidovány ve Věstníku veřejných zakázek. V rámci projektu vytvoření národní infrastruktury pro elektronické zadávání veřejných zakázek v ČR (NIPEZ) byl podrobně rozpracován Národní elektronický nástroj (NEN) pro zadávání veřejných zakázek jako klíčový prvek celé infrastruktury NIPEZ a to formou koncepční, funkční a datové architektury.



4 Nástroje financování adiktologických služeb v zahraničí

Fenomén užívání návykových látek je nejen národním, ale i mezinárodním tématem, které je třeba řešit v celosvětovém kontextu. Velmi důležitou roli hraje zejména koordinace činností v oblasti protidrogové politiky na úrovni Evropské unie. Společným rámcem pro reakci na popularitu návykových látek je protidrogová strategie EU, která zajišťuje, že zdroje investované v oblasti protidrogové politiky jsou využívány efektivně s přihlédnutím k institucionálním a finančním omezením členských států a institucí EU. Aktuální drogová strategie Evropské unie je platná od r. 2013 do r. 2020, a její hlavní cíle jsou:

- přispívat k měřitelnému snížení poptávky po drogách, drogové závislosti a zdravotním a sociálním rizikům a škodám spojenými s drogami;
- přispět k narušení nezákonného trhu s drogami a měřitelnému snížení dostupnosti nezákonných drog;
- podporovat koordinaci prostřednictvím aktivního diskursu a analýzy vývoje a výzev v oblasti drog na úrovni EU a na mezinárodní úrovni;
- posílit dialog a spolupráci mezi EU a třetími zeměmi a mezinárodními organizacemi v otázkách drog;
- přispět k lepšímu šíření výsledků monitorování, výzkumu a hodnocení a lepšímu pochopení všech aspektů drogového jevu a dopadu intervencí s cílem poskytnout spolehlivý a komplexní důkazní základ pro politiky a činnosti (EU Drugs Strategy, 2013–2020).

Financování adiktologických služeb se liší na úrovni jednotlivých členských států EU. Níže jsou uvedené obecné informace o financování adiktologických služeb vybraných členských států EU.

Tabulka 11 Financování adiktologických služeb v členských státech EU

Stát	Financování adiktologických služeb
Belgie	Financování protidrogové politiky Belgie vychází z úrovně federálního rozpočtu (rozpočtů jednotlivých ministerstev). Systém zdravotní péče je organizován a financován Federální službou veřejného zdraví, kvality potravin a životního prostředí, která přerozděluje prostředky přidělené ministerstvem zdravotnictví. V roce 2012 bylo odhadováno, že výdaje spojené s protidrogovou problematikou představují 0,6 % HDP.

Stát	Financování adiktologických služeb
Bulharsko	Zdravotní péče poskytována státními veřejnými institucemi je pro pacienty bezplatná, soukromá zdravotní péče je hrazená klienty. Státní zdravotní péče je hrazena ze státního rozpočtu, přičemž správcem dané kapitoly je ministerstvo zdravotnictví, do vlastních zdravotních zařízení mohou investovat obce a soukromé osoby. Zdravotní zařízení mohou být financovány i formou dotací ze státního nebo místního rozpočtu. Ve financování protidrogové politiky dominuje úroveň státního rozpočtu, dále úroveň soukromého financování a investic, která je regulována Národní mapou zdravotní péče (National Health Map).
Dánsko	Financování adiktologických služeb je v Dánsku zabezpečeno prostřednictvím dohody o grantech pro sociální rezervy. Ta měla v letech 2013–2018 plánovaný rozpočet 13,8 milionů EUR na intervence související s drogami. Částka pro rok 2015 představovala 0,02 % HDP.
Estonsko	Adiktologické služby jsou financovány zejména ze státního rozpočtu z úrovně jednotlivých ministerstev. Léčebná péče je financována prostřednictvím ministerstva sociálních věcí, služba snižování rizik prostřednictvím Odboru prevence drogových závislostí a infekčních nemocí Národního institutu pro rozvoj veřejného zdraví, který financuje několik nestátních organizací, poskytujících konkrétní služby. Odbor provádí také preventivní aktivity, přičemž ty, které jsou prováděny na školách, financuje ministerstvo školství. Celkové výdaje na protidrogovou politiku se v r. 2011 pohybovaly přibližně na úrovni 0,023 % estonského HDP.
Finsko	Vláda stanovuje roční rozpočet na protidrogovou politiku v souladu se strategickými dokumenty a zejména akčním plánem. Lékařská péče ve Finsku je poskytována bezplatně nebo podléhá jen nízké poplatkové povinnosti. Financování je zajištěno ze státního rozpočtu formou financování místních zdravotních služeb. Pobytové služby jsou hrazeny zálohově – formou zálohy poskytnuté místním úřadem sociální péče dle bydliště klienta. V r. 2013 bylo na protidrogovou politiku vynaloženo 0,2 % HDP.
Francie	Za financování protidrogové politiky ve Francii odpovídá zejména Vládní útvar pro boj proti drogám a závislostnímu chování. Na financování se podílí i státní fond, jehož zdrojem jsou příjmy z prodeje majetku, který byl zabaven v souvislosti s drogovou trestnou činností. Celkové výdaje Francie na protidrogovou politiku činily v r. 2014 0,1 % francouzského HDP.
Chorvatsko	V Chorvatsku jsou preventivní programy v oblasti adiktologie financovány státním rozpočtem. Léčebné služby stojí na principu rozdělení financování mezi odpovědnost více subjektů. Léčebné aktivity jsou financovány ministerstvem zdravotnictví. V r. 2015 byly výdaje na protidrogovou politiku přibližně 0,2 %.

Stát	Financování adiktologických služeb
Irsko	Přibližně 0,09 % irského HDP je vynakládáno na výdaje spojené s protidrogovou politikou. Více než třetina z rozpočtu na protidrogovou politiku jde přímo do rozpočtu Státní zdravotní správy, většina financí je tedy poskytována z centrální a ministerské úrovně. Výdaje vynakládáné na protidrogovou politiku mají obecně tendenci spíše klesat.
Itálie	Protidrogová politika Itálie je financována z více úrovní. Léčebná péče je financována z rozpočtů regionálních vlád, dalším zdrojem je rozpočet Národního protidrogového intervenčního fondu, který financuje programy harm reduction (zejména výměnu stříkaček a jehel). Z hlediska financování protidrogové politiky je v Itálii patrný klesající trend – v r. 2012 se výdaje na protidrogovou politiku pohybovaly na úrovni 0,18 % HDP.
Kypr	Financování zdravotních služeb je vícezdrojové, zdravotní služby jsou poskytovány v rámci zdravotní péče. Zdravotnictví na Kypru je státní, ale i soukromé. Probíhá projekt Národního zdravotního systému, který má za cíl obě části integrovat, čímž dojde ke sjednocení úrovně financování. Mezi hlavní zdroje financování péče z hlediska veřejné části péče patří příspěvky zaměstnavatelů a daň z příjmu. Kyperská protidrogová rada poskytuje roční dotace na programy protidrogové prevence, léčebné programy a programy minimalizace rizik (Treatment and Harm Reduction Programmes).
Litva	Financování protidrogové politiky je vícezdrojové, přičemž převažuje podíl veřejných rozpočtů (zejména úroveň rozpočtů jednotlivých ministerstev). Primární protidrogová prevence je financována ministerstvem školství, služby minimalizace rizik jsou financovány zejména v rámci rozpočtové kapitoly ministerstva zdravotnictví a léčba je hrazená ze zdravotního pojištění (v menší míře se podílejí i místní rozpočty nebo soukromé služby, které si klienti hradí sami). Výdaje na protidrogovou politiku se v Litvě pohybovaly v r. 2015 na úrovni 0,2 % HDP.
Lotyšsko	Většina léčebných a sociálních programů je pokryta z ministerstva zdravotnictví a ministerstva sociálních věcí. Náklady na péči v privátních zařízeních si pacient plně hradí sám. Služby minimalizace rizik jsou realizovány Centrem pro kontrolu a prevenci nemocí a jsou materiálně podporovány formou dodávek (např. jehel do nízkoprahových center). Provoz centra je hrazen z místních rozpočtů. Preventivní programy jsou na školách financovány ministerstvem školství, v rámci mimoškolních aktivit pak místními samosprávami. Výdaje na protidrogovou politiku se v Lotyšsku odhadovaly v r. 2008 na 0,01 % HDP.
Lucembursko	Protidrogová politika je v Lucembursku financována zejména z rozpočtu ministerstva zdravotnictví. Je uplatňován dotační princip ve smyslu podpory nevládních organizací. V r. 2014 vyčlenilo ministerstvo zdravotnictví 11 milionů EUR na služby a programy v oblasti drog a drogových závislostí.

Stát	Financování adiktologických služeb
Maďarsko	Na přípravě státního rozpočtu se podílí Národní oddělení drogové prevence, podílí se na plánování prostředků drogové prevence a sleduje jejich využití. Preventivní aktivity jsou financovány zejména na úrovni státního rozpočtu formou grantů. Služby minimalizace rizik jsou financovány z více zdrojů (centrálně formou grantů, může být doplněno o úroveň místních samospráv). Léčebné služby jsou financovány výhradně zdravotní pojišťovnou, sociální služby jsou hrazeny z příslušné kapitoly státního rozpočtu. Mezi lety 2000–2007 se výdaje na protidrogovou politiku pohybovaly mezi 0,04–0,05 % HDP.
Německo	Systém financování je vertikálně rozdělen dle konkrétní služby do několika úrovní. Poradenské služby pro drogově závislé jsou financovány obcemi, detoxikace a odvykací léčba probíhá v nemocnicích nebo speciálních odděleních psychiatrických nemocnic a je hrazena ze zdravotního pojištění. Výdaje na rehabilitace jsou hrazeny ze spolkového penzijního fondu. Výdaje na drogovou problematiku v r. 2006 byly 5,2 miliardy EUR, což je přibližně 0,25 % německého HDP.
Nizozemí	Léčebné služby v Nizozemí jsou financovány mechanismem zdravotního pojištění. Aktivity směřující k sociální oblasti jsou financovány vícezdrojově, zejména ze státního rozpočtu, ale také z úrovně obecních rozpočtů. V r. 2003 se výdaje na protidrogovou politiku rovnaly asi 0,5 % HDP.
Polsko	Zdravotní péče je pro pacienty poskytována bezplatně. Primárním zdrojem financování je Národní fond zdravotního pojištění. Základním principem financování adiktologických služeb je diversifikace zdrojů – fondové financování ve smyslu zdravotního pojištění, rozpočty samosprávných celků (vojvodství a obcí). Část adiktologických služeb je financována Národním úřadem pro prevenci drog, jehož finančními zdroji jsou dotace ze státního rozpočtu, a finanční prostředky Státního fondu, do kterého jsou převáděna 3 % výnosů z daně z hazardních her, přičemž tyto prostředky lze následně použít pouze pro prevenci a léčbu nelátkových závislostí. Výdaje na protidrogovou politiku v r. 2015 byly v Polsku 35,5 milionů EUR.
Portugalsko	V Portugalsku nejsou výdaje na adiktologické služby odděleny od celkového financování a jsou tedy zahrnovány do celkových rozpočtů. V letech 2009–2011 Portugalsko vynaložilo na protidrogovou politiku 0,05 % HDP. Za protidrogovou politiku zodpovídá protidrogová agentura.
Rakousko	Financování adiktologických služeb v Rakousku zahrnuje zejména financování zdravotní péče, které je vícezdrojové. Klíčovou úlohu při financování hrají zejména jednotlivé spolkové země, úroveň financování vychází od spolkové vlády, obcí a fondů sociálního zabezpečení. V r. 2013 byly výdaje Rakouska na aktivity související s drogami 278 mil. EUR, což je přibližně 0,09 % HDP.

Stát	Financování adiktologických služeb
Rumunsko	V Rumunsku je oblastí protidrogové politiky zajišťována vícezdrojovým financováním v rámci jednotlivých kapitol státního rozpočtu. Místní rozpočty mají jen velmi nízký podíl na financování, soukromé prostředky téměř absentují. Preventivní programy jsou primárně financovány z rozpočtu ministerstva školství a vědy a z prostředků Národní protidrogové agentury. Léčebná péče je financována jednak agenturou a jednak v rámci nemocniční zdravotní péče vycházející ze zdravotního pojištění.
Řecko	Financování protidrogové politiky v Řecku vychází z toho, že velká část služeb je poskytována nevládními organizacemi, přičemž stát přispívá na jejich činnost. Aktivitu minimalizace rizik a systém léčebné péče financuje ministerstvo zdravotnictví. V r. 2012 bylo vynaloženo na realizaci drogové politiky 0,07 % HDP.
Slovensko	Slovensko má na financování protidrogové politiky vícezdrojové finanční prostředky, přičemž nejvíce jich je ze státního rozpočtu, dále nadnárodních zdrojů, evropských fondů, darů a sponzoringu. Od r. 2013 je poskytování dotací na protidrogové aktivity v kompetenci ministerstva zdravotnictví. Ministerstvo školství, vědy, výzkumu a sportu ve svém rozvojovém projektu „Zdraví a bezpečnost ve školách“ v roce 2015 podpořilo 17 projektů na základních a středních školách ve výši 31 985 EUR. Ministerstvo vnitra podporuje protidrogové aktivity prostřednictvím dotací přidělovaných na návrh krajských koordinátorů pro prevenci kriminality. Ministerstvo práce, sociálních věcí a rodiny poskytlo v roce 2015 dotace orgánům akreditovaným pro sociální a právní ochranu dětí a sociální péče včetně rehabilitačních středisek pro závislé a občanská sdružení zapojená do minimalizace rizik. Ministerstvo zdravotnictví vyčlenilo na poskytování dotací na podporu aktivit v souladu s Národním protidrogovým strategickým plánem Slovenské republiky na období 2013–2020 na rok 2017 částku ve výši 537 764,00 EUR. Cílem je finanční podpora programů, aktivit, inovativních přístupů a také zachování kontinuity aktivit a iniciativ v oblasti drog, včetně prevence drogové závislosti, léčba drogových závislostí a oblast resocializace drogově závislých osob.
Slovinsko	Protidrogová politika je financována převážně z prostředků veřejných rozpočtů. Sociální služby jsou financovány ministerstvem práce, sociálních věcí, pro rodinu a rovné příležitosti. Léčebné aktivity jsou financovány ze zdravotního pojištění. Soukromé prostředky vstupují do financování zejména prostřednictvím služeb poskytovaných nestátními organizacemi, zejména v rámci služeb drogové prevence. Celkové výdaje na protidrogovou politiku se pohybují přibližně kolem 0,03 % HDP.

Stát	Financování adiktologických služeb
Španělsko	Většina adiktologických služeb je poskytována městy a provinciemi, přičemž je využíván princip místního určení – největší část přidělených finančních prostředků je rozdělena na úroveň autonomních oblastí, a ty rozhodují o využití v jednotlivých městech a provinciích.
Švédsko	Protidrogová politika ve Švédsku je financovaná v závislosti na financování vládních agentur, které jsou financovány z rozpočtové kapitoly ministerstva, v jehož gesci působí. Celkové výdaje na protidrogovou politiku se v r. 2002 pohybovaly na úrovni 0,2–0,4 % HDP.
Velká Británie	Ve Velké Británii je 95 % léčebných služeb hrazeno z veřejných zdrojů (daně, dotace, půjčky), z toho více než 70 % státem a zbylá část místními rozpočty. Velká Británie využívá k financování nástroje „payment by results“ a „payment by outcomes“. Převažuje princip financování z veřejných rozpočtů, v r. 2010 se celkové výdaje na protidrogovou politiku pohybovaly okolo 0,5 % HDP.

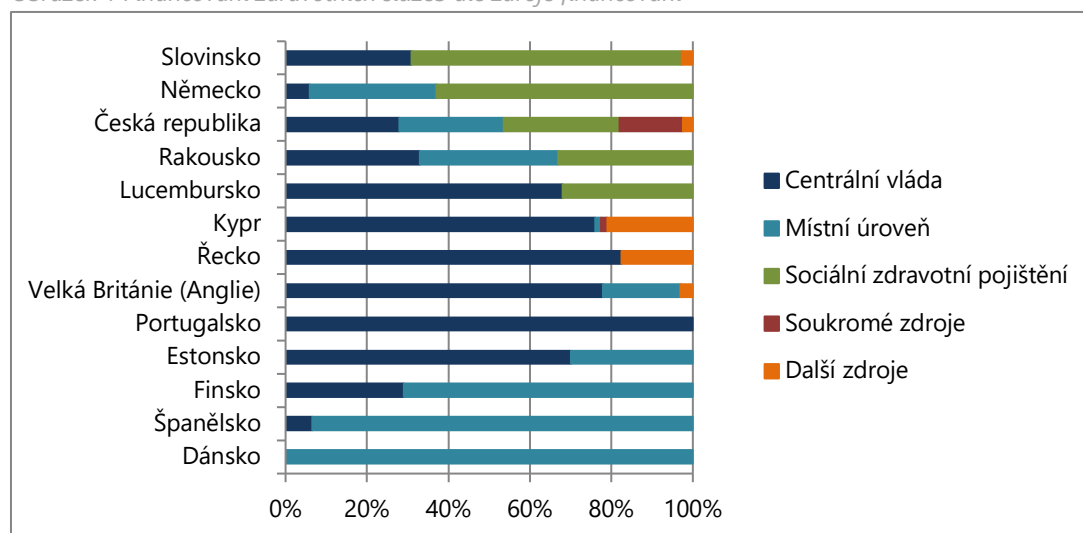
Zdroj: Analýza mezinárodního a národního legislativního rámce protidrogové politiky a mezinárodních, národních a regionálních strategických dokumentů (Sociotrendy, 2018)

Z tabulky vyplývá, že ve většině evropských států jsou používány nástroje financování, které jsou využívány i v České republice (dotace, platba za výkon). Velká Británie představuje jednu z mála zemí, ve které jsou využívány nástroje financování, které nejsou uplatňovány v České republice, konkrétně se jedná o „platbu za výsledky“ a „platbu za výstupy“ (viz kapitola č. 4.2 a 4.2.1).

Co se týče financování služeb, převládá financování ze státních rozpočtů (např. prostřednictvím zdravotních pojišťoven, rozpočtů ministerstev, případně agentur a fondů). U mnoha zemí je také vícezdrojový charakter financování služeb (např. Rakousko, Itálie, Kypr, Litva, Nizozemí či Rumunsko). Např. Polsko uplatňuje mj. 3 % procenta výnosů z daně z hazardních her.

Z obrázku č. 1 je patrné, že v evropských státech je zdravotní péče financována většinou z veřejných zdrojů.

Obrázek 1 Financování zdravotních služeb dle zdroje financování



Zdroj: EMCDDA, 2011, upraveno

Veřejné zdroje jsou prostředky, které vláda získává např. prostřednictvím daní. Tyto zdroje mohou pak být poskytovány na různých úrovních – státní, regionální či místní (tabulka 1). V řadě evropských zemí je zdravotní péče financována prostřednictvím sociálního zdravotního pojištění. Zaměstnanci a zaměstnavatelé jsou povinni přispívat do fondů zdravotního pojištění, které financují i adiktologické služby.

Tabulka 12 Úrovně, na kterých je řízeno financování adiktologických služeb

Stát	Národní	Regionální	Místní
Česká republika	X	X	X
Dánsko			X
Německo	pouze modelový projekt	X	X
Estonsko	X		
Řecko	X		
Španělsko	X	X	X
Kypr	X		
Lucembursko	X		
Rakousko	X	X	X
Portugalsko	X		
Slovinsko	X		X
Finsko			X
Velká Británie (Anglie)	X		X

Zdroj: EMCDDA, 2011

Z těchto úrovní – ať již národní, regionální či místní – jsou přerozdělovány finanční prostředky různými nástroji, kterým se tato analýza více věnuje. V Evropských zemích se můžeme setkat např. s vyrovnávací platbou. Ve Velké Británii jsou využívány nástroje „platba za výsledky“ a „platba za výstupy“.

4.1 Vyrovnávací platba (Compensation)

Vyrovnávací platba je platba z veřejných rozpočtů, kterou veřejná instituce poskytuje určitému subjektu k pokrytí nákladů veřejně prospěšných služeb. Jedná se o nástroj, který umožňuje, aby služby určené veřejnosti mohly být poskytovány, přestože samy o sobě nejsou bez finanční podpory schopny fungovat na tržním základě (Zuska, 2015a). Vyrovnávací platba není právní titul, nýbrž ekonomická kategorie představující částku, která poskytovateli služby chybí, aby byl schopen danou službu zajistit tj. zejména pokrytí čistých nákladů vynaložených při plnění závazků veřejné služby (Zuska, 2015a).

Vyrovnávací platba je upravována předpisy EU o veřejné podpoře. Za nejvýznamnější pro aplikaci k financování sociálních služeb je pak považována úprava daná Rozhodnutím Komise č. 2012/21/EU o použití čl. 106 odst. 2 Smlouvy o fungování EU na státní podporu ve formě vyrovnávací platby za závazek veřejné služby udělené určitým podnikům pověřeným poskytováním služeb obecného hospodářského zájmu („Rozhodnutí Komise“) (Zuska, 2015a).

Dle Rozhodnutí Komise (2011) vyrovnávací platba za závazek veřejné služby není státní podporou ve smyslu článku 107 Smlouvy o fungování Evropské unie, pokud jsou splněna čtyři kumulativní kritéria:

- 1) Podnik, který je příjemcem vyrovnávací platby, musí být skutečně pověřen závazky veřejné služby a tyto závazky musí být jasně vymezeny.
- 2) Parametry, na jejichž základě je vyrovnání vypočteno, musí být předem stanoveny objektivním a transparentním způsobem.

- 3) Vyrovnání nesmí přesahovat meze toho, co je nezbytné k pokrytí všech nebo části nákladů vynaložených k plnění závazků veřejné služby se zohledněním příslušných příjmů a přiměřeného zisku.
- 4) Pokud v konkrétním případě nebyl podnik, který má plnit závazky veřejné služby, vybrán prostřednictvím řízení pro zadávání veřejných zakázek, které by umožnilo vybrat uchazeče schopného poskytovat předmětné služby s nejnižšími náklady pro společnost, musí být výše nezbytné vyrovnávací platby určena na základě analýzy nákladů, které by na plnění těchto závazků vynaložil běžný, řádně řízený podnik disponující odpovídajícími prostředky.

Z koncepce Rozhodnutí EK pro vyrovnávací platbu vyplývá, že je standardně vyplácena z jednoho zdroje. Pokud např. město nebo kraj pověří určitý subjekt poskytováním služby obecného hospodářského zájmu, zpravidla zajistí výplatu celé vyrovnávací platby, kontrolu jejího čerpání a případně i zpětný odvod tzv. nadměrné platby. V ČR se používá kombinace různých způsobů poskytování vyrovnávací platby.

Rozhodnutí Komise také udává, že výše vyrovnávací platby nepřesahuje rozsah, který je nezbytný k pokrytí čistých nákladů vynaložených při plnění závazků veřejné služby včetně přiměřeného zisku. Tento zisk má zpravidla sloužit ve prospěch poskytování dané služby (pokrytí souvisejících nákladů, investice apod.). Cokoliv nad hodnotu k pokrytí čistých nákladů a zajištění přiměřeného zisku je považováno za „nadměrné vyrovnání“ a musí být vráceno (Zuska, 2015a). Za přiměřený zisk je považována míra návratnosti kapitálu, kterou by požadoval průměrný podnik s přihlédnutím k míře rizika. Výši kalkulace přiměřeného zisku ovlivňují tzv. swap rates, které jsou stanoveny pro jednotlivé členské státy EU v závislosti na době trvání závazku k zajišťování služby obecného hospodářského zájmu (European Commission, 2017). Rozhodnutí Komise ani související předpisy striktně nestanoví, jakou finanční metodou se přiměřený zisk stanoví, a proto je nutné vycházet z konkrétní situace:

- nejčastější metodou je výpočet „marže z obrátu“ v případě, že se nejedná o investici;
- metoda výpočtu tzv. vnitřního výnosového procenta (IRR) u investic,
- vztáhnutí přiměřeného zisku k celkovému „obratu služby“, který zpravidla zohlední veškeré způsobilé náklady pro danou službu, tj. „celkové náklady nezbytné k plnění závazku veřejné služby“.

V případě, že bychom chtěli u konkrétní služby či poskytovatele zdůvodnit vyšší míru přiměřeného zisku, bylo by nezbytné definovat a vymezit i jeho vyšší míru rizika (např. rizika z nejistých výnosů či např. ze stanovené míry kofinancování služby z jiných než veřejných zdrojů).

Možnosti stanovení výše vyrovnávací platby jsou naznačeny ve Sdělení Komise o použití pravidel EU v oblasti státní podpory na vyrovnávací platbu udělenou za poskytování služeb obecného hospodářského zájmu a v Rámci EU pro státní podporu ve formě vyrovnávací platby za závazek veřejné služby. Dle těchto předpisů musejí být parametry sloužící k výpočtu vyrovnávací platby stanoveny objektivním a transparentním způsobem, aby bylo zajištěno, že neposkytují hospodářskou výhodu určitému poskytovateli služby oproti ostatním. Klíčové je, aby bylo od začátku jasné, jakým způsobem se bude stanovovat výše vyrovnávací platby. Při výpočtu vyrovnávací platby je nepřipustné, aby výše vyrovnávací platby závisela na právní formě poskytovatele dané služby (Zuska, 2015a).

4.1.1 Dotace v režimu vyrovnávací platby v ČR

V ČR vydává Pověření jeden zdroj³¹. Stále ale zůstává zachována vícezdrojovost financování sociálních služeb, jak z národní, tak z místní úrovně. Ostatní zdroje financování se pak k tomuto pověření připojují. Vyrovnávací platba může být vyplácena zejména těmito způsoby:

- dotacemi (z prostředků státního rozpočtu nebo z prostředků územního rozpočtu);
- příspěvkem poskytovaným zřizovatelem příspěvkové organizace;
- vkladem do právnických osob poskytovaný zejména podle zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku nebo zákona č. 90/2000 Sb., o obchodních korporacích;
- zadáním veřejné zakázky na poskytování sociálních služeb podle zákona č. 137/2006 Sb., o veřejných zakázkách (Zuska, 2015a).

Dotace v režimu vyrovnávací platby za sociální služby jsou poskytovány jako:

- 1) dotace z prostředků státního rozpočtu (dotace MPSV krajům) poskytnutá podle zákona č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (velká rozpočtová pravidla);
- 2) dotace z prostředků územního rozpočtu kraje/hlavního města Prahy podle zákona č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů (malá rozpočtová pravidla).

Poskytovatelem dotace ze státního rozpočtu se rozumí MPSV, které poskytuje finanční prostředky ze státního rozpočtu, vyhlašuje a určuje podmínky pro jejich poskytování a rozhoduje o účelu jejich vynakládání (MPSV, 2016). MPSV v návaznosti na §101a zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a na zákon č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech, stanovuje pro účely dotačního řízení a posuzování žádostí o dotaci ze státního rozpočtu Metodiku Ministerstva práce a sociálních věcí pro poskytování dotací ze státního rozpočtu krajům a hlavnímu městu Praze. Metodika je závazná pro příjemce dotace a obsahuje pokyn pro stanovení optimální výše finanční podpory a kompetence a role MPSV a příjemce dotace.

Kraje si žádají u MPSV o prostředky, které následně přerozdělují v režimu vyrovnávací platby. Každý kraj podává pouze jednu žádost o dotaci v režimu vyrovnávací platby ze státního rozpočtu. Žádost musí obsahovat všechny požadované údaje a povinné přílohy. Při čerpání dotace v režimu vyrovnávací platby z územního rozpočtu jsou poskytovateli sociálních služeb v ČR pověřeni krajem k poskytování služeb obecného hospodářského zájmu formou Smlouvy o pověření k poskytování služby obecného hospodářského zájmu v souladu s Rozhodnutím č. 2012/21/EU na jejímž základě mohou čerpat finanční prostředky formou vyrovnávací platby. Pověření je jednostranný právní akt kraje, který vychází z potřebných kapacit definovaných v sítích sociálních služeb (Černíková et al, 2017). Obdobně ale jako smlouvy či memoranda zařazení do sítě nedává poskytovateli právní garanci, že z veřejných zdrojů obdrží ve víceletém období konkrétní výši finanční podpory, ale jen určitou míru jistoty, že se s ním v rámci systému počítá a bude s ním jednat o financování (Zuska, 2015). Nejedná se tedy přímo o víceleté financování, postavené na dvoustranném smluvním závazku, nicméně má podobný dopad na stabilitu.

Dojde-li v průběhu platnosti a účinnosti této smlouvy ke změnám v rozsahu registrace poskytování sociálních služeb, pak je možné snížit nebo zvýšit vyrovnávací platbu s ohledem na zúžení nebo

³¹ U služeb s nadregionální či celostátní působností vydává pověření MPSV. U služeb s regionální a lokální působností vydávají Pověření kraje.

rozšíření u každé z poskytovaných sociálních služeb, které se změna týká. V těchto případech je nutné vystavit dodatek ke smlouvě popř. novou smlouvu.

Na základě zkušeností jednotlivých poskytovatelů a donátorů se současně zavedený systém poskytování dotací v rámci vyrovnávací platby jeví jako nekonceptní a málo srozumitelný (RVKPP, 2016). Jedním z důvodů může být i změna v poskytování dotací ze státního rozpočtu na sociální služby s místní a regionální působností, ke které došlo od 01. 01. 2015. Kompetence v rozhodování o výši finanční podpory sociálním službám a administrace dotačního řízení přešly na úroveň krajů, což má za důsledek nejednotný přístup k interpretaci vyrovnávací platby v jednotlivých regionech. Do vyrovnávací platby by měly být započítány veškeré prostředky, které poskytovatel získá z veřejných zdrojů na základě činnosti dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, na konkrétní službu, konkrétní místo a dobu. Mnozí poskytovatelé služeb však nejsou schopni rozlišit, která konkrétní dotace patří do vyrovnávací platby (MPSV, 2016).

Stejné závěry vyplývají i z dotazníkového šetření (RVKPP, 2016), jehož cílem bylo zmapování situace k získání co nejpřesnějšího obrazu o situaci při zavádění vyrovnávacích plateb v jednotlivých krajích. Z přijatých odpovědí od 42 organizací zastupujících 155 adiktologických služeb bylo zjištěno, že polovina respondentů přejímá oficiální stanovisko dle Rozhodnutí Komise ze dne 20. 12. 2011 o použití čl. 106 odst. 2 Smlouvy o fungování EU na státní podporu ve formě vyrovnávací platby za závazek veřejné služby a uvádí, že jejich služby splňují všechny 4 znaky veřejné podpory; zároveň se téměř 44 % respondentů domnívá, že jejich činnost nelze považovat za služby obecného hospodářského zájmu. Z dotazníkového šetření také vyplývá, že jedním z problémů je již samotné pochopení a výklad pojmu „vyrovnávací platba“. Je také patrná vysoká rozdílnost, nedostatečnost, nesrozumitelnost a různorodost výkladu ze strany státní správy.

Optimální výše finanční podpory pro poskytovatele sociální služby je stanovena v metodice MPSV (2016) následujícím způsobem:

- V případě ambulantních a terénních sociálních služeb jako obvyklá (průměrná) hodnota celkových měsíčních nákladů na úvazek pracovníka, přičemž se zohledňují obvyklé výnosy u jednotlivých služeb;
- v případě pobytových sociálních služeb jako obvyklá (průměrná) hodnota celkových nákladů na lůžko/den, přičemž se zohledňují obvyklé výnosy u jednotlivých služeb.

Dle doporučení MPSV by podíl územních samospráv na financování sociálních služeb měl činit minimálně 10 % z obvyklých nákladů služeb. Pokud je VP poskytována z více zdrojů, musí být určen hlavní „garant“ správnosti výpočtu vyrovnávací platby a nakládání s poskytnutými prostředky. Jelikož je financování sociálních služeb vícezdrojové a dochází ke sčítání částí vyrovnávací platby (dotací a ostatních složek VP – darů, příspěvků apod.), je nastavení účinného mechanismu výpočtu VP důležité právě z důvodu, aby nedocházelo k případnému nadměrnému vyrovnání. S cílem respektovat zásady účelnosti, efektivnosti a hospodárnosti podle zákona č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole, je nezbytné, aby byly jasně určeny způsobilé náklady, které mají být platbou pokryty. Jelikož je VP v České republice poskytována vedle dotací také prostřednictvím dalších právních titulů, bude tímto zajištěno, že jednotlivé způsobilé náklady nebudou financovány duplicitně, tj. že financování z různých zdrojů na konkrétní náklady se nebude překrývat. Taktéž bude tímto určeno, zda poskytnutá platba patří do vyrovnávací platby, či nikoliv (MPSV, 2016a).

Přenositelnost do protidrogové politiky ČR

V současné době je v ČR využívána dotace v režimu vyrovnávací platby. V případě ideální aplikace představuje vyrovnávací platba vysoce efektivní nástroj, který využívá například dlouhodobé sledování nákladovosti prostřednictvím výkaznictví a dotačního řízení. Pro úspěšnou aplikaci se vyžaduje jednoznačné stanovení rolí jednotlivých aktérů (v současné praxi je jasná víceméně role pouze MPSV).

Na základě dotazníkového šetření pořádaného RVKPP (2016) byla definována řada problémů, které se pojí s vyrovnávací platbou v ČR. Častokrát příjemci vyrovnávací platby neví, zda jsou finanční prostředky součástí vyrovnávací platby, či nikoliv. Za největší problém se pak považuje přiřazování konkrétních finančních prostředků ke konkrétní službě. Dalšími problémy jsou i nesrozumitelná interpretace základních a fakultativních služeb, nedostatečná právní podpora či neúměrně vysoké administrativní náklady. Z provedeného dotazníkového šetření vyplynula pro vyrovnávací platbu tato opatření, které by bylo třeba realizovat:

- Ověřit, zda adiktologické služby opravdu zakládají veřejnou podporu (v případě, že ne, je třeba hledat jiné mechanismy k vyrovnávací platbě),
- Výsledek zjištění dostatečně prezentovat na celonárodní úrovni.
- Sjednotit výklad a stanovit jednotná národní pravidla jako základ formou obecně právního předpisu nebo závazné metodiky pro oblast VP (zajistit plnou součinnost MPSV a všech krajů).
- Zajistit soulad mezi pověřením, kapacitou služby a financováním sítě sociálních služeb.
- Jednoznačně stanovit základní pravidla a povinnosti všech zúčastněných stran dotačních řízení.
- Nastavit efektivní kontrolní mechanismus.
- Zabránit duplicitní administraci.
- Zjistit stav a způsob provádění v dalších evropských státech řídících se stejným rozhodnutím EK³².
- Přenést odpovědnosti na poskytovatele dotačních prostředků zároveň s povinností zřízení odpovídajících právních titulů.
- V zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách nastavit jasné vymezení pojmů základní a fakultativní činnosti.
- Zrušit povinnost sledování nákladů z hlediska VP a tuto povinnost přenést do oblasti vydávaných dotačních titulů s již existujícím funkčním systémem vyúčtováním a kontroly čerpání.
- Nastavit efektivní komunikaci všech zúčastněných stran pro nastavení základních principů a sjednocení pravidel pro všechny regiony formou závazného předpisu, nebo naopak vycházet z individuálních potřeb poskytovatelů s cílem odstranit nerovnosti při stanovení výše VP.
- Stanovit jednotné parametry pro výpočet VP v oblasti finančních mantinelů a přehodnotit nastavený způsob financování s cílem zajistit tvorbu základního finančního plánu jako součást státního rozpočtu³³.

4.2 Platba za výsledky (Payment by results)

Posuzování výsledků je jedním ze zásadních aspektů úspěšného poskytování zdravotní péče. Britský National Health Service (dále „NHS“) zaznamenával pouze výsledky založené na měření aktivit a

³² V současné době se ověřuje možnost vyřadit z režimu vyrovnávací platby služby sociální prevence, do kterých spadají také některé adiktologické služby, vzhledem k tomu, že nenaplní všechny čtyři znaky veřejné podpory.

³³ RVKPP (2016). Dotazníkové šetření: „Problematika vyrovnávacích plateb v adiktologických službách v České republice“.

procesů, jako jsou čekací doby a počet léčených pacientů. Pro pacienty je ale skutečně důležitý výsledek zdravotní služby, zejména jaký dopad bude mít na jejich blaho a na délku života (O'Connor & Neumann, 2006).

Payment by results (dále „PbR“) neboli platba za výsledky je poměrně nová metoda financování, která byla představena v r. 2002 Ministerstvem zdravotnictví ve Velké Británii a znamenala zásadní změnu ve financování tamních nemocnic (Farrar et al., 2009). V současnosti neexistuje žádná mezinárodní definice platby podle výsledků. PbR bývá zaváděna v různých programech, různými způsoby, a proto bývá samotná interpretace pojmu mnohdy matoucí a zavádějící. Pojem „financování založené na výsledcích“ je často používán pro popis jakéhokoli přístupu, v němž se financování váže k výkonu. PbR je způsob financování, který je podmíněný nezávislým ověřováním výsledků. Je součástí širší agendy vlády Velké Británie a řízen i několika dalšími vládními útvary. DFDI (Department of International Development) rozlišuje dva základní přístupy PbR:

- Results-Based Aid (RBA) – platby od poskytovatelů finančních prostředků partnerským vládním subjektům;
- Results-Based Finance (RBF) – platby od poskytovatele finančních prostředků nebo vlády poskytovatelům služeb (Perrin, 2013).

Mezi hlavní cíle přístupu payment by results patří zejména (Roberts, 2011):

- snížení čekací doby stimulováním ke zvýšení aktivity;
- odměňování za efektivitu a kvalitu poskytovaných služeb (stimulovat nemocnice ke snižování nákladů, které přesahují stanovený tarif, a vyžadovat, aby investovaly do služeb, které vyžadují nižší náklady, než je stanovený tarif; také se předpokládalo, že pokud budou ceny standardizovány, budou poskytovatelé soutěžit o kvalitu poskytovaných služeb);
- podporovat pacienta tím, že peníze budou následovat jeho volbu;
- snížení transakčních nákladů na vyjednávání a spory mezi nemocnicemi a PTC³⁴.

Platba za výsledky používá národní tarify pevných cen, které odrážejí ceny nemocničních procedur v dané zemi. Hlavním cílem této nové metody financování bylo zvýšení efektivnosti, aktivity a kvality poskytované zdravotní péče (Bond, 2017). Pro aplikaci této metody financování je nezbytné, aby výsledky přinášely měřitelná zlepšení, proto není vhodné tento nástroj aplikovat, pokud nelze dosažené výsledky určit či měřit, nebo pokud je ověření výsledků příliš nákladné (O'Connor & Neumann, 2006). Platba za výsledky definovaná Ministerstvem pro místní rozvoj ve Velké Británii (Perrin, 2013) má 3 klíčové prvky:

- platba na základě výsledku;
- oprávnění příjemce (příjemce může rozhodnout o tom, jakým způsobem dosáhne výsledků);
- ověření výsledků.

Platba za výsledek představuje úhradu všech nebo části nákladů ze strany donátorů pouze u výkonů, u kterých bylo dosaženo ověřitelných výsledků (GOV.UK, 2013). Za výsledky jsou nemocnice a poskytovatelé zdravotní péče placeni dle množství provedené práce, což je měřeno dle množství a typů léčených případů. Částka, která je zaplacená za každý typ případu (diagnózu), je pro všechny stejná, pevná a dána předem známými národními tarify. Jako způsob odměňování nemocnic a dalších poskytovatelů zdravotních služeb má platba podle výsledků tři základní komponenty:

³⁴ Národní zdravotnický orgán, který je odpovědný za poskytování zdravotních služeb v dané oblasti.

> **Financování založené na aktivitě**

Financování založené na aktivitě znamená, že nemocnice a další poskytovatelé zdravotních služeb jsou placeni za objem práce, kterou vykonají. Z toho vyplývá, že více práce přinese poměrně vyšší příjem pro poskytovatele, a naopak méně práce bude znamenat poměrně nižší příjem. To představuje posun oproti způsobu placení, kde neexistuje jednoznačná souvislost mezi činností a financováním.

> **„Skupina zdrojů zdravotní péče“ (Healthcare resource groups – HRG)**

Platba za práci, kterou provádí nemocnice a jiní poskytovatelé, je v první řadě měřena dle počtu ošetřených pacientů. Je známo, že náklady na léčbu závisí na faktorech, jako je diagnóza a související složitost péče. Z tohoto důvodu je vytvořeno asi 500 „skupin zdrojů zdravotní péče“ (HRG), což jsou seskupení jednotlivých případů, které si jsou klinicky podobné a vyžadují pro svou léčbu podobné množství prostředků. Vycházejí z mezinárodně uznávaných kategorií diagnóz a rovněž berou v potaz postup, věk pacienta, komplikace a související nemoci. Každá jednotlivá HRG má svou individuální cenu.

Reformy zavedené NHS v r. 2002 činí platbu závislou na skutečném počtu klientů, nikoliv na očekávaném nebo zamýšleném počtu. Částka, která je zaplacená za každého pacienta, závisí na tarifu léčby daného zákazníka, postupu nebo péči, která mu bude poskytnuta. Cena za klienta každé HRG je stanovena na základě průměrné národní ceny, platí vzorec (Roberts, 2011):

$$\text{Příjem (nikoliv rozpočet)} = \text{skutečný počet klientů typu } j \times \text{národní cena pro klienta typu } j$$

> **Platba podle národního tarifu**

Komisaři³⁵ platí poskytovatelům zdravotní péče pevnou cenu za každého ošetřeného pacienta – existuje standardní vnitrostátní tarif, přičemž cena každé jednotlivé HRG vychází z průměrných nákladů na léčbu pacienta v celé HRG. Komisaři tak díky použití národního tarifu mohou nakupovat služby od jakéhokoliv poskytovatele v zemi za stejnou cenu. Pro poskytovatele služeb vnitrostátní tarif znamená, že již nebude existovat souvislost mezi přijatým příjmem a vzniklými náklady – jsou ale provedeny změny nevyhnutelných rozdílů v nákladech mezi poskytovateli z důvodu geografických rozdílů, mzdových rozdílů, rozdílů v cenách nemovitostí atd. (Parsonage, 2004). Mohou se vyskytovat i další úpravy tarifu pro dlouhodobé či krátkodobé pobyty, pro specializované služby apod. (NHS, 2018). Cena za každý případ ale zůstává stejná pro každou nemocnici v zemi, bez ohledu na to, kolik skutečně stojí léčba v jednotlivých organizacích. Poskytovatelé služeb, jejichž náklady jsou vyšší než celostátní průměr proto musí zlepšit svou efektivitu, aby zabránili ztrátám, zatímco ti s nízkými náklady dosáhnou finančních zisků, které použijí ke zlepšení kvality služeb (Parsonage, 2004). PbR tak v podstatě představuje způsob, jak poskytovatelům služeb zajistit fixní cenu za každý jednotlivý případ. Tento systém používaný ve Velké Británii se podobá tomu, který se používá v mnoha dalších zemích, např. Austrálie či USA. Oproti těmto zemím se ale častěji používá pro činnosti v oblasti zdravotní péče (Dixon, 2004).

Existují různé způsoby platby za výsledky, které zahrnují jednak tarify zaměřené na činnosti, které byly zaváděny NHS od r. 2003, jednak přístup zaměřený na sociální vazby v HMP Peterborough.³⁶ Existují i další alternativní způsoby, jak motivovat k zaměření na výsledky (např. NTA finančně pobízí komisaře

³⁵ Pozn. Komisařem může být zástupce centrální či lokální vlády.

³⁶ Jedná se o věznici v Anglii.

při zvýšení počtu osob, které úspěšně dokončí léčbu, což není přímo PbR, ale může to přinášet stejné výsledky) (Roberts & Singleton, 2011).

Payment by results v současnosti ve Velké Británii kryje většinu nákladů na akutní zdravotní péči v nemocnicích, ambulantní péči, nehodovou a mimořádnou událost. Když je pacient hospitalizován, je jeho „péče“ převedena do kódu klasifikačního systému. Tyto informace spolu s informacemi o pacientovi (věk, délka pobytu v nemocnici aj.) jsou posílány do národní databáze Secondary Uses Service (SUS), což přiměje komisaře k výplatě poskytovateli za jeho práci. Například za porodnictví je vyplaceno £ 119, za operaci kyčle £ 5323 (NHS, 2012).

Platba podle výsledků je jednodušeji aplikovatelná na některé typy zdravotních služeb než na jiné. Nejlépe bude fungovat v oblastech jako chirurgie, kde lze snadno klasifikovat případy do homogenních skupin pro uplatňování jednotného souboru cen. Naopak obtížné bude fungování systému u duševního zdraví z důvodu dlouhodobé povahy problému a široké škály faktorů, které mohou mít na duševní zdraví vliv. Platba podle výsledků také vyžaduje dobré informace především v oblasti činnosti a nákladů, a zejména duševní zdravotní péče zaostává ve vývoji a v používání IT (Parsonage, 2004). Payment by results v současnosti pokrývá většinu nákladů, vláda plánuje rozšíření této metody na duševní zdraví, komunity a další služby (NHS, 2013).

Skutečnou výzvou bylo zajišťování služeb protidrogové léčby, poskytování výsledků, které jsou důležité a které budou představovat dobrou hodnotu za vynaložené peníze, kontrolovat veřejné výdaje a roli centrální správy při stanovování cílů, zadávání služeb a řízení výkonů. Vláda tak viděla v payment by results potenciální mechanismus, jehož prostřednictvím lze těchto cílů dosáhnout (Roberts, 2011). Již v dubnu 2012 představilo britské Ministerstvo zdravotnictví pilotní program, dle kterého byli poskytovatelé adiktologických služeb placeni na základě výsledků (zotavení). Tento pilotní program probíhal na 8 územích a byl představen jako jeden z pilířů nové protidrogové strategie (Mason et al., 2015). Závěry, které plynuly z toho pilotního testování, jsou následující:

- pilotní místa mají i navzdory různým strukturám léčby řadu společných rysů;
- celková péče, následná péče a podpora jsou považovány za obzvláště důležité pro udržení úspěchu v oblasti obnovy;
- PbR nyní poskytuje jasnější rámec, který podporuje uživatele i poskytovatele služeb při zvažování cílů;
- zvýšené zaměření na výsledky vede k tomu, že některé služby vyvíjejí nové přístupy a zlepšování;
- někteří odborníci trvají na tom, že PbR nemá vůbec žádný vliv na jejich práci;
- komisaři a poskytovatelé léčby uvedli, že dosažení některých výsledků často závisí na faktorech mimo jejich kontrolu;
- někteří respondenti vyjádřili výhrady ohledně 100% proveditelnosti modelu PbR v oblasti adiktologických služeb (National Drug Evidence Centre, 2014).

Rozvoj PbR pro léčbu závislosti způsobem, který stimuluje k výsledkům léčby, vytváří řadu praktických problémů, zejména pro ty, kteří systém řídí, a pro poskytovatele služeb (zejména co se týče přechodu na nový systém, překrývání se s dalšími reformami zdravotních služeb, omezení rozpočtů či volení komisařů) (Roberts & Singleton, 2011). Systém financování ve Velké Británii měl umožnit větší transparentnost cen, které jsou účtovány NHS (Dixon, 2004). Je ale velmi pravděpodobné, že PbR přináší řadu nežádoucích účinků a existují jen velmi omezené důkazy, že by tento nástroj financování byl lepší ve srovnání s jinými nástroji (Perrin, 2013). K tomuto se přiklání i Mason et al. (2015), kteří zmiňují, že používání schématu platby za výkon se čím dál více rozšiřuje v oblasti zdravotní péče, avšak

důkazy o lepších výsledcích jsou malé. Při samotném zavádění PbR je největším riskem to, že fixní sazby vycházejí z průměrných národních nákladů. To znamená, že řada poskytovatelů služeb, kteří měli náklady nižší, než jsou tyto průměrné náklady, bude mít přebytek finančních prostředků, zatímco komisaři budou čelit vyšším výdajům (Dixon, 2004).

Zkušenosti z Velké Británie a zahraničí ukazují, že platba za výsledky s sebou přináší i řadu rizik, zejména při jejím špatném nastavení může dojít ke zvýšení nákladů. Řada poskytovatelů služeb tak může vykonávat činnosti, které nejsou pro zdraví pacienta nezbytné, ale na jejichž základě mohou požádat o platbu. Kritizováno je také to, že poskytovatelé služeb se více zaměřují na činnosti, za které jsou finančně odměňováni, než na ty, za které odměňováni nejsou. Je také pozorován nárůst časových nákladů na shromažďování údajů, na jejichž základě jsou poskytovatelé služeb odměňováni (Pate, 2009). Již při samotné implementaci PbR bylo zjištěno, že základním otázkám týkajícím se tohoto nástroje byla věnována malá pozornost – např. náklady ve srovnání s jinými přístupy, udržitelnost, efektivnost aj. (Perrin, 2013).

V současnosti jsou jen velmi malé důkazy vlivu zavedení PbR na případnou změnu odborné praxe. Až na pár výjimek byly evaluační studie implementace PbR vypracovány v oblasti zdravotnictví. Dle Eldridge a Palmera (2008, citováno dle Perrin, 2013) je payment by results populárním termínem, který by potřeboval pečlivější definici. PbR vyvolává řadu nezodpovězených otázek, kterým by pomohla případová studie, jež by zhodnotila potenciální výhody a nevýhody, stanovila faktory, které mají největší vliv na úspěch, a podrobně zaznamenala dosavadní zkušenosti.

4.2.1 Platba za výstupy (Payment by outcomes)

Vyhodnocování výsledků zdravotní péče bylo prováděno již v 70. letech minulého století, kdy se řada lékařských zákroků stala běžnou rutinou. Mnohem komplikovanější ve zdravotnictví je nastavení kritérií a měření kvality, protože kvalita je ovlivněna důrazem společnosti na určité hodnoty, jako je soucit, spravedlnost a hodnota peněz. Platba za výstupy (payment by outcomes) je chápána jako konečné potvrzení účinnosti a kvality zdravotní péče (O'Connor & Neumann, 2006).

Platba za výstupy (payment by outcomes) je tvořena platbou za výsledky (payment by results) a řadou specifikací a podnětů, které jsou stanoveny tak, aby určitý podíl příjmů poskytovatelů služeb závisel na jejich dosažených výsledcích, čímž jsou poskytovatelé služeb finančně pobízeni k výstupům (Sultan, 2011). Payment by outcomes je představována jako placení poskytovateli za „hodnotu, kterou produkuje“, přičemž pobízí více k inovacím než k adaptaci konkrétních procesů poskytovatele. Dále také přenáší více rizika z plátců na poskytovatele (Mason et al., 2015).

Platba za výstupy se snaží překonat mnohé kritiky, které jsou zmiňovány u platby dle výsledků³⁷. Díky placení dle dosažených výstupů, nebo počtu výstupů úzce souvisejících s hlavními výstupy, jsou komisaři schopni se vyvarovat přesouvání činností, jako je tomu u platby za výsledek. Dále na základě reputačních a regulačních pobídek může platba za výsledek lépe zajistit i výstupy, které nejsou pobízeny finančně. Poskytovatelé služeb mají lepší přehled o svých aktivitách a mohou se lépe rozhodovat, jakým způsobem budou využívat své zdroje (Sultan, 2011).

Přenositelnost do protidrogové politiky ČR

³⁷ Results „výsledky“ je chápáno jako něco, co existuje z důvodu toho, že se uskutečnilo něco jiného. Oproti tomu outcomes „výstupy“ jsou definovány jako způsob, kterým se něco projevilo, tedy jako důsledek nějaké činnosti (English Oxford Living Dictionaries).

Dle evaluačních studií (Perrin, 2013; Disley et al., 2014) není nástroj payment by results prokazatelně vhodným nástrojem financování. Samotný nástroj by potřeboval jasnější definici a odpovědi na základní otázky při jeho implementaci. Při vhodném nastavení může nástroj přinášet řadu efektů, jako je stimulování ke zvýšení aktivity či ke snižování nákladů. Pozitivním důsledkem je také soutěžení o kvalitu poskytovaných služeb díky nastavení standardizovaných cen. Nastavení systému odměny dle výsledků také přispělo ke snížení nákladů na vyjednávání mezi nemocnicemi a donátory.

Samotné aplikování nástroje na oblast protidrogové politiky by se mohlo shledat s řadou problémů, a to zejména z důvodu měřitelnosti výsledků a široké škály faktorů, které mohou dosahování výsledků ovlivňovat. Toto bylo zjištěno i při pilotním šetření zaměřeném na oblast protidrogové politiky ve Velké Británii – mimo jiné byly spatřeny i pozitivní efekty jako motivace k vyvíjení nových přístupů a zlepšení. Řada poskytovatelů služeb zastává názor, že na ně použití mechanismu PbR nemělo žádný vliv.

Při případném zavádění nástroje payment by results do českého prostředí se ukazuje jako potřebné splnit jisté předpoklady k fungování, konkrétně se jedná např. o:

- Nutnost zavést pozici komisaře, jeho roli a zodpovědnost, který by disponoval dostatečnými finančními prostředky pro vyplacení platby za výsledky.
- Nastavit zálohové financování, které by pomohlo financovat poskytovatelům adiktologických služeb nutné výdaje do doby přijetí platby (z důvodu poskytování platby ex-post).
- Definovat, co je u adiktologických služeb považováno za zlepšení, s čímž souvisí i nutnost eliminace řady vlivů, které mohou výsledek poskytované adiktologické služby ovlivnit.
- Zajistit legislativní změny, které by umožnily vyplácet finanční částku poskytovatelům služeb na základě dosažených výsledků.
- Přesunout všechny finanční prostředky k jednomu subjektu (komisaři), který by zabezpečoval vyplacení platby podle výsledků.
- Vytvořit mechanismus, který by garantoval stabilní objem finančních prostředků pro adiktologické služby každý rok, zejména z důvodu dlouhodobosti poskytování adiktologických služeb klientům.
- Zjistit optimální (reálnou) výši nákladů na daný výkon, která bude respektovat specifika dané služby a regionu, ve kterém je služba poskytována.
- Provést změnu současného systému výkaznictví tak, aby bylo možné definovat dosažené výsledky.
- Mít dostatečně rozvinutou síť služeb, která by zajistila všechny potřeby klienta.

>5

>5

5 Hodnocení a výsledky analýzy

Kapitola shrnuje výsledky provedeného dotazníkového šetření, fokusních skupin a práce účastníků workshopu, které se věnovaly otázkám financování, výhodám/nevýhodám stávajícího systému a jednotlivým nástrojům financování. Hodnocení bylo uskutečněno na dvou úrovních – kvalitativní a kvantitativní.

5.1 Výsledky dotazníkového šetření

Zkušenosti s financováním adiktologických služeb v ČR byly zjišťovány prostřednictvím dotazníku, který byl v období říjen – listopad 2018 zaslán 353 organizacím, které poskytují péči osobám závislým nebo závislostí ohroženým. Dotazník obsahoval celkem 54 otázek, přičemž zahrnoval i část zaměřenou na problematiku financování a fungování jednotlivých nástrojů financování. Dotazník zodpovědělo 157 respondentů, což představuje návratnost 44 % oslovených, je tedy možné jej v dané oblasti považovat za relevantní. Získaná data představují velmi cenný zdroj informací pro nastavení optimální struktury nástrojů financování v ČR, a to zejména z toho důvodu, že reflektují subjektivní názory těch, kdo s jednotlivými nástroji v praxi pracují a využívají je pro zajištění financování svých aktivit.

Z otázek analyzujících financování adiktologických služeb vyplynuly následující závěry:

- Za nejčastější zdroj financování jsou označeny jednoleté dotace (80 % respondentů), následně víceleté dotace (31 %) a platba za výkon (21,7 %).
- Jako nejhůře hodnocený nástroj jsou považovány jednoleté dotace, a to zejména v kritériích: „objektivita stanovování výše podpory, transparentnosti, kontrolovatelnosti a ověřitelnosti vynaložených prostředků, stability a flexibility“. Možným důvodem, proč jsou jednoleté dotace hodnoceny nejvíce negativně, může být fakt, že zkušenosti s tímto nástrojem má většina respondentů a systém je vícezdrojový.
- Nejlépe hodnoceným nástrojem jsou víceleté dotace, které jednotlivým subjektům poskytují větší volnost při nakládání s prostředky, eliminují problém s cash-flow a zároveň také představují menší administrativní tlak na příjemce finančních prostředků než jednoleté dotace.

Následující Tabulka 13 shrnuje hodnocení jednotlivých nástrojů financování. Hodnocení je kvantifikováno pomocí Likertovy škály, respondenti dotazníku hodnotili jednotlivé nástroje na stupnici 0 (nejhorší) až 10 (nejlepší), a sice prizmatem sedmi stěžejních charakteristických znaků (kritérií) popsanych výše v textu.

Tabulka 13 Hodnocení nástrojů financování z dotazníkového šetření

Průměrné hodnocení (v bodech)	Jednoleté dotace	Víceleté dotace	Dotace ex-post	Platba za výkon	Nákup služeb
Administrativní náročnost	3,9	5,6	3,1	5,5	5,9
Objektivita stanovování výše podpory	4,9	6,3	5,5	6,5	5,9
Transparentnost	5,5	6,5	6	6,2	6,3
Stabilita	4,8	7,2	5,4	6,9	5,6
Naplnění principu 3E	5,6	6,7	5,3	6,6	5,8
Kontrolovatelnost a ověřitelnost vynaložených prostředků	6,3	7	6,8	6,7	7,1
Flexibilita	4,3	5,8	4,6	5,8	5,7

Zdroj: vlastní zpracování

Za celkově nejlépe hodnocený nástroj lze považovat víceleté financování, nákup služeb a platbu za výkon (viz tabulka 14). Dle kritéria „administrativní náročnost“ je nejlépe hodnocen nákup služeb, naopak nejhůře hodnoceným nástrojem jsou dotace ex-post. Nejlépe hodnoceným nástrojem dle kritéria „objektivita stanovování výše podpory“ je platba za výkon, nejhůře ohodnoceny byly jednoleté dotace. Dle kritérií „transparentnost“ a „stabilita“ získalo nejlepší hodnocení víceleté financování, nejméně bodů jednoleté dotace. U kritéria „naplnění principu 3E“ respondenti přidělili nejvíce bodů víceletým dotacím, nejméně bodů pak dotacím ex-post. V kategorii „kontrolovatelnost a ověřitelnost vynaložených prostředků“ nejvíce obdržel nástroj nákup služeb, nejméně jednoleté dotace. Posledním hodnoceným kritériem byla „flexibilita“ – i zde nejhůře dopadl nástroj jednoleté dotace, nejvíc flexibilní je dle respondentů víceleté financování a platba za výkon.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že poskytovatelé adiktologických služeb se neobejdou bez vícezdrojového financování. Většina (63 %) používá méně než 5 zdrojů financování³⁸. Více než 10 zdrojů financování používá 10,2 % poskytovatelů služeb. Nejvíce zdrojů financování uvedla jedna instituce, a to 59 zdrojů. Financování z více zdrojů předurčuje „administrativní náročnost“, se kterou se musí poskytovatelé adiktologických služeb potýkat. S tímto souvisí i reportování – pouze 10 % institucí neposílá své závěrečné zprávy nikomu, 74,5 % institucím posílá 5 a méně institucím³⁹. U otázky, která se týkala počtu podaných žádostí, uvedlo 17,2 % respondentů, že za poslední tři roky nepodali žádnou žádost o neinvestiční finanční prostředky⁴⁰, dále pak 48,5 % podalo 14 nebo méně žádostí a více než 20 žádostí podalo 26 % dotazovaných.

Nejčastějším zdrojem financování jsou prostředky poskytnuté RVKPP, a to u 81 respondentů. U tohoto donora je pozitivně hodnocena stabilita, odbornost a nízká administrativní náročnost. Celkově pak u donorů respondenti negativně hodnotili pozdní vyplácení dotací, malou transparentnost rozdělování finančních prostředků a podfinancovanost. Jako častý zdroj finančních prostředků jsou zmiňovány také zdravotní pojišťovny. Respondenti spatřují největší výhodu tohoto zdroje v pravidelnosti a jistotě financování. Za negativní pak považují administrativní náročnost a nízké úhrady. Jako další zdroj

³⁸ Interpretaci této otázky je nutné brát opatrně. Odpovědi na počet zdrojů financování neodpovídají reálné administrativní zátěži. Odpovědi byly soustředěny spíše na agregované informace o zdrojích financování, např. respondent uvedl, že je financován ze zdroje krajů a obcí (čili z 1 nebo max. 2 zdrojů, ale už tam nezapočítal, z kolika krajů a obcí je jeho služba financována, nebo uvedl, že je financován ze zdravotního pojištění, ale už neuvedl, z kolika zdravotních pojišťoven je financován apod.

³⁹ Pozn.: K odpovědím jako 44, 59 nebo 99 nebyl brán zřetel, zřejmě se jednalo o nepochopení podstaty otázky.

⁴⁰ Jedná se především o zdravotnické služby, zejména psychiatrické nemocnice a ambulantní zařízení, které jsou financovány z veřejného zdravotního pojištění (15).

finančních prostředků jsou zmiňována ministerstva, a to konkrétně – MPSV (50 respondentů) a MZ (47 respondentů). U MPSV je pozitivně hodnocena stabilita, pravidelnost a relativně vysoký objem přidělovaných financí. Negativně je hodnocen fakt, že se jedná o jednoleté financování, které je nepružné, a finance nejsou přidělovány k prvnímu dni daného roku. Podobné výhody a nevýhody jsou uváděny i u MZ, více kritizována je pouze administrativní náročnost.

Jako největší problém respondenti uváděli nejistotu, která plyne z vícezdrojového financování (71 %) a administrativní náročnost žádostí (67 %). Jako další problém byl uváděn nedostatek finančních prostředků (54 %) a s tím související problémy s cash flow (41 %). Většina respondentů (82 %) by uvítala navýšení rozpočtu, přičemž 50,4 % respondentů by pomohlo navýšení o 25 % nebo méně, 75,2 % respondentů o 30 % či méně. Za nejvíce podfinancované adiktologické služby byly nejčastěji označeny terénní programy, ambulantní služby a programy primární prevence.

Hodnocení dle vah:

Výše uvedené průměrné hodnoty u jednotlivých nástrojů financování a stanovených kritérií byly pro účely stanovení pořadí očištěny o váhy, které byly jednotlivým kritériím přiřazeny po konzultaci s experty z řad poskytovatelů služeb a donorů. (Viz kapitola 2. 2. Váha kritérií.)

Po přepočtení získaných hodnot z dotazníkového šetření přiřazenými váhami byly získány následující výsledky:

Tabulka 14 Hodnoty z dotazníkového šetření po přepočtení váhami

Kritéria	Jednoleté dotace	Víceleté dotace	Dotace ex-post	Platba za výkon	Nákup služeb
Administrativní náročnost	53,27	75,81	42,35	75,13	80,59
Objektivita stanovování výše podpory	85,31	109,68	95,76	113,17	102,72
Transparentnost	71,72	84,76	78,24	80,85	82,15
Stabilita	92,59	138,89	104,17	133,10	108,02
Naplnění principu 3E	48,50	58,02	45,90	57,16	50,23
Kontrolovatelnost a ověřitelnost vynaložených prostředků	86,06	95,62	92,89	91,52	96,99
Flexibilita	61,45	82,88	65,73	82,88	81,45
SUMA	498,90	645,67	525,03	633,80	602,16
Vážený průměr	7,13	9,22	7,50	9,05	8,60

Zdroj: vlastní zpracování

Po přepočtení vah je možné označit za nástroj s nejvyšším počtem bodů víceleté dotace (9,22) a platbu za výkon (9,05).

Dotazníkové šetření obsahovalo také několik otázek mířících na vnímání nástrojů financování ze strany respondentů (především otázka č. 24⁴¹). Z odpovědí lze učinit následující závěry:

- Drtivá většina příjemců i poskytovatelů má zkušenost pouze s určitou formou jednoletých dotací.
- Ostatní nástroje stojí na okraji zájmu příjemců i poskytovatelů, což se týká i možného hodnocení.
- Jednoleté dotace mají odlišné splátkové kalendáře, peníze přicházejí se zpožděním a spíše až v druhé polovině roku.

⁴¹ Jednalo se o otázku, kdy respondenti měli uvést 3 silné/slabé stránky u maximálně 5 různých zdrojů, které využívají pro financování služby. Tento zdroj měli konkrétně označit.

- RVKPP vyhlašuje mimořádné dotační řízení dokonce až v poslední třetině roku s tím, že prostředky musejí být utraceny do konce roku.
- Opakovaná stížnost na vysoký počet žádostí, odlišné nároky, formuláře, požadavky na vyúčtování.
- Převládají spíše formální požadavky plnění než snaha o objektivní přínos a efektivitu.
- Dotace od RVKPP jsou administrovány profesionálně a lidé jsou komunikativní.
- Na úrovni krajů či obcí velmi záleží na konkrétní politické reprezentaci, což zvyšuje riziko vlivu tzv. politického cyklu na stabilitu a výhled financování.
- Není možné přesouvat finanční prostředky z jednoho roku na druhý, což stojí v protikladu k deklarované hospodárnosti systému.
- Netransparentnost a nevyzpytatelnost krácení dotací.
- Pozitivně vnímána snaha o víceleté financování adiktologických služeb.
- Požadavek na lepší PR adiktologických služeb, aby se tyto služby „lépe“ prodávaly.

5.2 Výsledky fokusních skupin

Pro získání kvalitativních dat byly v měsíci říjnu 2018 uspořádány dvě fokusní skupiny, kterých se účastnilo celkem 20 respondentů a respondentek. Cílem fokusních skupin bylo především vyhodnotit jednotlivé nástroje financování dle předem stanovených kritérií.

Popis vzorku

První cílovou skupinou výzkumu byli pracovníci z řad poskytovatelů finančních prostředků na adiktologické služby. Druhou cílovou skupinu tvořili příjemci těchto finančních prostředků, tj. pracovníci zařízení, které adiktologické služby poskytují. Tito pracovníci museli mít přímou zkušenost s některým z hodnocených nástrojů financování adiktologických služeb. Při výběru respondentů byla pečlivě dodržena podmínka, aby v každé ze skupin byla vždy poměrově zajištěna zkušenost se všemi nástroji financování a za každý nástroj financování se zúčastnily nejméně dvě osoby.

Popis sběru dat

Každá diskuze byla naplánována na 120 minut. Diskuze byla moderována na základě předem připraveného scénáře.

Před začátkem skupinové diskuse byly zpracovány zaslané vyplněné tabulky, ve kterých účastníci a účastnice skupinových diskusí hodnotili na desetibodové Likertově škále, kde 1 bylo nejhorší a 10 nejlepší hodnocení, pět nástrojů financování adiktologických služeb, a to vždy v sedmi sledovaných kritériích. Výsledky jejich hodnocení, a zejména pak důvody, které je k hodnocení vedly, byly následně diskutovány v rámci celé skupiny.

Popis analytických metod a postupů

Přepis skupinové diskuse byl podroben kvalitativní analýze, a to za použití smíšeného přístupu deduktivního a induktivního kódování. Data byla na základě kódů rozřazena do kategorií dle svého obsahu, jejichž význam je shrnut v následující analytické části.

Popis výsledků výzkumu

- Jednoleté dotace

U jednoletých dotací byla nejhůře hodnocena „administrativní náročnost“, a to jak ze strany poskytovatelů finančních prostředků, tak i ze strany příjemců jednoleté dotace. Zatímco někteří

poskytovatelé se domnívají, že oproti žadatelům je pro ně administrativa spojená s jednoletými dotacemi jednodušší, jiní jsou naprosto opačného názoru. Situaci často neřeší ani zavedení elektronického podání žádosti.

Jako hlavní problém byla uváděna roztržičnost požadovaných dat, podmínek i časového nastavení. Dále fakt, že každý poskytovatel finančních prostředků používá jiný formulář, má jinak nastavená pravidla a jinak dotace vypisuje, tj. neexistuje žádná časová koordinace, což v konečném důsledku znamená komplikaci pro všechny strany. Žadatel tak musí každou žádost upravovat dle požadavků konkrétního poskytovatele, zdouhavý je mnohdy i proces schvalování. Finanční prostředky jsou častokrát poskytovány žadatelům se zpožděním, což s přihlédnutím i ke krátkému časovému horizontu a obtížnému zhodnocení efektivity znamená, že nepředstavují dostatečně stabilní nástroj financování pro adiktologické služby.

Kritérium „objektivita stanovování výše podpor“ je z pohledu obou cílových skupin poněkud diskutabilní. Poskytovatelé vidí nedostatky v obtížné porovnatelnosti jak krajů, tak i jednotlivých služeb, příjemci spíše v nastavení hodnotících „normativů“.

Naplnění principu 3E stejně jako „kontrolovatelnost a ověřitelnost vynaložených prostředků“ hodnotí u jednoleté dotace poskytovatelé vcelku pozitivně. Někteří příjemci mají výhrady k nedostatečnému zohlednění specifik a různorodosti vykazování při kontrolách.

Jako hlavní pozitivum tohoto nástroje poskytovatelé adiktologických služeb vnímají možnost dofinancování fakultativní služby a možnost flexibilně reagovat na aktuální dění, především změny následkem politických rozhodnutí. Velké usnadnění v aplikaci tohoto nástroje financování by pro poskytovatele představovalo jasné definování adiktologických služeb. V současné době se leckdy pohybují na hraně mezi zdravotnickými, sociálními a jinými službami, s nimiž se však díky své specifčnosti obtížně porovnávají.

➤ Víceleté financování

Víceleté financování formou dotace bylo ze strany poskytovatelů i příjemců finančních prostředků hodnoceno velmi podobně. Kritičtější hodnocení bylo ze skupiny příjemců těchto dotací. Hlavní slabinou tohoto nástroje financování je nedostatečná flexibilita a to, že na dotaci nevzniká žádný právní nárok.

Poskytovatelé finančních prostředků se domnívají, že „administrativní“ náročnost u víceletých dotací je podobná jako u jednoletých, ale výhodou zde je, že se „zužítkuje“ pro delší časové období. Pozitivněji v tomto smyslu také hodnotí kritérium „stabilita“ a „kontrolovatelnost a ověřitelnost vynaložených prostředků“. Naopak delší časový interval podle jejich názoru poněkud snižuje flexibilitu. Negativně je také vnímána každoroční nutnost vydávat rozhodnutí, což je ze strany poskytovatelů vnímáno jako komplikující faktor.

➤ Dotace ex-post (evropské fondy)

Dotace ex-post jsou obecně považovány za nevhodný nástroj financování adiktologických služeb.

Poskytovatelé finančních prostředků tuto formu financování nepovažují za vhodnou z toho důvodu, že adiktologické služby nemají své zdroje, aby mohly získávat finance až ex-post. Evropské fondy dle jejich přesvědčení cílí obvykle na konkrétní aktivity, zatímco adiktologické služby jsou spíše formulované obecně. Nízko byla hodnocena „administrativní náročnost“ a „flexibilita“, naopak pozitivně poskytovatelé vnímali „kontrolovatelnost a ověřitelnost vynaložených prostředků“. Podávání

žádosti je administrativně náročné pro žadatele, a to kvůli shromažďování a přípravě dostatečných podkladů.

Příjemci finančních prostředků vnímají tento nástroj financování jako vhodný spíše pro fakultativní služby. Administrativní náročnost vidí především v obsažnosti požadovaného. Velmi nízko je i zde hodnocena flexibilita.

Za největší výhodu tohoto nástroje se považuje víceleté financování, které poskytuje určitou možnost výhledově plánovat. Dále byla zmiňována i možnost zahrnout nepřímé náklady či investice.

Nákup služeb (veřejné zakázky)

Zatímco poskytovatelé finančních prostředků jsou u tohoto nástroje financování kritičtí u kritéria „flexibilita“ (nemožnosti reagovat na změny) a „administrativní náročnost“, žadatelé se spíše domnívají, že soutěžit sociální služby formou veřejné zakázky není vhodné a může být dokonce pro službu likvidační. Jako podstatný nedostatek je vnímáno nastavení podle kritéria nejnížší ceny a malé množství poskytovatelů v oblasti, což leckdy soutěžení negativně ovlivnilo.

Tento nástroj financování obecně obě skupiny hodnotí pozitivně u kritérií „transparentnosti“, vcelku dobrá „stabilita“ a s dobrou „kontrolovatelností a ověřitelností vynaložených prostředků“. V této oblasti je ale nutné zvážit legislativní změny ve smyslu lepšího propojení s adiktologickými službami a zohlednění jejich specifik.

Platba za výkon

Platba za výkon je z pohledu poskytovatelů finančních prostředků administrativně jednoduchá. Jasně stanovená metodika s sebou přináší zjednodušení a ulehčení. Uživatelsky přátelský systém umožňuje snadné zadání a vyplnění. Předností je dobrá „kontrolovatelnost“ a „administrativní nenáročnost“.

Problém představuje nastavení systému, který je nedostatečně vhodně nastaven na adiktologické služby. Stížnosti se týkaly především neochoty zdravotních pojišťoven uzavírat smlouvy a nedostatečné výše úhrad. Základní kontrola je snadná, podmínky pevně stanovené a jejich změny je třeba řešit novou smlouvou.

Příjemci finančních prostředků nepovažují tento nástroj financování za hlavní zdroj pro adiktologické služby, ale spíše za doplňkový. Hlavním úskalím je, že adiktologické služby nemají oporu v zákoně.

Shrnutí

Z výsledků fokusních skupin vyplývá, že hlavním nedostatkem je roztržičnost a nesjednocené nastavení. Žadatelé o dotace vidí řešení v ustanovení jednoho poskytovatele/donátora, který by byl nad jednotlivými resorty (např. Rada vlády), což by napomohlo sjednocení metodiky a procesů. Někteří žadatelé se přikláněli spíše ke dvěma zdrojům financování na centrální a regionální úrovni se sjednocenými metodikami.

Poskytovatelé finančních prostředků považují za optimální kombinaci víceletých dotací a nákupu služeb (forma veřejných zakázek) doplněné o platbu za výkon, zejména z důvodu možnosti sledovat průběh služeb a reagovat na případné změny. Víceletost poskytování financí by žadatelům zajišťovala určitou kontinuitu a stabilitu a dávala příslib rozvoje.

Příjemci finančních prostředků označují také jako nejvhodnější nástroj financování víceleté dotace, zejména z důvodu jednoduchosti a dlouhodobosti. Vhodnou kombinaci spatřují ve víceleté dotaci ve formě nákupu služeb (ale ne veřejné zakázky). Klíčové je, aby pokrývala základní síť.

Možnosti vylepšení systému financování dle účastníků fokusních skupin:

- Sjednotit metodiky a procesy pro poskytování dotací včetně formulářů. Stanovit jednoho koordinátora, např. RVKPP.
- Sjednotit systém financování v krajích – nemít jako poskytovatele finančních prostředků jednotlivé obce, ale kraj.
- Změkčit časový limit a umožnit dočerpání určitého procenta finančních prostředků i po konci kalendářního roku.
- Nesoustředit se pouze na jeden zdroj financování. Víceleté financování je vítáno, ale samo o sobě neposkytne plnou potřebnou výši.
- Zjednodušit pravidla a požadavky pro žadatele – např. obecné (stejně pro všechny) + specifické (podle daného oboru).
- Administrativně zjednodušit změnu u víceletého financování.
- Zkrátit a zjednodušit proces schvalování, nekomplikovat a neprodlužovat ho ryze formálními kroky.

5.3 Výsledky pracovních skupin workshopu

Workshop s názvem „Nástroje financování adiktologických služeb“ se konal v listopadu 2018 ⁴². Cílem workshopu, bylo představit dosavadní výsledky projektu „Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky“ a dílčí výsledky analýzy nástrojů financování včetně zpětné vazby. Dalším cílem bylo uskutečnit práci ve skupinách, jejichž cílem bylo definovat charakteristiky či žádoucí vlastnosti nástroje financování, zde již začala první etapa vytváření návrhu nového nástroje financování adiktologických služeb.

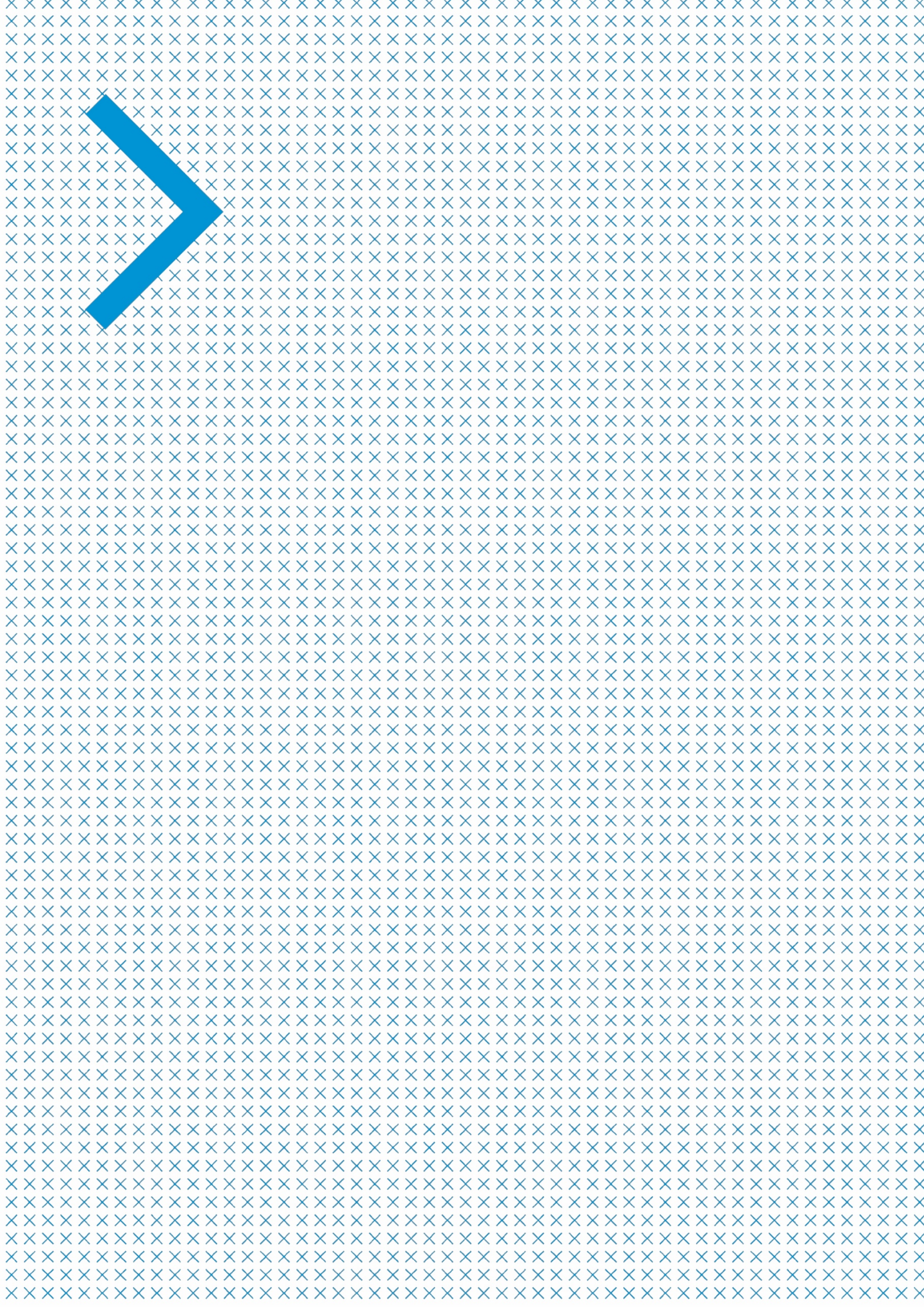
Z diskuse o aktuálním nastavení nástrojů financování vzešly především tyto požadavky na nový systém:

- důraz musí být kladen na výsledek (vnitřní procesy ve státní správě upozadit, jde přeci o výsledek, kterým je možnost poskytovat podporu tam, kde je potřeba)
- nastavit rovnoprávné postavení adiktologických služeb (např. na dotace neexistuje právní nárok, jde v podstatě o dobrovolnou podporu)
- možnost volněji čerpat či přesouvat finanční prostředky
- snížit počet poskytovatelů finančních prostředků (např. centralizací)
- minimální administrativní náročnost, sjednocení podmínek jednotlivých žádostí, rychlejší schvalování žádostí a větší využívání e-governmentu
- stabilní a transparentní systém
- objektivní posuzování v oblasti podpory a žádostí
- víceleté financování
- zachování kvality služeb a profesionality v oboru
- ujasnění definice adiktologických služeb a vytvoření jejich sítě

Realizovaná kvalitativně zaměřená měření (fokusní skupiny, subjektivně zaměřené otázky dotazníkového šetření a pracovní skupiny workshopu) poukázala navíc na některé momenty, jež mají dopad na celý rámec hodnocení nástrojů financování adiktologických služeb:

⁴² Více informací zde: <https://www.rozvojadiktologickychsluzeb.cz/workshop-financovani-adiktologickych-sluzeb/>.

- drtivá většina příjemců i poskytovatelů finančních prostředků má zkušenost především s určitým nástrojem, nejčastěji s jednoletými dotacemi, ostatní nástroje byly hodnocené spíše v kontextu jednoletých dotací (jde o tzv. chybu projekce),
- ostatní nástroje jsou buď nejasně formulovány (např. platba za výkon, vyrovnávací platba) nebo o nich existuje jen málo informací, tj. jedním z hlavních deficitů je tzv. informační asymetrie na straně příjemců a poskytovatelů finančních prostředků,
- jednotlivá kritéria mají různou relevanci pro poskytovatele a příjemce (např. princip 3E, transparentnost).





Závěr a shrnutí

Z analytického zpracování výsledků dotazníkového šetření, fokusních skupin a práce ve skupinách v rámci workshopu vyplynulo několik skutečností, které je třeba zmínit ještě před samotnými závěry celé analýzy, neboť měly zásadní vliv na hodnocení a zkušenosti poskytovatelů i příjemců finančních prostředků pro financování adiktologických služeb.

Jedním z faktorů, který má zásadní vliv na lidské rozhodování, hodnocení zkušeností a věcí kolem sebe, je tzv. „chyba projekce“ (Loewenstein, O'Donoghue, Rabin, 2003). Tento faktor označuje chování a rozhodování jedinců v situaci, ve které jsou ve velké míře ovlivňováni aktuální situací či stavem, dle něhož hodnotí samotnou realitu či další návrhy. V případě analýzy se tento jev ukázal u jednoletých dotací, které byly velkou částí respondentů hodnoceny velmi kriticky. Ve srovnání s dalšími finančními nástroji zde ale došlo k obrácenému vnímání, neboť většina poskytovatelů a příjemců má zkušenosti pouze s tímto finančním nástrojem. Na základě této dominantní preference a nejlepší znalosti tohoto finančního nástroje jsou k němu respondenti nejvíce kritičtí, což ale neznamená, že se jedná o nástroj nejhorší či nejméně efektivní. Toto „posunuté“ vnímání je třeba zohlednit ve všech částech analýzy, zejména při hodnocení kvality jednotlivých finančních nástrojů.

V případě hodnocení finančních nástrojů se projevila tzv. „informační asymetrie“ (Peters, 2015), jejíž podstatou je nejen to, že jeden ze subjektů ví o dané věci více než druhý, ale v oblasti veřejných politik se častěji mluví o tom, že řada subjektů nemá příliš mnoho informací o dané skutečnosti, přesto je donucena rozhodnout či hodnotit. To je také případ hodnocení nástrojů financování adiktologických služeb, neboť chybí dostatek zkušeností a zažité praxe s dalšími finančními nástroji (především s nákupem služeb, platbou za výkon, evropskými fondy ad.). I přesto dotazníkové šetření v případě hodnocení jednotlivých finančních nástrojů vychází z tzv. informační symetrie, tj. že všichni respondenti disponují stejně kvalitními informacemi u všech finančních nástrojů. Je tedy nezbytné vzít v potaz i tento faktor a přistupovat k němu se stejnou vážností jako v případě výše zmíněné chyby projekce. Oba dva faktory zásadním způsobem ovlivňují relevanci získaných poznatků.

Další klíčovou skutečností je i hlavní cíl financování adiktologických služeb. Při respektování posunu od financování protidrogové politiky jako celku k problematice adiktologických služeb lze klást větší důraz na to, že se hledá nástroj financování „běžného“ provozu adiktologických služeb, tedy služeb, které jsou konstantní, stejné v podobné kvalitě a dostupnosti bez ohledu na politické, časové či regionální odlišnosti. Z navrhovaných finančních nástrojů jich tomuto cíli ovšem odpovídá jen velmi málo. Dotace jsou svým charakterem krátkodobé, uzpůsobené na financování „projektů“, které se realizují v konkrétním časovém horizontu, a jen těžce zohledňují dlouhodobé financování běžného provozu stabilních služeb. Podobným způsobem jsou zaměřené i finanční prostředky, které jsou rozdělovány přes různé operační programy EU (nejčastěji se jedná o Operační program zaměstnanost), jež by neměly hradit běžné náklady, ale vždy jen aktivity, které povedou ke zlepšení, inovaci či zefektivnění dané služby, tj. mají tvořit jen určitou nadstavbu stávajícího systému financování.

Posledním faktorem, kterému je nutno věnovat zvýšenou pozornost, je „nepoměr relevance“ výše vytčených kritérií (administrativní náročnost, objektivita stanovování výše podpory, transparentnost, stabilita, naplnění principu 3E, flexibilita, kontrolovatelnost a ověřitelnost vynaložených prostředků) ve vyjádřeních a hodnocení samotných participantů. Kromě kriticky vnímané „administrativní náročnosti“ se zbylá kritéria v hodnocení prakticky nevyskytují (nebo vyskytují velmi okrajově). Vysvětlení, jak

vyplývalo z fokusních skupin a pracovních skupin na workshopu, může mít trojí podobu. Jako první je třeba zmínit vyjádření, že kritéria jsou jasným požadavkem spíše na poskytovatele finančních prostředků, proto se detailněji o výše vyčtených kritériích hovoří v zadávacích dokumentech jednotlivých finančních nástrojů, příjemci dotací se o těchto kritériích dozvídají spíše zprostředkovaně přes konkrétní formální, technické a finanční požadavky ze strany poskytovatelů v jednotlivých formulářích žádostí. Druhý názor vycházel již se zmíněné informační asymetrie, odrážející se v nízkém povědomí či nedostatečném pochopení jednotlivých kritérií, což však může být také vinou nedostatečné komunikační strategie poskytovatelů či samotného poskytovatele veřejných zdrojů (státu). V neposlední řadě je třeba zmínit obecný konsensus nad vybranými kritérii – nikdo je nepokládal za principiálně špatné či kontroverzní, aby se zabýval jejich bližším pochopením, vysvětlením či rozporováním, což pro většinu respondentů představovalo komplikaci při určení hodnoty důležitosti jednotlivých kritérií mezi sebou, proto je následující text zaměřen spíše na subjektivní hodnocení finančních nástrojů adiktologických služeb.

Ze strany účastníků nezazníval silný tlak pro uplatnění konkrétního nástroje financování ani silně negativní názory vůči současně nejčastěji uplatňované formě financování – dotacím jako nástroji financování. Za nespokojeností stojí spíše způsob uplatnění dotací v praxi, vícezdrojovost systému financování, jeho nestabilita, zranitelnost systému, a to zejména v období hospodářské krize, kdy dochází v první vlně škrťů vládních výdajů zejména v dotacích. Druhým kritickým bodem je formát dotací, které neumí hradit dlouhodobý běžný provoz adiktologických služeb – dotace umí financovat konkrétní projekty v určitém časovém ohraničení. V neposlední řadě zaznívá kritika ze strany příjemců dotací na vysoké administrativní náklady spojené se správou dotačního řízení z několika zdrojů.

Velká část připomínek míří na optimalizaci stávajícího systému, tj. zlepšení nastavení jednoletých dotací – zejména přechod na víceleté dotace, což se děje prostřednictvím dlouhodobějších smluv na poskytované služby, které nyní mají spíše podobu na sebe navazujících jednoletých dotací s odpovídajícími administrativními náklady. Kritika je směřována jak na vypisování několika kol dotačního řízení či vypisování dotačních řízení pouze na vybranou cílovou skupinu, což zbytečně zvyšuje administrativní náklady, a to jak na straně poskytovatele, tak i na straně příjemce, (přičemž stále platí fakt, že všechny finanční prostředky musí být vyčerpány do konce kalendářního roku), tak na krácení finančních prostředků na jednotlivé projekty, které není nikterak vysvětleno či zdůvodněno, což komplikuje přípravu dalších žádostí o dotační prostředky. V neposlední řadě je nutné zmínit kritiku vůči systému správy dotací, který opakovaně vyžaduje předkládat již jednou dodané informace, či se relativně často potýká s technickými problémy.

Adiktologické služby jsou dnes hrazeny z drtivé většiny přes větší počet institucí (RVKPP, MPSV, MSp, MV, MŠMT, MZ, kraje, obce atd.), které rozdělují finanční zdroje různými finančními nástroji (dotace, granty atd.). Jedním z cílů možné optimalizace současného stavu by mělo být také snížení počtu rozdělujících institucí, neboť tím se jen navyšují administrativní náklady spojené se správou, kontrolou a nastavením různých dotačních či grantových systémů, které jsou často navzájem nekompatibilní. Pozn.: V rámci diskuze bylo poukázáno na fakt, že původní význam pojmu vícezdrojové financování, které označovalo, že kromě veřejných zdrojů si subjekt získává finanční prostředky i ze zdrojů soukromých, se v českém prostředí posunulo a vícezdrojovost značí spíše získávání finančních prostředků z jednoho veřejného zdroje, ale z různých institucí.

Kompetenční zákony a tradice jasně vymezených polí jednotlivých resortů a institucí rozdělujících finanční prostředky do adiktologických služeb vycházejí z právně-administrativního nastavení těchto služeb, které nejsou soustředěné v jedné kolonce, ale jsou formálně rozdělené na zdravotní – sociální –

vzdělávací – preventivní aktivity, čemuž odpovídá vysoký počet žádostí, administrativních nákladů i často instrumentální „ohýbání“ vlastních aktivit příjemců, aby se vešli do správné cílové skupiny, na kterou je konkrétní finanční nástroj definován. Tato nejednoznačnost je u zástupců adiktologických služeb velmi kriticky vnímána. Všechny sběry dat jasně ukázaly, že jeden z hlavních podnětů pro změnu se týká spíše legislativně-správní úrovně, která by měla reflektovat adiktologické služby jako zdravotně-sociální služby, jejichž udržitelnost je stejně důležitá jako udržení sítě lékařských zařízení. Ovšem dosud chybí konkrétní scénář, jak tuto změnu provést a co by to znamenalo pro změnu financování celého systému. V neposlední řadě se však toto volání po „uznání a respektu“ adiktologických služeb odrazilo v pozitivním vnímání finančního nástroje nákup služeb, což je však v rozporu s aktuální praxí, která by musela probíhat prostřednictvím veřejné zakázky a předpokládala by soutěž mezi jednotlivými institucemi nabízejícími adiktologické služby. Jedná se tak o určitý posun chápání významu nákupu služeb – většina příjemců tím myslela jen skutečnost, že by šlo jednotlivé adiktologické služby jasně pojmenovat a ocenit a dotyčný zájemce by si je dlouhodobě objednával u konkrétního adiktologického centra.

Nelze nezmínit také celou řadu hlasů volajících po určitých úpravách, které však míří spíše do blízké budoucnosti. Ať už se jedná o možnost volnějšího nakládání s finančními prostředky v konkrétním roce či jejich přesouvání do následujících let, až po volání po určité možnosti vytváření finanční rezervy, např. v podobě existence „přiměřeného zisku“. Tyto finanční prostředky by mohly tvořit základ cash flow pro měsíce, kdy ještě nejsou dostupné finance z veřejných zdrojů, či tvořit základ kofinancování v případě finančních prostředků z evropských fondů, nebo mohou znamenat základ pro vlastní zdroje nutné k žádostem o rozsáhlejší náklady na investice či přestavby a rekonstrukce stávajících prostor. Ovšem proti těmto požadavkům stojí samotná podstata dotačního řízení, které neumožňuje takovéto nakládání s finančními prostředky, což se týká i prostředků ze strany krajů či obcí.

Hlavní výstupy dotazníkového šetření, fokusních a pracovních skupin workshopu lze shrnout následovně:

- Nejčastějším nástrojem financování jsou jednoleté dotace, které jsou ale nejhůře hodnocené vzhledem k množství donátorů a nesjednoceným podmínkám dotačních řízení. Východiskem by byla shoda či akceptace jednotného systému žádostí, vyúčtování a závěrečných zpráv mezi poskytovateli finančních prostředků. Důležité je také vymezení rolí a zodpovědností jednotlivých donátorů a snížení jejich počtu, stanovení jednoho koordinátora, sjednocení podmínek (metodiky, priority, harmonogramy) a zajištění stejných podmínek pro všechny žadatele a příjemce finančních prostředků.
- Příjemci i poskytovatelé finančních prostředků by preferovali víceleté financování, které by vycházelo ze smluvního vztahu, umožňovalo dlouhodobou spolupráci a zvýšilo tak stabilitu služeb. Ideální by bylo zjednodušit také u víceletého financování administrativní stránku.
- Sjednocen by měl být také systém financování v krajích.
- Poskytovatelé služeb se dostávají do potíží vzhledem k pozdnímu převodu financí na účet. Ideální by bylo kromě zkrácení tohoto času umožnit také dočerpání určitého procenta finančních prostředků i po konci kalendářního roku.
- Platba za výkon je vhodným doplňkovým nástrojem financování, nicméně hrazení adiktologických výkonů z veřejného pojištění a počet smluv se zdravotními adiktologickými službami je nedostatečný, zejména u ambulantních typů služeb.
- Je potřeba vytvořit a definovat síť adiktologických služeb, zajistit její dostupnost a financování.

Kvantitativně lze výsledky hodnocení nástrojů financování, vyplývající z dotazníkového šetření a stanovisek expertů, přehledně shrnout do tabulky. (Viz Tabulka 15). (Pozn.: symbol „+“ znamená jeden bod, který je danému nástroji přičten, oproti tomu symbol „-“ znamená bod, který byl danému nástroji odečten).

Tabulka 15 Souhrnná hodnotící tabulka kvantitativních kritérií

Kvantitativní hodnocení	Jednoleté dotace	Víceleté dotace	Dotace ex-post	Platba za výkon	Nákup služeb
Administrativní náročnost	--	+	--	+	+
Objektivita stanovování výše podpory	-	++	+	++	+
Transparentnost	+	++	++	++	++
Stabilita	-	++	+	++	+
Naplnění principu 3E	+	++	+	++	+
Kontrolovatelnost a ověřitelnost vynaložených prostředků	++	++	++	++	++
Flexibilita	-	+	-	+	+
Celkem kvantitativní hodnocení	-1	12	4	12	9

Zdroj: vlastní zpracování

Pozn.: Bodové rozpětí: 10–8 b. (+++), 7,9–6 b. (++), 5,9–5b. (+), 4,9–4 (-), 3,9–2 b. (--), 1,9–0 b. (---).

Doporučení

Cílem projektu „Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky“ je nalézt optimální nástroj financování protidrogové politiky v ČR. K tomuto cíli autorský tým směřoval prostřednictvím série aktivit, které měly za cíl analyzovat klíčové oblasti relevantní pro danou problematiku: zahraniční nástroje financování, silné a slabé stránky stávajících nástrojů financování protidrogové politiky a jejich benchmarking s nástroji, které ve stávajícím systému zatím nejsou intenzivně využívány, ale které mají potenciál k tomu stát se součástí systému, skrze který jsou rozdělovány prostředky k cílovým institucím. Jelikož u podobných analyticky zaměřených projektů hrozí, že autorský tým je odtržen od reality a jeho závěry nereflektují zkušenosti z praxe (terénu), byly v rámci aktivity projektu velmi intenzivně zohledněny zkušenosti subjektů z praxe, a to jak z řad poskytovatelů finančních prostředků, tak i z řad příjemců prostředků, především neziskových institucí zabývajících se poskytováním tzv. službových projektů.

Je možné konstatovat, že požadavky všech zúčastněných na systém jsou velmi podobné: stabilita, transparentnost, předvídatelnost a co nejmenší administrativní zátěž. Hovoříme tedy spíše o skupině vlastností, které by optimální nástroj financování protidrogové politiky v ČR měl mít, než o konkrétním „optimálním“ finančním nástroji. V konečném důsledku je poskytovatelům služeb jedno, jestli nástroj dostane nálepku „dotace“ nebo „finanční příspěvek“, jde především o to, aby mohli poskytovat své služby bez nutnosti vynakládat vzácné zdroje na neefektivní činnosti.

Není podstatná forma financování, protože každá forma financování z úrovně státu či místní správy bude mít vždy své negativní stránky. Vždy se bude jednat o buď složitý a administrativně náročný systém vlastní žádosti a finančního vyúčtování s relativně jednoduchým systémem výkaznictví výkonů, nebo se bude jednat o relativně jednodušší systém získávání finančních prostředků se složitějším systémem výkaznictví. Na hospodaření s veřejnými prostředky jsou čím dál více kladeny podmínky,

kteří brání různým způsobům jejich zneužívání, ale zároveň tím zvyšují administrativní náročnost jejich poskytování a výkon nezbytné kontroly jejich využití.

Je tedy možné konstatovat, že ideální je kombinovat vlastnosti těch nástrojů, které se v hodnocení umístily na čelních příčkách, tedy víceleté dotace a platba za výkon, s doporučením soustředit se dále na vlastnosti systému definované v rámci pracovních skupin workshopu k financování protidrogové politiky v listopadu 2018.

Jedním z důležitých kritérií, které poskytuje jiný rozměr na nahlížení na nástroje financování a nebylo zahrnuto do kritérií popisu jednotlivých nástrojů financování, je vliv a dopad nástroje na samotnou službu, její program (např. zvolené terapeutické postupy pracovníků). Tento faktor by bylo vhodné zohlednit při následné tvorbě nástroje nového.

Při návrhu nového nástroje financování či změnách v systému financování je potřeba brát v úvahu externí faktory, které ovlivňují financování adiktologických služeb či paralelní procesy, které v oboru adiktologie probíhají. Jedná se o aktuální ekonomickou situaci v ČR, změny v chování cílových skupin či změny v oblasti návykového chování a epidemiologickou situaci. Co se týká paralelních procesů, v oboru vzniká síť krajských adiktologických ambulancí pro dospělé pacienty/klienty, probíhá reforma péče o duševní zdraví, vznikla nová typologie adiktologických služeb apod. Je potřeba vytvořit koncepční dokument, který definuje síť adiktologických služeb, jejich dostupnost a zajištění jejich financování.



Seznam zkratek

AT – Alkohol a jiné toxikomanie

DRG - Diagnosis Related Group

EF – Evropské fondy

ESF – Evropské sociální fondy

ESIF – Evropské strukturální a investiční fondy

HMP – HMP Peterborough (Her Majesty Prison Petersborough)

HRG – Healthcare resource groups

MMR – Ministerstvo pro místní rozvoj

MPK – Meziresortní protidrogová komise

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

MO – Ministerstvo obrany

MSp - Ministerstvo spravedlnosti

MV – Ministerstvo vnitra

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

NMS – Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti

NNO – Nestátní neziskové organizace

OPZ – Operační program zaměstnanost

PnP – Příspěvek na péči

RVKPP – Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

ŘO – řídicí orgán

SOHZ – Služba obecného hospodářského zájmu

SPRSS – Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb

sRVKPP – sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky

ÚOHS – Úřad pro ochranu hospodářské soutěže

ÚZC – Územně samosprávné celky

VP – Vyrovnávací platba

VZ – Veřejná zakázka

ZZVZ – Zákon o zadávání veřejných zakázek

Seznam tabulek

<i>Tabulka 1 Výdaje ze státního rozpočtu na programy snižování poptávky podle resortů v letech 2015-2017, v tis. Kč</i>	9
<i>Tabulka 2 Vývoj výdajů obcí a krajů na protidrogovou politiku z rozpočtů samospráv v letech 2015-2017 v tis. Kč</i>	10
<i>Tabulka 3 Váhy přiřazené jednotlivým kritériím podle jednotlivých expertních skupin</i>	22
<i>Tabulka 4 Váhy přiřazené jednotlivým kritériím expertní skupinou</i>	22
<i>Tabulka 5 Administrativní úkony podle jednotlivých fází dotačního cyklu ze strany poskytovatele a příjemce dotace</i>	27
<i>Tabulka 6 Příklady hodnocení a schvalování výše dotace u MPSV, ÚV ČR a MZ</i>	28
<i>Tabulka 7 Administrativní úkony podle jednotlivých fází dotačního cyklu ze strany poskytovatele a příjemce dotace</i>	36
<i>Tabulka 8 Administrativní úkony podle jednotlivých fází dotačního cyklu ze strany poskytovatele a příjemce dotace ex-post</i>	40
<i>Tabulka 9 Administrativní úkony podle jednotlivých fází uzavírání smlouvy mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem služeb</i>	48
<i>Tabulka 10 Administrativní úkony podle jednotlivých fází procesu zadávání veřejných zakázek ze strany zadavatele a dodavatele</i>	55
<i>Tabulka 11 Financování adiktologických služeb v členských státech EU</i>	61
<i>Tabulka 12 Úrovně, na kterých je řízeno financování adiktologických služeb</i>	67
<i>Tabulka 13 Hodnocení nástrojů financování z dotazníkového šetření</i>	80
<i>Tabulka 14 Hodnoty z dotazníkového šetření po přepočtení váhami</i>	81
<i>Tabulka 15 Souhrnná hodnotící tabulka kvantitativních kritérií</i>	92

Seznam literatury

- BEVIR, M. (2009). *Key Concepts in Governance*. London, New Deplhi, Sage Publications. ISBN: 978-1-4129-3569-2.
- BOND (2017). *Payment by results* [Online]. August 16, 2018. Dostupné z: <https://www.bond.org.uk/effectiveness/payment-by-results>.
- ČERNÍKOVÁ T., DÁREK D., KLÍMA T., KIŠŠOVÁ, L. ed. (2016). *Souhrnná zpráva o realizaci protidrogové politiky v krajích v roce 2015*. Praha: Úřad vlády ČR.
- ČERNÍKOVÁ T., DÁREK D., KLÍMA T., KIŠŠOVÁ, L. ed. (2018). *Souhrnná zpráva o realizaci protidrogové politiky v krajích v roce 2017*. Praha: Úřad vlády ČR.
- ČERNÍKOVÁ, T., DÁREK, D., KLÍMA, T. KIŠŠOVÁ, L. ed. (2017). *Souhrnná zpráva o realizaci protidrogové politiky v krajích v roce 2016*. Praha: Úřad vlády ČR.
- DELOITTE (2015). *Studie proveditelnosti: Výběr a zdůvodnění optimální varianty financování sociálních služeb v ČR*. Ministerstvo práce a sociálních věcí: Podpora procesů v sociálních službách.
- DIXON, J. (2004). Payment by results—new financial flows in the NHS: the risks are large but may be worth while because of potential gains. *British Medical Journal*, 328(7446), 969.
- ERNST & YOUNG (2014). *Příručka k ověřování dotací*. Vydala: Komora auditorů České republiky KA ČR.
- EU DRUGS STRATEGY (2013-2020). (2012/C 402/01). Brusel: Official Journal of the European Union.
- EUROPEAN COMMISSION (2017). *Swap rate proxies for the purpose of the SGEI Decision and SGEI Framework*. [Online]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/competition/state_aid/legislation/swap_rates_en.html. [Navštíveno: 03. ledna 2019]
- EVROPSKÁ UNIE. (2011). *Rozhodnutí komise 2012/21/EU: o použití čl. 106 odst. 2 Smlouvy o fungování Evropské unie na státní podporu ve formě vyrovnávací platby za závazek veřejné služby udělené určitým podnikům pověřeným poskytováním služeb obecného hospodářského zájmu*. Brusel: Úřední věstník EU.
- FARRAR, S., YI, D., SUTTON, M., CHALKLEY, M., SUSSEX, J., & SCOTT, A. (2009). *Has payment by results affected the way that English hospitals provide care? Difference-in-differences analysis* [Online]. *Bmj*, 339 (aug27 2), b3047-b3047. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmj.b3047>.
- FIORENTINO, L. (2006). *Public Procurement and Competition*. In Second International Public Procurement Conference: Proceedings, Rome, Italy, p. 847–868.
- GI PROJEKT O.P.S. (2012). *Metodiky pro vytváření optimální krajské sítě sociálních služeb a pro plánování finančních prostředků v rámci procesů vytváření krajských střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb*. Zadavatel díla: MPSV ČR.
- GOV.UK (2013). *Payment by results* [Online]. Dostupné August 16, 2018, z http://www.2020publicservicetrust.org/downloads/4_Long_term_condition_management.pdf.
- HANZLÍK, K. (2018). *Analýza systémů zajištění dostupnosti adiktologických služeb v České republice*. Praha: Úřad vlády ČR. Dostupné z: <https://www.rozvojadiktologickychsluzeb.cz/vystupy/>.

- HOLEC, ZUSKA & partneři. (2018). *Aplikace správního řádu na dotační řízení*. Dostupné z: <http://holec-advokati.cz/cs/publikace/aktuality/405>
- HORKÝ, M. (2017). *Možnosti efektivního zadávání veřejných zakázek z hlediska právní regulace v České republice*. Diplomová práce. Právnická fakulta Univerzity Karlovy.
- HROBŮŇ, P. (2015). *Praktické hodnocení kvality zdravotních služeb*. Praha: Advance Healthcare Management Consulting. Dostupné z: <https://www.advanceinstitute.cz/newsletter/seznam-newslettru/a1-2015-advance-newsletter?id=479>.
- KALINA, K., (2003). Úvod do drogové politiky: Základní principy, pojmy, přístupy a problémy. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.) *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup* (s. 15–24). Praha: Úřad vlády ČR.
- KAMENÍK, M. et al. (2012). *Víc než zákon o veřejných zakázkách. Hospodárnost, transparentnost a odpovědnost ve veřejných nákupech*. ISBN 978-80-904829-4-4. Dostupné z: http://www.oziveni.cz/wp-content/uploads/2012/09/Verejne_nakupy_CR_final.pdf.
- KAMENÍK, M. et al. (2013). *Organizační a procesní zajištění veřejných zakázek*. Komparativní analýza. Praha: Oživení, o. s. Dostupné z: https://www.oziveni.cz/wp-content/uploads/2013/09/Analiza_UOHS-Oziveni.pdf.
- KŘEČEK, Š. (2017). *Ekonomická analýza zdravotních pojišťoven v České republice. Souhrn analytických materiálů*.
- LOEWENSTEIN, G., O'DONOGHUE, T., RABIN, M. (2003). Projection Bias in Predicting Future Utility. *The Quarterly Journal of Economics*, 2003, vol. 118, issue 4, 1209–1248.
- MALÁČOVÁ, H. (2016). *Stanovení předpokládané hodnoty veřejné zakázky podle nového zákona*. CHSH Kališ & Partners. Dostupné z: <https://www.epravo.cz/top/clanky/stanoveni-predpokladane-hodnoty-verejne-zakazky-podle-noveho-zakona-104502.html>.
- MASON, T., SUTTON, M., WHITTAKER, W., MCSWEENEY, T., MILLAR, T., DONMALL, M., JONES A., & PIERCE, M. (2015). The impact of paying treatment providers for outcomes: difference-in-differences analysis of the 'payment by results for drugs recovery' pilot. *Addiction*, 110(7), 1120–1128.
- MINISTERSTVO FINANCÍ ČR (2016). *Metodika veřejného nakupování. Naplňování principů 3E v praxi veřejného zadávání*. Dostupné z: <https://www.mfcr.cz/cs/legislativa/metodiky/2016/metodicky-pokyn-chj-c-3--metodika-verejn-25582>.
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. (2016a). *Metodika Ministerstva práce a sociálních věcí pro poskytování dotací ze státního rozpočtu krajům a hlavnímu městu Praze v oblasti podpory poskytování sociálních služeb pro rok 2016*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí.
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. (2016b). *Novela zákona o sociálních službách*. Sociální revue. Získané dne 15. 7. 2017 z: http://socialnirevue.cz/wpcontent/uploads/2016/05/Novela_zakona_o_socialnich_sluzbach_pracovni_ve_rze.pdf.
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. (2018) *Metodika MPSV pro poskytování dotací ze státního rozpočtu poskytovatelům sociálních služeb*, 2018.
- MINISTERSTVO PRO MÍSTNÍ ROZVOJ ČR (2017). *Metodický pokyn pro řízení výzev, hodnocení a výběr projektů v programovém období 2014–2020*. Dostupné z: <https://www.dotaceeu.cz/cs/Fondy-EU/2014->

2020/Metodicke-pokyny/Metodika-rizeni-programu/Metodika-rizeni-vyzev,-hodnoceni-a-vyberu-projektu.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. (2014). *Prerозdělování pojistného na veřejné zdravotní pojištění*. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/obsah/prerозdelovani-pojistneho-na-verejne-zdravotni-pojisteni_3211_1.html.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. (2016) *Metodika pro poskytování finančních prostředků na realizaci neinvestičních projektů v oblasti protidrogové politiky Ministerstva zdravotnictví* (2016).

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. (2016). *Zdravotní pojišťovny. Zdravotně pojistný plán*. Praha. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/zdravotne-pojistny-plan_3344_29.html.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. (2018). *Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb*. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb_2919_29.html.

MIOVSKÝ, M. (Ed.) (2013). *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze.

MRAVČÍK, V., GROHMANNOVÁ, K., CHOMYNOVÁ, P., GROLMUSOVÁ, L., KIŠŠOVÁ, L., NECHANSKÁ, B., et al. (2012). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011*. Praha: Úřad vlády České republiky.

MRAVČÍK, V., GROHMANNOVÁ, K., CHOMYNOVÁ, P., GROLMUSOVÁ, L., KIŠŠOVÁ, L., NECHANSKÁ, B., et al. (2015). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014*. Praha: Úřad vlády České republiky.

MRAVČÍK, V., GROHMANNOVÁ, K., CHOMYNOVÁ, P., KIŠŠOVÁ, L., NECHANSKÁ, B., FIDESOVÁ, H., et al. (2017). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016*. Praha: Úřad vlády České republiky.

MRAVČÍK, V., GROHMANNOVÁ, K., CHOMYNOVÁ, P., KIŠŠOVÁ, L., NECHANSKÁ, B., FIDESOVÁ, H., et al. (2018). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2017*. Praha: Úřad vlády České republiky.

MRAVČÍK, V., PEŠEK, R., HORÁKOVÁ, M., NEČAS, V., ŠKAŘUPOVÁ, K., ŠTASTNÁ, L. et al. (2010). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2010.

NATIONAL DRUG EVIDENCE CENTRE. (2014). *Evaluation of the Drugs and Alcohol Recovery Payment by Results Pilot Programme*. Dostupné z: http://www.populationhealth.manchester.ac.uk/epidemiology/NDEC/newsandevents/news/PbRDR_Summary.pdf

NERUD, M., KIŠŠOVÁ, L., DÁREK, D., MRAVČÍK, V., GROHMANNOVÁ, K. (2016). *Realizace protidrogové politiky v krajích a obcích a její koordinace*. Metodické doporučení.

NHS. (2012). *A simple guide to Payment by Results*. London. Dostupné z https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213150/PbR-Simple-Guide-FINAL.pdf.

NHS. (2018). *Payment by Results* [Online]. Dostupné December 17, 2018, z <https://digital.nhs.uk/data-and-information/data-tools-and-services/data-services/hospital-episode-statistics/payment-by-results>.

- NMS. (2015). *Drogová situace v České republice v roce 2014*. Zaostřeno 05/2015. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/23802/699/zaostreno_1505_v3.pdf.
- O'CONNOR, R. J., & NEUMANN, V. C. (2006). *Payment by results or payment by outcome?* The history of measuring medicine. *Journal Of The Royal Society Of Medicine*, 99(5), 226. <https://doi.org/10.1258/jrsm.99.5.226>.
- PARSONAGE, M. (2004). *Payment by results: what does it mean for mental health?*. *Primary Care Mental Health* [online]. 2004, 2(3/4), 183-197 [cit. 2018-09-26]. ISSN 14764717. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=16832564&scope=site>.
- PATE, R. (2009). *What is payment by results?* [Online]. Dostupné August 16, 2018, z http://www.bandolier.org.uk/painres/download/whatis/What_is_pay_by_res.pdf.
- PERRIN, B. (2013). *Evaluation of Payments by Results: Current Approaches, Future Needs*. Working Paper 39. London: DFID.
- PETERS, B. Guy (2015), *Advanced introduction to public policy*, Cheltenham, UK, Northampton, MA, USA, Edward Elgar Publishing, 978-1-78195-577-2
- PLEVA, P., FIDESOVÁ, H. (2018). *Analýza systémového rámce protidrogové politiky*. Úřad vlády České republiky, Odbor protidrogové politiky: Praha. ISBN: 978-80-7440-222-7.
- RICHTER, J. (2016). *Analýza podmínek vybraných dotačních řízení pro zajištění služeb v oblasti protidrogové politiky*. Asociace nestátních organizací.
- ROBERTS, M. (2011). *By their fruits... Applying payment by results to drugs recovery*. *UK Drug Policy Commission*.
- ROD, A (2012). *Likertovo škálování*. *Electronic Journal For Philosophy*. University of Economics Prague. ISSN 1211-044213/2012.
- RVKPP (2014). *Návrh změny systému financování služeb pro osoby závislé a závislostí ohrožené*. Výstup Meziřesortní pracovní skupiny pro financování protidrogové politiky.
- RVKPP (2015). *Analýza řešení vlivu ESF na financování služeb pro uživatele návykových látek*. Nepublikováno.
- RVKPP (2016). *DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ – Problematika vyrovnávacích plateb v adiktologických službách v České republice*. Nepublikováno.
- RVKPP (2017a). *Postup stanovení návrhů dotací u projektů podaných do dotačního řízení RVKPP*. Dostupné z: <https://dotace-drogy.vlada.cz/faq-1>.
- RVKPP (2017b). *Vyhodnocení dotačního programu Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky 2016*. Praha 2017. Dostupné z: <https://dotacedrogy.vlada.cz/index.php?m=download&h=file&a=download&idv=2698>.
- SKLENÁŘ, O. (2014). *Financování adiktologických služeb*. Projekt NETAD, Klinika adiktologie.
- SLOVÁČKOVÁ, K. (2017). *Změny smluv na plnění veřejných zakázek podle nových pravidel (I. Část)*. Kocián, Šolc, Balaščík – Advokátní kancelář. Dostupné z: https://www.ksb.cz/en/news-publications/articles/3757_zmeny-smluv-na-plneni-verejnych-zakazek-podle-novych-pravidel-i-cast.

- SULTAN, N. (2011). *Payment by Outcome in Long-Term Condition Management (Case Study 3)*. London: 2020 *Public Services Trust*.
- SVAZ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN (2018). *Dohodovací řízení*. Dostupné z: <http://szpccr.cz/dohodovaci-řízení-2019/>.
- ŠŤASTNÁ, L. (2013). *Adiktologie jako obor*. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/632/4369/Adiktologie-jako-obor>.
- ŠUBRTOVÁ, J. *Způsobilé výdaje v kontextu pravidel 3E*. Ministerstvo pro místní rozvoj ČR. Dostupné z: https://www.dotaceu.cz/getmedia/864b7323-e271-4326-8b52-ec184b585039/prezentace_PRINCIP-3E_864b7323-e271-4326-8b52-ec184b585039.pdf.
- ÚOHS (2014). *Úřad pro ochranu hospodářské soutěže: Zásady zadávání veřejných zakázek*. Úřad v kostce 2014.
- ÚSTŘEDÍ VZP (2018). *Metodika pro pořizování a předávání dokladů, verze popisu 6.2.XXXIII*. Dostupné z: https://media.vzpstatic.cz/media/Default/dokumenty/vyuctovani/metodika_pro_porizovani_a_predavani_dokladu_k_1.7.2018.pdf.
- VYHNÁNEK, T. (2015). *Veřejné nakupování v ČR: Kontrola a check-listy*. Ministerstvo financí České republiky. Dostupné z: <https://www.mfcr.cz/cs/verejny-sektor/smart-governance/centralni-nakup-statu/uzitecne-materialy/kontrola-verejnych-zakazek--overovani-do-22948>.
- VZP (2017). *Postup při uzavírání smluv s poskytovateli zdravotních služeb, jejich změnách a zániku. Obecná část*. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/smluvni-vztahy/postup-uzavirani-smluv-pro-zdravotnicke-zarizeni>.
- VZP (2018a). *Revizní činnost*. Dostupné: <https://www.vzp.cz/o-nas/kdo-jsme/revizni-cinnost>.
- VZP (2018b). *Smlouva o poskytování a úhradě hrazených služeb*. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/smluvni-vztahy/postup-uzavirani-smluv-pro-zdravotnicke-zarizeni>.
- ZUSKA, K. (2015a). *Co je to vyrovnávací platba – I. Část*. Dostupné z: <http://www.pfss.cz/co-je-to-vyrovnavaci-platba-i-cast>.
- ZUSKA, K. (2015b). *Co chystá MPSV v sociálních službách. Rozhovor s vedoucí Oddělení financování sociálních služeb MPSV Ing. Lindou Maršíkovou*. Z – klub. Dostupné z: <http://www.zklub.cz/clanky/24-co-chysta-mpsv-v-socialnich-sluzbach>.
- ZUSKA, K. (2017). *Výzvy v rámci Operačního programu Zaměstnanost - dotace nebo veřejná zakázka*. Dostupné z: <http://www.zklub.cz/clanky/34-vyzvy-v-ramci-operacniho-programu-zamestnanost-dotace-nebo-verejna-zakazka>.

Přílohy:

- dotazník
- scénář fokusních skupin
- program workshopu