

# K vybraným aspektům připravovaného systému dlouhodobé sociálně zdravotní péče

Ladislav Průša

*Jednou z oblastí, kterým věnuje Evropská unie pozornost v oblasti systémů sociální ochrany obyvatelstva, je problematika dlouhodobé péče. Tento systém v naší zemi není doposud legislativně upraven, nicméně všechny jeho stěžejní prvky existují a v zásadě fungují. Problém, který je nutno vyřešit, spočívá v propojení základních mechanismů jejich organizace, financování a řízení tak, aby se zvýšily synergické efekty vyplývající z jejich vzájemného působení. Tyto otázky se pokouší vyřešit návrh věcného záměru zákona upravujícího otázky dlouhodobé sociálně zdravotní péče.*

V rámci Evropské unie existují různé definice dlouhodobé péče. Například OECD definuje dlouhodobou péči jako „průřezové“ politické téma, které spojuje řadu služeb pro osoby, které dlouhodobě potřebují pomoc se základními každodenními aktivitami (ADLs). Prvky dlouhodobé péče zahrnují rehabilitaci, základní zdravotnické služby, domácí ošetřování, sociální péči, bydlení a služby jako přepravu, stravování, zaměstnanecké a zplnomocňující aktivity a také pomoc s „Instrumental Activities of Daily Living“ (IADLs). Do těchto činností je zařazena příprava jídla, nákup potravin a věcí osobní potřeby, lehké domácí práce, užívání telefonu atd. V některých zemích je dlouhodobá péče spojována se zdravotní politikou a zahrnuje také preventivní opatření, aktivní stárnutí, podporu samostatnosti, sociální pomoc nebo paliativní péči. Dále se liší názory na hodnocení „závislosti“ a jejího krytí, na způsoby finanční či věcné podpory pro instituce nebo jednotlivce a jeho rodinu.

## Hlavní principy připravované právní úpravy systému dlouhodobé sociálně zdravotní péče

Podle návrhu věcného záměru zákona upravujícího řešení dlouhodobé zdravotně sociální péče<sup>1</sup> patří k hlavním principům navrhovaného řešení:

- zajištění kvalitních a dostupných služeb pro klienty,
- možnost participace klientů a jejich rodinných příslušníků na vytváření vhodné sítě poskytovatelů dlouhodobé péče,
- podpora rozvoje dlouhodobé péče především na domácí a komunitní úrovni,
- podpora otevřeného a transparentního konkurenčního prostředí při poskytování dlouhodobé péče,
- zvýšení sociální spravedlnosti, tedy srovnání podmínek dostupnosti a kvality potřebných služeb, stejně jako finanční participace, pro klienty se stejnými potřebami dlouhodobé péče, stanovení nepodkročitelných standardů dlouhodobé péče,
- zvýšení efektivity systému poskytování dlouhodobé péče včetně vynakládání prostředků na příspěvek na péči,

- vytváření podmínek pro realizaci účinné sociální a zdravotní politiky na všech úrovních veřejné správy,

- zajištění dlouhodobě udržitelného financování.

Pro naplnění těchto výchozích principů jsou v rámci výše uvedeného návrhu věcného záměru zákona definována tato - z pohledu autora - klíčová řešení:

- Dlouhodobá péče je poskytována odbornými pracovníky primárně v přirozeném prostředí, ale také v ambulantních zařízeních, v nezbytných případech i v zařízeních poskytujících pobytové služby. Poskytování dlouhodobé péče v přirozené komunitě klienta je považováno za nejvhodnější způsob podpory.

- Osobě, které byl přiznán status klienta dlouhodobé péče, uhradí zdravotní pojišťovna poskytnutí zdravotních služeb v rámci dlouhodobé péče. Na tyto zdravotní služby je z hlediska jejich časové naléhavosti pohlíženo jako na akutní zdravotní péči.

- Dlouhodobá péče je spektrem kombinovaných zdravotních a sociálních služeb, které potřebují osoby se sníženou soběstačností, trvale závislé na cizí pomoci. Pro vymezení dlouhodobé péče je klíčový právě významný podíl jak zdravotní, tak sociální péče v potřebách klienta.

- Poskytovatel pobytové dlouhodobé péče bude muset získat registraci na poskytování pobytové formy sociálních služeb a současně oprávnění poskytovat dlouhodobou lůžkovou zdravotní péči.

- Komunitní sestra pracuje v týmu se sociálním pracovníkem na obecním úřadu obce s rozšířenou působností a zajišťují podporu, poradenství a hodnocení zdravotních a sociálních potřeb potenciálních klientů dlouhodobé péče.

- Zdravotní pojišťovna je povinna zajistit dostupnost dlouhodobé péče formou domácích, ambulantních nebo ústavních zdravotních ošetřovatelských služeb prostřednictvím smluvních poskytovatelů.

- Poskytování dlouhodobé péče v přirozeném prostředí klienta formálními poskytovateli nebo ve formě sdílené péče je považováno za nejvhodnější způsob podpory a péče.

- Osobě, které byl přiznán status klienta dlouhodobé péče, jsou zdravotní služby v rámci dlouhodobé péče poskytovány na základě smlouvy poskytovatele a příslušné zdravotní pojišťovny. Služby sociální péče jsou poskytovány v rámci dlouhodobé péče na základě smlouvy mezi poskytovatelem a klientem a jejich úhrady se řídí zákonem o sociálních službách. Pokud byl osobě, které byl přiznán status klienta dlouhodobé péče, přiznán i příspěvek na péči, je tento příspěvek proplácen Úřadem práce poskytovateli/poskytovatelům pobytové dlouhodobé péče jako úhrada za péči stanovená na základě uzavřené smlouvy s klientem.

- Klient dlouhodobé péče pobývající v zařízení poskytujícím ústavní dlouhodobou péči se podílí na úhradě nákladů na stravu a pobyt podle příslušných ustanovení zákona o sociálních službách a navazujících právních předpisů.

- Poskyvatel dlouhodobé péče se jako samostatný segment zúčastňuje dohodovacího řízení o hodnotě bodu a podmínkách úhrady podle zákona č. 48/1997 Sb.

- Osoba, která je příjemcem příspěvku na péči ve stupni 3 nebo 4 v den nabytí účinnosti tohoto zákona a zároveň její zdravotní stav vyžaduje systematické dlouhodobé poskytování ošetřovatelské zdravotní péče na základě posouzení ošetřujícího lékaře, je ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona považována za klienta dlouhodobé péče do skončení doby platnosti původního rozhodnutí nebo vydání rozhodnutí nového.

## Stručné hodnocení vybraných principů navrhovaného řešení

Předložený návrh věcného záměru zákona upravujícího řešení dlouhodobé zdravotně sociální péče reaguje na skutečnost, že stávající systémy poskytování sociálních služeb a zdravotní péče fungují jak na celostátní, tak i na všech regionálních úrovních v zásadě izolovaně bez žádoucích průníků, které by zvýšily efektivitu vynakládaných finančních prostředků v obou systémech. V tomto smyslu se jedná zejména o tyto skutečnosti:

- zdravotní pojišťovny hradí náklady lékařem řádně indikované a příslušnými zdravotnickými pracovníky skutečně poskytnuté ošetrovatelské a rehabilitační péče pouze z cca 20 %<sup>2</sup>,
- ve zdravotnických zařízeních je podle jádření VZP cca 15 000 klientů, jimž je indikována a poskytována zdravotní péče, přestože jim mohla být tato péče poskytována v pobytovém zařízení sociálních služeb, popř. v jejich domácnostech, avšak v důsledku nedostatku těchto kapacit a neschopnosti zdravotních pojišťoven odhalit tuto skutečnost je jim veškerá péče hrazena ze systému veřejného zdravotního pojištění<sup>3</sup>.

Z tohoto pohledu je nutné ocenit snahu obou resortů řešit existující problémy.

Ačkoliv je v rámci výchozích principů jednoznačně deklarována podpora rozvoje služeb dlouhodobé péče v domácím prostředí jednotlivých klientů, je naprostá většina materiálu věnována problematice poskytování dlouhodobé sociálně zdravotní péče v pobytových zařízeních.

Negativně je rovněž nutno hodnotit skutečnost, že poskytovatelé dlouhodobé péče se budou muset znovu registrovat, přestože jak poskytovatelé sociálních služeb, tak i zdravotní péče jsou již dnes registrováni. Lze se domnívat, že vzhledem k charakteru dlouhodobé péče by bylo možno přímo ze zákona vymezit, že poskytovatelé dlouhodobé péče jsou všichni registrovaní poskytovatelé služeb sociální péče a ta zdravotnická zařízení, která již dnes jsou fakticky poskytovateli dlouhodobé péče (léčebny pro dlouhodobě nemocné, odborné léčebné ústavy).

Pozitivně je nutno hodnotit to, že se do systému dlouhodobé péče navrhuje zapojit komunitní sestru, která by měla ve spolupráci se sociálním pracovníkem na obecním úřadu obce s rozšířenou působností zajišťovat podporu, poradenství a hodnocení zdravotních a sociálních potřeb potenciálních klientů dlouhodobé péče. Charakterem své činnosti by tak komunitní sestra mohla představovat určitého care managera, který je významným prvkem v systémech sociálních služeb evropských zemí, nicméně v systému sociálních služeb v naší zemi tuto činnost doposud nikdo nevykonává.

Negativně je však nutno hodnotit skutečnost, že systémy hodnocení sociálních a zdravotních potřeb klientů dlouhodobé péče budou i nadále izolovány, že nedojde k hodnocení potřeb klientů dlouhodobé péče v jejich přirozeném prostředí společně zástupci sociální a zdravotní sféry, naopak dojde k další institucionalizaci hodnocení míry závislosti klienta, neboť toto hodnocení bude místo lékařské posudkové služby sociálního zabezpečení provádět pětičlenná komise pro posuzování potřeby dlouhodobé péče na Úřadu práce ČR.

Negativně je rovněž nutno hodnotit návrh, aby za vytvoření sítě služeb dlouho-

dobé péče byly odpovědní zdravotní pojišťovny. Ze systémového hlediska by za vytvoření sítě služeb dlouhodobé péče měl být zodpovědný Úřad práce ČR, který by podle návrhu věcného záměru zákona měl rozhodovat o přiznání příspěvku na péči a o přiznání statusu klienta dlouhodobé péče.

Klíčovým prvkem pro efektivní fungování systému financování a poskytování dlouhodobé péče je vytvoření „zrcadla“ mezi poskytováním a financováním ošetrovatelské péče v lůžkových zdravotnických zařízeních a v pobytových zařízeních sociálních služeb a mezi poskytováním sociálních služeb (přesněji služeb sociální péče) v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních. V konkrétní podobě se jedná především o vyplácení příspěvku na péči klientům v lůžkových zdravotnických zařízeních a financování indikované a skutečně poskytnuté ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb paušální platbou tak, jako je tomu v léčebnách pro dlouhodobě nemocné<sup>4</sup>. Z tohoto pohledu je nutno pozitivně hodnotit návrh, aby osobě, které byl přiznán status klienta dlouhodobé péče, byly zdravotní služby v rámci dlouhodobé péče poskytovány na základě smlouvy poskytovatele a příslušné zdravotní pojišťovny a služby sociální péče byly poskytovány na základě smlouvy mezi poskytovatelem a klientem a jejich úhrada se řídila zákonem o sociálních službách. Klient dlouhodobé péče pobývající v zařízení poskytujícím ústavní dlouhodobou péči, se přitom bude podílet na úhradě nákladů na stravu a pobyt podle příslušných ustanovení zákona o sociálních službách a navazujících právních předpisů.

Stěžejním limitem zajištění efektivního fungování systému dlouhodobé péče je provedení reformy zdravotnických služeb, v jejímž rámci by mělo být dosaženo personálních úspor a z nich vyplývajících úspor ve výši neinvestičních výdajů především v léčebnách pro dlouhodobě nemocné a v odborných léčebných ústavech.

V současné době činí průměrné neinvestiční výdaje na jedno lůžko:

- v léčebnách pro dlouhodobě nemocné 35 583 Kč měsíčně,
- v odborných léčebných ústavech 41 673 Kč měsíčně,
- v domovech pro seniory 21 381 Kč měsíčně,
- v domovech pro občany se zdravotním postižením 28 670 Kč měsíčně,
- v domovech se zvláštním režimem 25 447 Kč měsíčně.

Intenzivně je rovněž nutno „optimalizovat“ strukturu klientů v pobytových zařízeních sociálních služeb, např. v prosinci 2010 bylo v domovech pro seniory 5817 klientů bez přiznaného příspěvku na péči a 7897 klientů mělo přiznáno příspěvek na péči pouze v I. stupni závislosti. V tomto smyslu

je třeba výrazně posílit ekonomický pohled při rozhodování managementu jednotlivých zařízení o dlouhodobých principech a strategiích financování poskytovaných sociálních služeb<sup>5</sup>.

## Ekonomická kvantifikace fungování systému dlouhodobé sociálně zdravotní péče

Při kvantifikaci nákladů navrhovaných systémových změn v oblasti financování dlouhodobé sociálně zdravotní péče je potřeba zohlednit tyto skutečnosti:

- do nákladů na poskytování služeb dlouhodobé péče je třeba započítat rovněž finanční prostředky, které v současné době zdravotní pojišťovny v rozporu s platným právním stavem nevyplácejí pobytovým zařízením sociálních služeb (tyto náklady lze pro klienty dlouhodobé sociálně zdravotní péče na základě dříve provedených šetření<sup>6</sup> kvantifikovat na cca 3806 mil. Kč v zařízeních /celkové náklady na financování ošetrovatelských a rehabilitačních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb byly kvantifikovány na cca 5450 mil. Kč, zdravotní pojišťovny v r. 2009 zaplatily pouze cca 1106 mil. Kč./)<sup>7</sup>
  - financování ošetrovatelské a rehabilitační péče na skutečně poskytované úrovni významným způsobem posílí jistotu jednotlivých poskytovatelů, neboť nebudou závislí na poskytování dotací ze státního rozpočtu (v r. 2009 obdrželi poskytovatelé sociálních služeb v domovech pro seniory, v domovech pro osoby se zdravotním postižením a v domovech se zvláštním režimem dotaci ve výši 4229 mil. Kč),
  - sjednocením systému financování odborných léčebných ústavů a pobytových zařízení sociálních služeb by mělo dojít:
    - k významným úsporám zdrojů ze systému veřejného zdravotního pojištění (současné náklady ve výši 38 400 Kč na lůžko měsíčně by měly poklesnout na 5915 Kč, celková úspora by činila 8439 mil. Kč ročně),
    - ke zvýšení podílu klienta na krytí nákladů za pobyt a stravu v těchto zařízeních z dnešních 1280 Kč měsíčně na cca 9000 Kč měsíčně,
    - výplatu příspěvku na péči i do odborných léčebných ústavů vzrostou výdaje na výplatu této dávky o cca 1348 mil. Kč<sup>8</sup>.
- Souhrnně jsou dopady změn systému financování dlouhodobé sociálně zdravotní péče kvantifikovány v tabulce č. 1.
- Z uvedených údajů je zřejmé, že vytvořením potřebného „zrcadla“ při financování sociální a ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb by došlo k úspoře výdajů jak státního rozpočtu ve výši cca 2,9 mld. Kč, tak i fondů zdravotního pojištění ve výši cca 4,1 mld. Kč. Tato úspora výdajů na straně systému veřejného zdravotního pojištění by mohla být dále navýšena v případě výrazného zvýšení počtu

**Tabulka č. 1: Dopady změn systému financování dlouhodobé sociálně zdravotní péče v prvním roce zavedení systému**

v mil. Kč	fondy zdravotního pojištění			státní rozpočet			klienti		
	nárůst	úspora	celková bilance	nárůst	úspora	celková bilance	nárůst	úspora	celková bilance
zvýšení nákladů na financování ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb	4 344								
poskytování služeb dlouhodobé péče bez dotací ze státního rozpočtu					4 229				
úspora výdajů zdravotního pojištění v důsledku sjednocení systému financování		8 439							
nárůst výdajů na příspěvek na péči v OLÚ				1 348					
nárůst výdajů za pobyt a stravu v OLÚ							257		
souhrnná bilance			-4 095			-2 881			257

*Pramen: vlastní propočty*

lůžek, která by do tohoto systému mohla být transformována z lůžek následné péče. Tento předpoklad se jeví jako vysoce reálný, neboť zatímco v r. 2010 bylo v odborných léčebných ústavech celkem 21 648 lůžek, VZP opakovaně tvrdí, že v zdravotnických zařízeních je dlouhodobě umístěno na různých odděleních cca 15 000 osob ze sociálních důvodů. Pokud by všechna tato lůžka byla převedena na lůžka dlouhodobé sociálně zdravotní péče, lze celkovou úsporu výdajů ze systému veřejného zdravotního pojištění odhadovat cca na úrovni 9,9 mld. Kč<sup>9</sup>, tj. o dalších cca 5,8 mld. Kč více.

## Závěrem

Výše uvedené propočty potvrzují dříve jednoznačně dokázané hluboké podfinancování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb<sup>10</sup> a zcela jednoznačně ukazují na možnosti efektivního vytvoření systému dlouhodobé sociálně zdravotní péče. Navržený systém financování přitom umožní další potřebný rozvoj tohoto segmentu péče, neboť poskytovatelé těchto služeb již nebudou závislí na přiznání dotací ze státního rozpočtu. Kritickým místem tohoto řešení je ovšem ochota zdravotnických zařízení i samotných zdravotních pojišťoven ke změnám v struktuře personálního zajištění tohoto provozu v těchto zařízeních, které jsou cestou k nezbytným změnám ve struktuře financování provozu zařízení dlouhodobé sociálně zdravotní péče. Vzhledem k předpokládaným demografickým trendům je toto řešení nutno považovat za pozitivní krok k nastartování rozvojových strategických plánů v jednotlivých regionech.

1 Viz *Návrh věcného záměru zákona upravujícího řešení dlouhodobé zdravotně sociální péče*, Praha: MPSV 2011 (č.j. 2011/68462 - 223 ze dne 26. října 2011), [online], cit. [2011-11-25], dostupné z: <http://eklep.vlada.cz/eklep/page.jsf?resultform:hledaniTablep=3>

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

3 Viz Vodička, G. *Problém se sociálními službami ve zdravotnických zařízeních*. Infoservis VZP č. 3/2010. [online], cit.[2010-10-16], dostupné z: <http://www.vzp.cz>

[/cms/internet/cz/Lekari/Informace-pro-praxi/Infoservis/infoservis3-2010.pdf](http://cms/internet/cz/Lekari/Informace-pro-praxi/Infoservis/infoservis3-2010.pdf)

4 Viz Průša, L. Determinanty efektivního systému financování a poskytování dlouhodobé péče. *Rezidenční péče* č. 4/2011. ISSN 1801-8726

5 Viz Molek, J. *Rízení organizací sociálních služeb - vybrané problémy*. Praha: VÚPSV, 2011. ISBN 978-80-7416-083-7

6 Viz Průša, L. a kol. *Poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních*. Praha: VÚPSV, 2009. ISBN 978-80-7416-030-1

7 Vzhledem k úzkým vazbám systému dlouhodobé péče a systému služeb sociální péče v pobytových zařízeních je v rámci dalších kvantifikací uvažováno s vytvořením „zrcadla“ i pro financování služeb sociální péče v pobytových zařízeních sociálních služeb (tedy i pro klienty, kteří žijí v pobytových zařízeních sociálních služeb a nemají přiznaný žádný příspěvek na péči, a dále pro klienty, kteří mají v těchto zařízeních přiznaný příspěvek na péči v I. stupni závislosti a pro 75 % klientů těchto zařízení, jimž je přiznaný příspěvek na péči ve II. stupni závislosti).

8 Vzhledem k tomu, že věková struktura, základní diagnózy a stupeň soběstačnosti u pacientů LDN a u klientů domovů pro seniory umístěných na ošetrovatelských lůžkách jsou v zásadě obdobné (viz Červenková, A. - Bruthanová, D. - Pechanová, M. *Sociálně zdravotní služby poskytované klientům na ošetrovatelských odděleních domovů důchodců a v léčebných dlouhodobě nemocných se zřetelem k jejich sociální situaci a zdravotnímu stavu*. Praha: VÚPSV, 2006. ISBN 80-87007-35-2) byla při kvantifikaci finančních dopadů výplaty příspěvku na péči do odborných léčebných ústavů použita stejná struktura klientů podle míry závislosti jako v domovech pro seniory.

9 Výdaje na 1 lůžko měsíčně na jednotlivých odděleních nemocnic jsou přitom několikanásobně vyšší než výdaje na 1 lůžko v odborných léčebných ústavech, z nichž se při výpočtu vycházelo.

10 Viz Průša, L. a kol. *Poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních*. Praha: VÚPSV, 2009. ISBN 978-80-7416-030-1

## Literatura:

Červenková, A. - Bruthanová, D. - Pechanová, M. *Sociálně zdravotní služby poskytované klientům na ošetrovatelských odděleních domovů důchodců a v léčebných dlouhodobě nemocných se zřetelem k jejich sociální situaci a zdravotnímu stavu*. Praha: VÚPSV, 2006. ISBN 80-87007-35-2

Molek, J. *Rízení organizací sociálních služeb - vybrané problémy*. Praha: VÚPSV, 2011. ISBN 978-80-7416-083-7

Průša, L. a kol. *Poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb*

*žeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních*. Praha: VÚPSV, 2009. ISBN 978-80-7416-030-1

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

Průša, L. Determinanty efektivního systému financování a poskytování dlouhodobé péče. *Rezidenční péče* č. 4/2011. ISSN 1801-8726

Vodička, G. *Problém se sociálními službami ve zdravotnických zařízeních*. Infoservis VZP č. 3/2010. [online], cit.[2010-10-16], dostupné z: <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/Informace-pro-praxi/Infoservis/infoservis3-2010.pdf>

*Návrh věcného záměru zákona upravujícího řešení dlouhodobé zdravotně sociální péče*, Praha: MPSV 2011 (č.j. 2011/68462 - 223 ze dne 26. října 2011), [online], cit. [2011-11-25], dostupné z: <http://eklep.vlada.cz/eklep/page.jsf?resultform:hledaniTablep=3>

*Autor je ředitelem VÚPSV, v. v. i., a ekonomickými analýzami systému sociálních služeb se zabývá dlouhodobě.*

Soutěž „Stejná šance - Zaměstnavatel 2012“ určená firmám, které v běžném pracovním prostředí zaměstnávají lidi se znevýhodněním, se letos konala již pátým rokem. Letošní soutěž vyhlásilo občanské sdružení Rytmus pro Prahu a Karlovarský kraj, Rytmus Benešov, o. p. s., pro Středočeský kraj, Rytmus Chrudim, o. p. s., pro Pardubický kraj a Rytmus Liberec, o. p. s., pro Liberecký kraj. Spoluvyhlašovatelem byla Česká unie pro podporované zaměstnávání. Kritériem hodnocení v soutěži je například typ uzavřeného pracovního vztahu, délka pracovního vztahu, typ znevýhodnění zaměstnance v souvislosti se zastávanou pozicí, úprava pracovních podmínek, pracovní doby, ale i účast zaměstnance na neformálních firemních akcích, celkový přístup pracovního kolektivu, vstřícnost vedení firmy apod. Prostřednictvím 281 nominací bylo nominováno 110 firem. V Libereckém kraji zvítězila firma EMBA, spol. s r. o., v Pardubickém kraji Východočeské divadlo Pardubice, ve Středočeském kraji Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a. s., a v Karlovarském kraji vyhrála firma Nelan, spol. s r. o. V Praze se vítězem stala společnost MEIBES, s. r. o. Druhou pražskou oceněnou firmou je Pekařství Moravec, s. r. o., a na třetím místě se umístili dva zaměstnavatelé: Starbucks Coffee - Václavské nám. 40 a občanské sdružení Step by Step.