Analýza potenciálu digitalizace a zefektivnění procesů v sociálních službách v ČR

Se zaměřením na příspěvek na péči a sběr dat

Prosinec 2022

Zadavatel

Asociace poskytovatelů sociálních služeb

Zpracovatel

Ernst & Young, s.r.o.

Na Florenci 2116/15

110 00 Praha 1

ASOCIACE POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ČR

EY

Building a better working world

ASOCIACE POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ČR

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR

Největší profesní organizace v oblasti sociálních služeb ČR

www.apsscr.cz

...již od roku 1991

APSS ČR je největší profesní organizací sdružující poskytovatele sociálních služeb v České republice.

Asociace v rámci své činnosti:

- zastupuje a hájí zájmy svých členů u státních a ostatních zainteresovaných institucí, zejména předkládáním odborných stanovisek, kvalifikovanou oponenturou a iniciací a podporou žádoucí právní regulace sociálních služeb;
- zprostředkovává rozšiřování vědeckých a výzkumných poznatků do činnosti poskytovatelů sociálních služeb a předávání tuzemských i zahraničních odborných zkušeností svým členům;
- vyvíjí studijní, dokumentační, vzdělávací a expertní činnost;
- organizuje kongresy, odborné konference a vzdělávací programy;
- je pořadatelem již tradičního Týdne sociálních služeb ČR a výtvarné soutěže Šťastné stáří očima dětí, spolupořadatelem ocenění Národní cena – Pečovatel/ka roku, držitelem licence E-Qalin pro ČR (model měření a zvyšování kvality), tvůrcem modelu Certifikace paliativního přístupu v sociálních službách a správcem Značky kvality (systém externí certifikace zařízení);
- vydává odborný čtvrtletník Listy sociální práce a odborný měsíčník Sociální služby.

Sekce a svazy Asociace:

Činnost sekcí a svazů probíhá na základě specifických potřeb členů Asociace.

Sekce:

- sekce terénních služeb
- sekce ambulantních služeb APSS ČR
- sekce adiktologických služeb
- sekce sociálních služeb pro osoby bez domova
- sekce korporátních poskytovatelů sociálních služeb
- sekce služeb péče o ohrožené dítě
- sekce služeb pro rodinu
- sekce pro náhradní rodinnou péči a sociálně-právní ochranu dětí

Svazy:

- Profesní svaz sociálních pracovníků v sociálních službách
- Profesní svaz zdravotnických pracovníků v sociálních službách

APSS ČR je členem:

European Social Network

EUROPEAN AGEING NETWORK former EDE | EAHSA

U2S UNIE ZAMĚSTNAVATELSKÝCH SVAZŮ ČESKÉ REPUBLIKY

FEANTSA

Federation of European SOCIAL EMPLOYERS

Obsah

1. Manažerské shrnutí 1
2. Analýza potenciálu digitalizace a zefektivnění procesů v sociálních službách 5
   1.1. Představení hodnotícího týmu 5
   1.2. Orientace v textu kapitol 6
3. Základní souvislosti a náš přístup ke zpracování analýzy 7
4. Naše chápání situace – proč digitalizovat a kdo z toho bude mít užitek 10
5. Možnosti digitalizace z pohledu uživatele sociální služby 14
   5.1. Digitalizace řízení o přiznání příspěvku na péči 17
   Příspěvek na péči a jeho definice 17
   Řízení o přiznání příspěvku na péči 19
   Problémové oblasti spojené s procesem podání a řízení 22
   Optimalizace lidských zdrojů 25
   5.2. Digitalizace žádostí o poskytování sociální služby 27
   Podání žádosti o poskytnutí sociální služby 27
   Registr poskytovatelů sociálních služeb 29
   5.3. Možnosti jednoho podání klientem 29
6. Efektivní vykazování a sdílení dat poskytovatelů sociálních služeb 31
   6.1. Vykazování dat podle objednatele 32
   6.2. Vykazování dat podle načasování, struktury a rozsahu dat 34
   6.3. Kvalita dat a jejich využívání 34
   6.4. Problematická místa 35
7. Zjištění a doporučení 36
   7.1. Doporučení související s agendou řízení o přiznání příspěvku na péči 38
   7.2. Doporučení související s agendou podání žádosti o poskytnutí sociální služby 42
   7.3. Doporučení související s vykazováním dat o sociálních službách 44
8. Dotazníkové šetření 45

Seznam grafů 54
Seznam obrázků 55
Seznam tabulek 55
Zdroje 56
Příloha č. 1 - Sociální šetření, nejjednodušší proces v řízení o příspěvku 57
Příloha č. 2 – Proces posouzení stupně závislosti 58
Příloha č. 3 – Proces vyřizování příspěvku na péči 59

1. Manažerské shrnutí

Tato zpráva je součástí zakázky „Analýza potenciálu digitalizace a zefektivnění vybraných procesů v sociálních službách“. Původním cílem bylo poskytnout Zadavateli informace pro diskusi s relevantními stakeholdery, pro rozhodování o budoucích úpravách procesů v sociálních službách tak, aby odpovídaly potřebám uživatelů i poskytovatelů a reflektovaly nové trendy, související s postupnou digitalizací veřejných služeb.

Analýza ukázala, že **přestože je potřeba digitalizovat agendy v sociálních službách zcela zásadní, je třeba zaměřit se i na zapojené struktury** (úřady státní a veřejné správy a jim podřízené instituce) a změnit logiku, posloupnost vybraných procesů. Z provedeného průzkumu nadále vyplynula **obecná potřeba digitalizace informací a komunikace s uživateli, resp. potencionálními uživateli sociálních služeb a jejich rodinnými příslušníky**. Právě nedostatek informací, jejich často nedostupná a zmatečná struktura, ale i jejich digitální nedostupnost je jednou z hlavních bariér dostupnosti sociálních služeb a odpovídající pomoci a podpory. Digitální řešení zejména v odborném poradenství a sociální práci by se tak měla stát pro stát prioritou s odpovídající pozorností a podporou.

V analýze jsme se zaměřili na dvě primární oblasti, a to na možnou digitalizaci agend, které využívá klient sociální služby (tedy příspěvek na péči a žádost o poskytnutí služby) a na návrhy pro zefektivnění vykazování a sdílení dat s poskytováním sociálních služeb souvisejících.

Digitalizace sociálních služeb neoddělitelně souvisí s celosvětovým trendem rozvoje eGovermentu a digitalizací veřejné správy. Digitalizace však nepomůže v případě systémových problémů, které souvisí s celkovým nastavením provádění sociálních služeb či systému sociální ochrany, kterou provádí stát. ukázalo se, že digitalizace dílčích procesů, například v řízení o přiznání příspěvku na péči, by byla neefektivní, pokud by nedošlo ke změně procesů a jejich logického uspořádání.

Digitalizace je velmi úzce spojena s digitální gramotností a akceptací technologií ve společností. To ukazuje i míra využití elektronického podání žádosti o příspěvek, které se pohybuje na úrovni 3 %. Nedávná šetření ukazují, že sdílení osobních údajů není pro Čechy příliš komfortní. Pouze 38 % lidí nemá problém sdílet osobní údaje s vládou za účelem přístupu ke službě.

Na druhou stranu, Využívání osobních údajů má určitou podporu, pokud je lidem jasné, k čemu jsou využívány a pokud to přináší výhody pro ně samotné či pro společnost. To platí

především, pokud se jedná o veřejné zdraví či o sociální podporu. Například využívání anonymizovaných osobních údajů ke zdravotním účelům podporuje více než polovina Čechů, 41 % pak vyjadřuje podporu ke stanovení priorit pro zdravotnické služby.

Zjištění z provedené analýzy jsme shrnuli do několika bodů, které jsou následně rozpracovány do většího detailu v jednotlivých částech zprávy. Na základě našeho výzkumu jsme dospěli k následujícím závěrům:

1

Při procesu řízení o přiznání příspěvku na péči nejsou dodržovány zákonné lhůty, procesy probíhají lineárně, nikoli paralelně. Pokud by procesy probíhaly paralelně, zrychlilo by se řízení.

V současnosti nejsou dodržovány zákonem stanovené lhůty pro vyřizování žádosti o příspěvek, které stanoví správní řád. Lhůta nyní činí 60 dnů, z výsledků dotazování plyne, že je až v 80 % případů překračována. Pokud by by došlo ke změně procesu řízení ve smyslu paralelnosti procesů, které vykonává ÚP a OSSZ, nemuselo by docházet k přerušení řízení a lhůty by bylo možné zkrátit.

2

Kapacity posudkových lékařů jsou nedostatečné, jejich průměrný věk je 62 let. Profese posudkového lékaře navíc není atraktivní, v budoucnu se tedy problém nedostatečné kapacity bude navyšovat. Řešením by bylo zajistit posouzení jiným pracovníkem, než pouze lékařem.

Proto navrhujeme zajistit posouzení zdravotního stavu jiným pracovníkem, než pouze posudkovým lékařem. To v současné chvíli neumožňuje legislativa, kterou je třeba upravit. Posouzení zdravotního stavu by mohla provádět například komunitní sestra nebo sestra s S3 specializací, geriatrická, psychiatrická, ošetřovatelská nebo rehabilitační sestra. Navrhované řešení by mohlo zkrátit celý proces řízení o PnP, do budoucna řešit snižující se kapacity lékařů, kteří budou pro zajištění třeba. Aktuálně je v legislativním procesu novela zákona č. 582/2011 Sb., která rozšiřuje kapacity pro posuzování o další profese.

3

Přestože je možné podávat žádost o přiznání příspěvku elektronicky, tuto variantu využívají jen 3 % žadatelů. Je nutné propagovat a podporovat možnost elektronického podání.

Většina žádostí je podávána fyzicky, poštou, nebo osobně na pobočce ÚP. Elektronické podání prostřednictvím datové schránky, případně pomocí webového formuláře podepsaného elektronickým podpisem nebo prostřednictvím bankovní identity se téměř nevyužívá. I zkušenost z pandemického období ukázala, že fyzické podání může představovat překážku. Je nezbytné posílit propagaci elektronického podání, jak na pobočkách ÚP samotných, tak mezi klienty. Podporovat by se mělo zavedení elektronických podpisů / bankovní identity pro všechny občany ČR, a to pro veškerou komunikaci s úřady státní a veřejné správy. Alternativou je pak žádost nepodepisovat, k ověření totožnosti dojde v průběhu procesu řízení.

Celé řízení není spravováno v jedné aplikaci, kterou by mohl využívat každý subjekt, do řízení zapojený, včetně klienta. To zvyšuje náročnost celého řízení, prodlužuje jeho trvání a generuje chybná podání a nadměrnou komunikaci bez jasné přidané hodnoty.

4

Aplikační prostředí na straně poskytovatele je naprosto nedostatečné a neodpovídá současným požadavkům na správu takto rozsáhlé agendy. Elektronické podání je pouze na straně žadatele, do systému ÚP (pracuje v OKsystému) se nepřeklápí. Žadatel navíc nemá přístup do aplikace, kde by mohl sledovat aktuální stav své žádosti, je s ním (jednostranně) komunikováno pomocí úředních dopisů. Každé pracoviště (ÚP a OSSZ) pracuje ve svém vlastním systému, systémy nejsou propojeny, úřady komunikují pomocí datové schránky. Zásadní informace jsou mezi systémy přepisovány, nepřeklápí se automaticky. To nejen prodlužuje celý proces, znemožňuje sledování jeho průběhu, ale i zvyšuje riziko lidské chyby. Navrhované řešení by zásadně zrychlilo celý proces, umožnilo jeho sledování, komunikaci mezi úřady v reálném čase, snížení „obesílání“ jednotlivých zapojených subjektů a další. Pracovníci jednotlivých agend by měli díky jednoduššímu předávání informací čas na více podání, případně na práci s klientem.

5

Nemožnost sdílet mezi zdravotnickými pracovníky zapojenými do procesu pacientskou dokumentaci dále prodlužuje dobu trvání celého procesu. Sdílení korektních a strukturovaných dat je základem pro správné posouzení zdravotního stavu klienta pro potřeby šetření.

Zrychlení řízení blokuje náročná komunikace na straně OSSZ, mezi posudkovým lékařem a praktickým lékařem / specialistou, kvůli získání informací o zdravotním stavu žadatele, o jeho diagnózách. Pokud by bylo možné mezi zdravotnickými pracovníky sdílet pacientskou dokumentaci, proces posouzení zdravotního stavu by se opět významně zrychlil. Existují technická řešení, standardy a legislativa pro bezpečnou elektronickou výměnu ZD. Po schválení Návrhu nařízení Evropského parlamentu a Rady o Evropském prostoru pro zdravotnická data bude sdílení do tří let povinné pro členské státy EU, včetně České republiky.

Volné kapacity sociálních služeb nejsou sledovány, není známa reálná poptávka po nich. Informace o volných kapacitách, dostupná minimálně na sociálních odborech obcí, by zefektivnila jejich využití a umožnila lepší plánování budoucích kapacit.

6

Přestože jsou kapacity sociálních služeb (především služeb pobytových služeb sociální péče) extrémně vytíženy, stále existují volné kapacity, které je možné využít. Kapacity ambulantních a terénních služeb jsou pak dostupné, o možnosti využití takových služeb pro zajištění péče o klienta sociální služby často neexistují dostatečné informace, rodina obvykle rovnou uvažuje o zajištění péče prostřednictvím pobytové služby. Informace o volných kapacitách (pro „koordinátory péče“, např. na sociálních odborech obcí, či u jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb) a na druhé straně o poptávce po nich by zefektivnila využití dostupných kapacit, umožnila by také jejich lepší plánování.

7

Duplicitně se provádí několik sociálních šetření, při řízení o přiznání příspěvku na péči a zároveň při posouzení stavu klienta pro potřeby rozhodnutí o přijetí do služby. Účel těchto šetření je přitom z podstaty shodný. Vhodné by bylo realizovat šetření pouze jednou. Předpokladem je garance kvality takového šetření.

V současnosti přetrvává praxe realizace sociálního šetření jednotlivými poskytovateli sociálních služeb, kam žadatel (potenciální klient) podal žádost o poskytnutí služby. Pokud by byla podávána jedna žádost, bylo by provedeno pouze jedno sociální šetření (poskytovatelé by mohli být za provedené šetření honorováni, případně by byl vytvořen systém, který zaručí, že šetření bude rozděleno mezi poskytovatele spravedlivě). Navrhované opatření by snížilo zátěž poskytovatelů, kteří by ušetřený čas mohli věnovat péči o klienty. Předpokladem tohoto doporučení je kvalita provedeného sociálního šetření. Lze využít také sociální šetření prováděné pracovníky Úřadu práce, případně jej upravit tak, aby reflektovalo i potřeby poskytovatelů sociálních služeb

2. Analýza potenciálu digitalizace a zefektivnění procesů v sociálních službách

Tato zpráva je zpracována jako součást realizace zakázky „Analýza potenciálu digitalizace a zefektivnění vybraných procesů v sociálních službách“ (dále také „Projekt“). Zpracovatelem Projektu je Ernst & Young, s.r.o. (dále také „EY“) na základě smlouvy ze dne 15. července 2022 uzavřených mezi EY a Asociací poskytovatelů sociálních služeb ČR (dále také „APSS ČR“ nebo „Zadavatel“), která na projektu spolupracuje s Aliancí pro telemedicínu a digitalizaci zdravotnictví a sociálních služeb.

Cílem Projektu bylo poskytnout Zadavateli informace pro diskusi s relevantními stakeholdery (poskytovatelé sociálních služeb, státní správa, poslanci apod.), pro rozhodování o budoucích úpravách procesů v sociálních službách tak, aby odpovídaly potřebám uživatelů i poskytovatelů a reflektovaly nové trendy, související s postupnou digitalizací veřejných služeb.

Analýza se zaměřila na dvě primární oblasti, a to

1. **Možnosti digitalizace z pohledu uživatele sociální služby**
2. **Efektivní vykazování a sdílení dat poskytovatelů sociálních služeb.**

Výstupem analýzy je tato zpráva, která obsahuje analýzu současného stavu a jeho vyhodnocení, hlavní bariéry rozvoje, návrh řešení a doporučení, včetně posouzení rizik předloženého řešení. Výstupem je také prezentace, určená pro širší odbornou veřejnost.

V dalších kapitolách obě oblasti rozpracováváme, a to včetně stručného popisu a představení metod, které ke zkoumání využijeme.

V rámci Finálního zhodnocení jsme zpracovali informace zjištěné pro oba tematicky zaměřené úkoly. Zpráva je vypracována na základě zadávacích podmínek, nabídky a reflektuje ujednání ze schůzek se Zadavatelem.

2.1. Představení hodnotícího týmu

Analýza byla realizována následujícím hodnotícím týmem EY.

Příjmení, jméno, titul člena týmu	Role člena týmu
Ing. Romana Smetánková, Ph.D.	Vedoucí týmu
Ing. Linda Maršíková	Výzkumný pracovník – sociální oblast
Bc. Anna Korieneva	Výzkumný pracovník – datová analýza
Adam Palivec	Týmová podpora

2.2. Orientace v textu kapitol

U jednotlivých oblastí jsou uvedeny konkrétní příklady odlišené grafickými prvky. Příklady jsou označeny následujícími piktogramy pro identifikaci zdroje:

Zjištění z dotazníkového šetření

Zjištění či doporučení

Důležité informace

3. Základní souvislosti a náš přístup ke zpracování analýzy

V této kapitole popisujeme, z čeho jsme při zpracování analýzy vycházeli, jak byl vymezen a definován základní okruh procesů určených k přezkoumání. V závěru kapitoly pak uvádíme námi zvolený metodologický postup a přístup k dotazníkovému šetření.

Právní rámec

Oblast sociálních služeb je v České republice upravena **zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách**, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Zákon“ nebo „ZSS“), včetně Vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách a další relevantní legislativní předpisy (dále jen „Vyhláška“). Tento zákon definuje jak oblast podání žádosti o poskytnutí služby (§85 Zákona), tak vykazování dat o sociálních službách (§90 Zákona). Zákon upravuje také část řízení o přiznání příspěvku na péči. Příspěvek na péči se dále řídí **zákonem č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení**. Lhůty pro procesy, které se u řízení o příspěvku vykonávají, se řídí podle **zákona č. 500/2004 Sb., správní řád**, ve znění pozdějších předpisů.

Studie Connected Citizen

Pro zasazení analýzy do širšího kontextu jsme pro potřeby této analýzy čerpali informace ze Závěrečné zprávy projektu Segmentace občanů: Česká republika, která se věnovala vztahu občanů České republiky k technologickému pokroku a v neposlední řadě i jejich očekáváním od veřejné správy v této oblasti. Zpráva vycházela z online dotazníkového šetření na panelu Populace.cz, které probíhalo v červenci letošního roku. Celkový vzorek činil 1016 vyplněných dotazníků. Zpráva byla zpracována v rámci výzkumu Connected Citizen, který se uskutečnil v 17 zemích světa a byl realizován společnostmi Ipsos na podnět Ernst & Young.

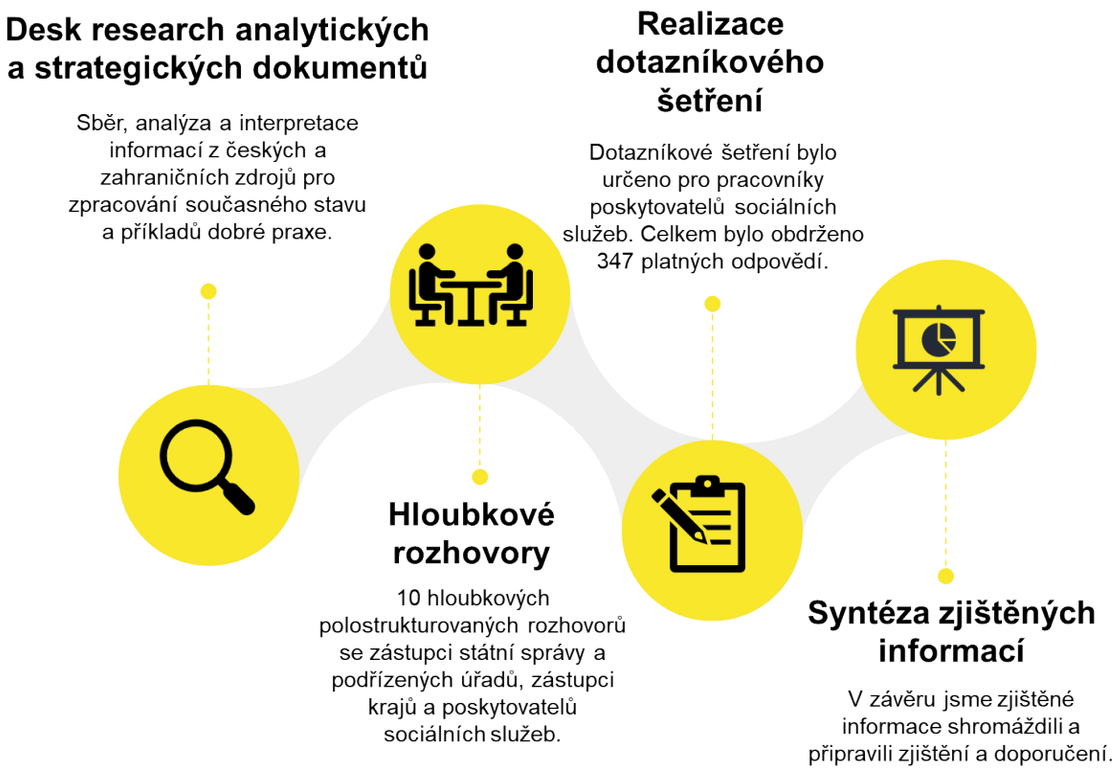
Metodologický přístup

Při zpracování analýzy jsme použili **multi-metodický přístup**, kombinující jak kvantitativní, tak kvalitativní metody výzkumu. Nejprve jsme studovali dostupné podkladové materiály k jednotlivým agendám, připravili stakeholder analýzu, která byla vstupem pro kvalitativní část výzkumu formou řízených hloubkových rozhovorů a kvantitativní výzkum v podobě dotazníkového šetření mezi poskytovateli sociálních služeb.

V závěru analýzy jsme výsledky provedeného výzkumu shrnuli, otestovali s expertním panelem Zadavatele formou připomínkování výstupu, a to včetně závěrů, zjištění a doporučení, které z realizace těchto analýzy vyplynuly.

Při práci na analýze jsme vycházeli z veřejně dostupných informací publikovaných věrohodnými institucemi a ve studii na ně odkazujeme. Dále jsme zpracovávali informace z interních zdrojů EY a dalších vstupů získaných přímo od nebo v součinnosti se Zadavatelem.

Obrázek 1: Metodologický základ analýzy.



Dotazníkové šetření

Součástí analýzy byla realizace dotazníkového šetření. Osloveni byli poskytovatelé sociálních služeb, a to prostřednictvím Zadavatele, který disponuje jejich kontaktními informacemi. Šetření bylo realizováno elektronicky prostřednictvím EY aplikace Qualtrics CoreXM od 26. 9. 2022 do 23. 11. 2022.

Celkem bylo osloveno 1626 poskytovatelů, ze kterých 416 (25,6 %) na žádost o vyplnění dotazníku reagovalo. Z celkového počtu zaznamenaných odpovědí 3 respondenti neposkytli souhlas se zpracováním osobních údajů a dalších 66 dotazník nedokončilo.

Uvedené odpovědi a závěry tak vycházejí ze vzorku 347 poskytovatelů sociálních služeb. Zastoupeny jsou všechny kraje, největší část tvoří respondenti z Moravskoslezského kraje (15,6 %) a Středočeského kraje (11,5 %), což relativně odpovídá počtu obyvatel České republiky. Nejmenší část respondentů je z Karlovarského kraje (3,6 %) a Libereckého kraje (3,3 %). Zastoupení ostatních krajů se pohybuje v intervalu 4–9 % ze všech respondentů.

Tabulka 1: Zastoupení respondentů dle krajů, kde poskytují služby.

Kraj	Podíl
Moravskoslezský kraj	15,6 %
Středočeský kraj	11,5 %
Ústecký kraj	9,3 %
Jihomoravský kraj	9,0 %
Jihočeský kraj	8,7 %
Kraj Vysočina	7,7 %

Kraj	Podíl
Hlavní město Praha	6,8 %
Plzeňský kraj	5,5 %
Královéhradecký kraj	5,5 %
Zlínský kraj	4,9 %
Pardubický kraj	4,6 %
Olomoucký kraj	4,1 %
Karlovarský kraj	3,6 %
Liberecký kraj	3,3 %

4. Naše chápání situace – proč digitalizovat a kdo z toho bude mít užitek

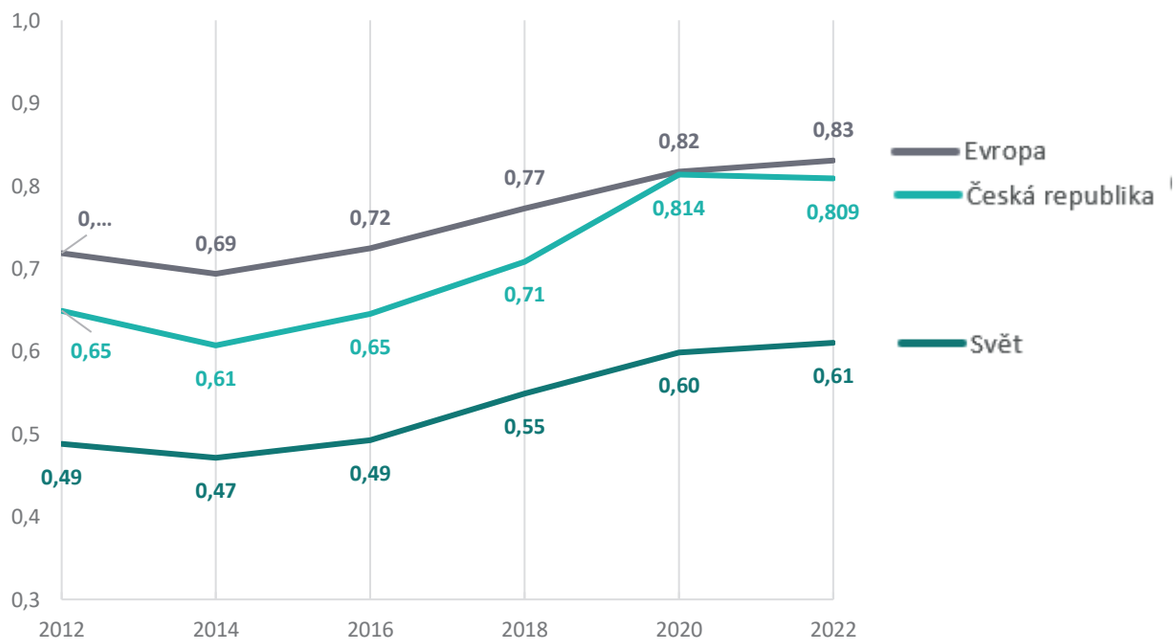
Digitalizace sociálních služeb neoddělitelně souvisí s celosvětovým trendem rozvoje eGovermentu a digitalizací veřejné správy. Neustále postupující vývoj ICT a narůstající kvanta dat, které státy musí sbírat, shromažďovat, analyzovat a šířit dále, nutí vlády adoptovat a implementovat nové technologie. Aby zachovaly relevanci pro nově vznikající digitální společnost, jež je z velké části založena na datech, musí digitalizovat procesy a služby, které svým občanům nabízí.

76 % z 1 200 státních úředníků z více než 70 zemí, se domnívá, že "digitální technologie narušují veřejný sektor", a 96 % z nich označuje "dopad na jejich oblast jako významný".

Proto stále více států posiluje svůj institucionální a právní rámec pro rozvoj elektronické veřejné správy, nebo eGovermentu. Většina zemí tak má národní strategii pro digitální veřejnou správu a řadu právních předpisů týkající se například národní e politiky (128 zemí), otevřených dat veřejné správy (117 zemí) a elektronické participace (91 zemí).[1]

V globálním měřítku je patrný **trend k úplné digitalizaci služeb veřejné správy**, která by uživatelům umožnila provádět prakticky všechny typy transakcí zcela online. Pro srovnání graf níže uvádí vývoj indexu EDGI (eGovernment Development Index) pomocí něhož OSN sleduje pokrok v této oblasti na celosvětové úrovni.

Graf 1: Vývoj indexu EDGI mezi lety 2012 a 2022.



Zdroj: vlastní zpracování na základě dat z OSN (2022). UN E-Government Knowledge base. Dostupné zde.

[1] UN E-Government Survey 2022. Dostupné z: https://publicadministration.un.org/egovkb/en-us.

V kontextu EU v oblasti technologií vznikla v posledních deseti letech řada strategií. Digitalizace veřejných služeb je jedním ze čtyř základních bodů uvedených v návrhu rozhodnutí o politickém programu „Cesta k digitální dekádě“.[2] Jako cíl zde bylo stanoveno dosažení oline přístupu ke klíčovým veřejným službám (v souvislosti s povoláním, studiem, rodinou, pravidelnou podnikatelskou činností, stěhováním) pro všechny občany a podniky EU do roku 2030.[3] Plánuje se vybudování jednotného digitálního trhu, který by měl mimo jiné podpořit hospodářství a přispět ke zlepšení kvality života prostřednictvím elektronického obchodu a elektronické veřejné správy“ (Evropský parlament, 2020).

Digitalizace veřejného sektoru může podle Evropské unie snížit administrativní náklady komunikace mezi státem a občanem o

15 % až 20 %

Evropská Komise propojuje téma E-Health a péče a definuje tuto oblast následovně:

> *Digitální zdravotnictví a péče obnáší nástroje a služby, které využívají informačních a komunikačních technologií ke zlepšení prevence, diagnostiky, léčby a monitorování aspektů zdraví a životního stylu. Digitální zdravotnictví a péče jsou inovativní a mohou zlepšit přístup k péči i její kvalitu této péče, jakož i celkovou efektivitu zdravotnictví.*

V mezinárodním srovnání je Česká republika dlouhodobě nad celosvětovým průměrem a postupně se přibližuje Evropě, která je v digitalizaci veřejné správy od počátku světovým lídrem. Ze 193 hodnocených zemí se ČR v roce 2022 umístila na 45. místě. ČR patří ke skupině zemí s vysokou hodnotou EGDI indexu, která je do značné míry tažena vysokou nebo velmi vysokou úrovní dílčích indexů měřících zajištění lidským kapitálem (HCI) a telekomunikační infrastrukturou (TII). U těchto indexů se ČR umístila jako 22. a 31. resp.[4] Naopak, v poskytování online služeb (OSI) ČR patrně zaostává (73. místo).[5]

Index digitální ekonomiky a společnosti 2022

pořadí	skóre	skóre
19.	49,1	52,3

Pokud se podíváme na **srovnání se zeměmi EU**, nalezneme ČR ve druhé polovině žebříku sestaveného na základě skóre indexu DESI, pomocí něhož EK monitoruje pokrok členských států v digitální oblasti. V roce 2022 se ČR zařadila na 19. místo, což je o jednu příčku horší výsledek oproti minulému roku.[6]

I přes to, že ČR v mnoha ohledech za ostatními evropskými státy při digitalizaci státní správy a služeb zaostává, představuje tato oblast jednu z klíčových priorit dalšího rozvoje. Současná vláda pokračuje v provádění strategie Digitální Česko přijaté v roce 2018 a aktualizované v roce 2020, přičemž digitální transformaci uvedla jako důležitý úkol svého čtyřletého vládního programu. Jedním z konkrétních kroků bylo například sestavení nezávislého poradního orgánu místopředsedy vlády ČR pro digitalizaci Ivana Bartoše. Pod

---

[2] EK (n.d.). Europe's Digital Decade. Dostupné z: https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/europes-digital-decade.

[3] EK (2021). Policy Programme: a Path to the Digital Decade – factsheet. Dostupné z: https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/policy-programme-path-digital-decade-factsheet.

[4] EDGI index se skládá z váženého průměru 3 dílčích indexů: the Online Services Index (OSI), the Telecommunications Infrastructure Index (TII), the Human Capital Index (HCI).

[5] UN E-Government Survey 2022. Dostupné z: https://publicadministration.un.org/egovkb/en-us.

[6] EK (2022). Czech Republic in the Digital Economy and Society Index. Dostupné z: https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/desi-czech-republic.

názvem Český digitální tým bude působit skupina expertních poradců, kteří nabídnou své dlouholeté zkušenosti z oblasti inovací, digitální transformace a modernizace. Inciativa si v souladu s prioritami vlády ČR v oblasti digitalizace klade za cíl zejména přispět ke zlepšení efektivity fungování státní správy a urychlení celkového procesu digitální transformace. [7]

Nehledě na snahy vlády a zlepšení v oblasti digitalizace považovala většina občanů ČR využití digitálních technologií vládou a veřejnými službami v reakci na pandemii za neefektivní.

Graf 2: Vztah občanů ČR k využití digitálních technologií vládou a veřejnými službami ČR v reakci na pandemii.

Zdroj: vlastní zpracování na základě dat z Ipsos. (2022).

Obzvláště kritičtí k hodnocení zvládnutí využití technologií vládou jsou lidé zaměstnaní jako OSVČ. 71 % z nich hodnotí využití technologií za neefektivní. Nejpozitivněji hodnotí využití moderních technologií mladí (36 % Generace Z[8] považovalo využití technologií za efektivní). S věkem přibývá počet lidí, kteří využití považovali za neefektivní (Ipsos, 2022).

I v oblasti sociálních služeb a poskytování péče, potažmo hodnocení zdravotního stavu a míry soběstačnosti klienta je mnoho agend, který by měly či mohly být digitalizovány.

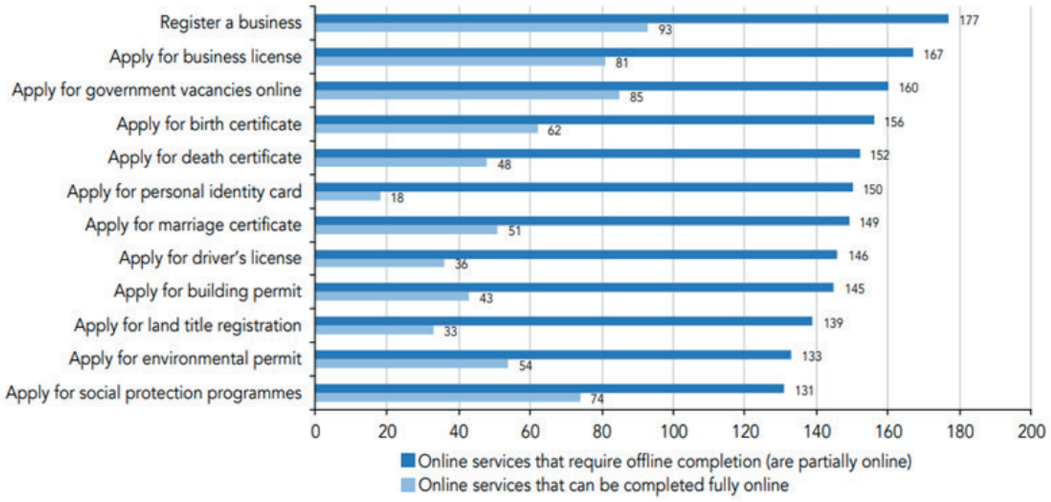
Cílem by mělo být především dosažení lepších služeb pro klienta (občana), ale z digitalizace konkrétních služeb a procesů mohou benefitovat i další aktéři, v tomto procesu zapojení. Digitalizace může také znamenat úsporu nákladů veřejných rozpočtů, zefektivnění procesů, jejich vyšší transparentnost. Digitalizací se také sníží riziko lidské chyby, navíc s daty takto získanými bude snazší pracovat, ať už za účelem pravidelného reportingu, či pro vytváření nejrůznějších odborných analýz či podkladů pro subjekty veřejné správy. Digitalizací také vznikne prostor pro klientský přístup, kdy budou mít úředníci státní správy více času řešit závažné případy, či uzpůsobit klientovi (občanovi) službu více na míru jeho potřebám.

Transformační dopad digitalizace se v sociálních službách teprve projevuje, jelikož implementace nových technologií má v této oblasti zatím pomalejší tempo. I přesto, že se v souvislostí s pandemií Covid-19 zaznamenal počet zemí nabízejících vyřízení některých agend sociální ochrany online nejvýraznější nárůst (17 %) oproti ostatním službám je tato oblast stále pozadu.

[7] Viz např. rozhovor s Ivanem Bartošem https://www.lupa.cz/clanky/ivan-bartos-statnim-ajtakum-musime-zvysit-platy-na-sto-tisic-znalosti-neco-stoji/.

[8] Generací Z je označována skupina lidí narozených od poloviny 90. let 20. století do roku 2012.

Graf 3: Počet zemí, které umožňují vyřízení vybraných služeb zcela nebo částečně online.



Zdroj: 2022 United Nations E-Government Survey

V systému sociálního zabezpečení může digitalizace mít vliv na 4 hlavní skupiny aktérů – klienty, poskytovatele, zaměstnance a daňové poplatníky. Následující schéma shrnuje nejvýznamnější vlivy, které bude možné digitalizací procesů dosáhnout u každé skupiny těchto aktérů.

Občan/klient

- Bezplatný přístup k vlastním datům v elektronické podobě
- Kontrola nad stavem podaných žádostí (o přiznání Příspěvku na péči, o poskytnutí služby apod.)
- Možnost sledovat celý proces
- Možnost rychlého doplnění, opravy
- Správa přístupu dalších institucí k osobním datům

Poskytovatel sociální služby

- Správa došlých žádostí o poskytnutí služby a sledování žádosti o přiznání či navýšení Příspěvku na péči digitálně, bez nutnosti docházet na úřady
- Možnost sledovat celý proces
- Možnost rychlého doplnění, opravy
- Vykazování dat o službě a její ekonomice v maximální míře využívá synergií mezi jednotlivými výkazy
- Možnost věnovat ušetřený čas klientům

Zaměstnanec státní správy a podřízených úřadů

- Efektivní správa poskytnutých dat
- Sdílení v reálném čase se zainteresovanými stranami
- Využití aplikační podpory bez nutnosti přepisu informací, a tím snížení rizika lidské chyby
- Možnost věnovat se klientům, na což v současné situaci, kdy jsou zahlceni administrativou, není čas

Daňový poplatník

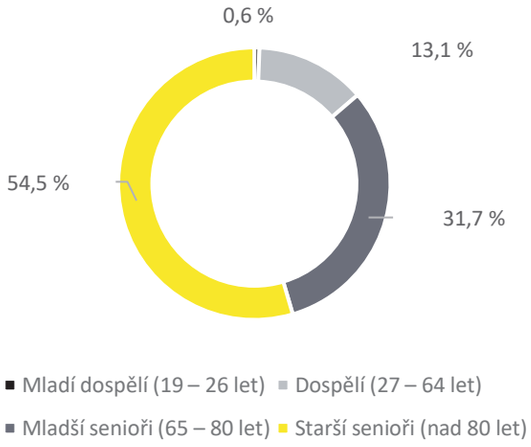
- Výdaje veřejných rozpočtů budou buď sníženy, nebo budou vynakládány efektivně (s digitalizací souvisí nutnost vybudování aplikačního prostředí, které dnes neexistuje či neodpovídá aktuálním požadavkům)
- Snižování korupce

5. Možnosti digitalizace z pohledu uživatele sociální služby

Dotazníkové šetření potvrdilo, že osoby v seniorském věku jsou nejčetnější cílovou skupinou poskytovatelů sociálních služeb. Jako jedna z primárních cílových skupin byly senioři označeni u téměř poloviny (49 %) respondentů. Co se týče věkové struktury jejich klientů, v 54,5 % sociálních službách převažovali klienti z kategorie starších seniorů (nad 80 let), v 31,7 % % mladší senioři (65-80 let).

Vzhledem k tomu, že senioři tvoří velkou část uživatelů sociálních služeb a v ČR dochází postupnému zvyšování průměrného věku obyvatel (stárnutí obyvatelstva) lze očekávat, že se v příštích 30 letech zvýší počet osob závislých na péči (příjemců příspěvku na péči) až o 306 tis., oproti 140 tis. v roce 2020 (Horecký & Průša, 2019).

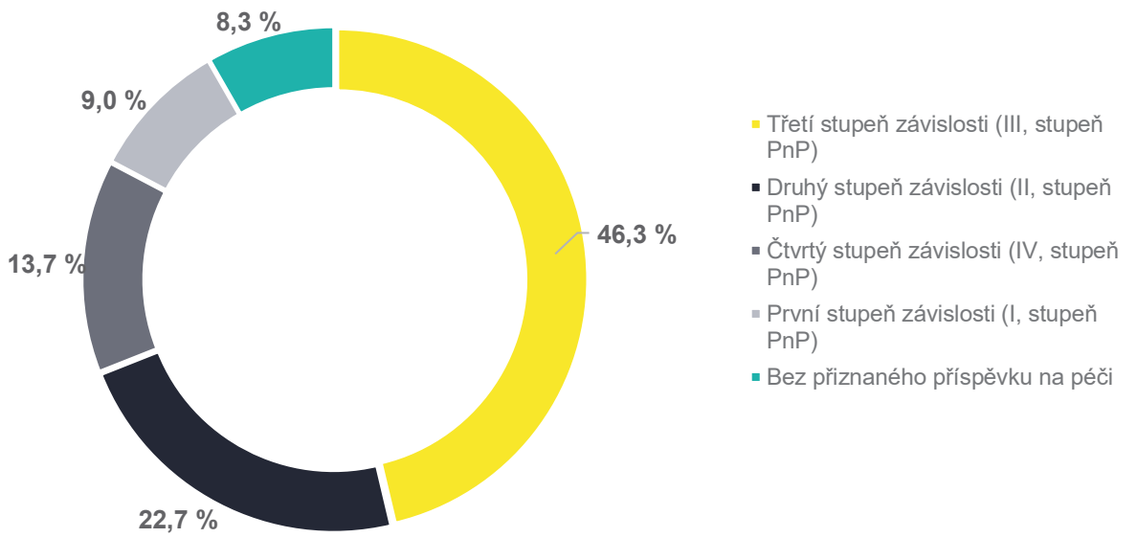
Graf 4: převažující věkové skupiny poskytovatelů sociálních služeb – výsledky dotazníkového šetření.



Demografický vývoj tak bude vytvářet větší tlak na efektivitu sociálního systému.

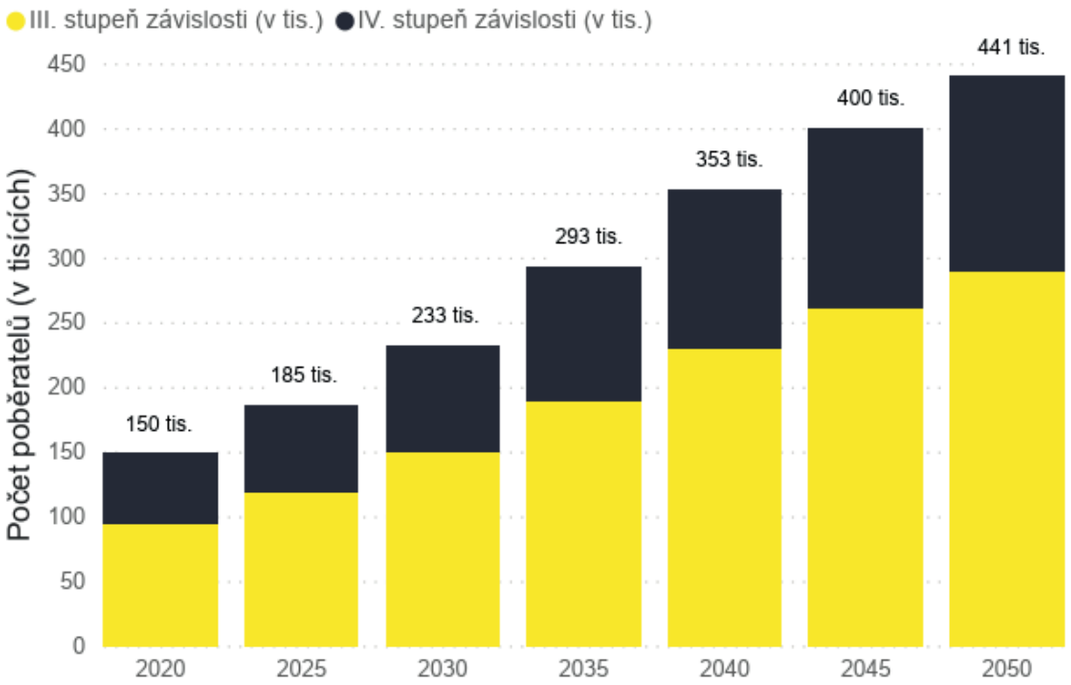
Počet osob ve věku nad 65 let významně koreluje s potřebou péče ve III. a IV. stupních závislosti. To znamená, že se stoupajícím počtem obyvatel v seniorském věku bude dále stoupat i počet osob s potřebou péče. Osoby ve III. a IV. stupni závislosti tvoří velkou část klientů sociálních služeb, jak potvrdilo i dotazníkové šetření. Osoby se třetím stupněm závislosti jsou převažující skupinou klientů u 46, 3 % sociálních služeb, které se dotazování zúčastnily. Osoby se čtvrtým stupněm závislosti převažují u 13,7 % služeb.

Graf 5: Převažující skupina klientů podle stupně závislosti vyjádřeném přiznaným stupněm PnP.



Pro výše zmíněné skupiny PnP se do roku 2050 očekává zvýšení poptávky v souvislostí s demografickým vývojem až 3,2krát oproti současnosti.

Graf 6: Očekávaný vývoj počtu příjemců na péči ve III. a IV. stupni závislosti do roku 2050.



Zdroj: Horecký & Průša (2019).

Vzhledem k tomu, že v nejbližších letech významně naroste počet klientů sociálních služeb, měl by být kladen větší důraz na revidování a postupnou digitalizaci všech procesů, které souvisí s poskytováním sociálním sužeb.

→ Digitalizace přispěje k efektivnějšímu poskytování sociálních služeb

→ Pomůže lépe reagovat na potřeby cílových skupin

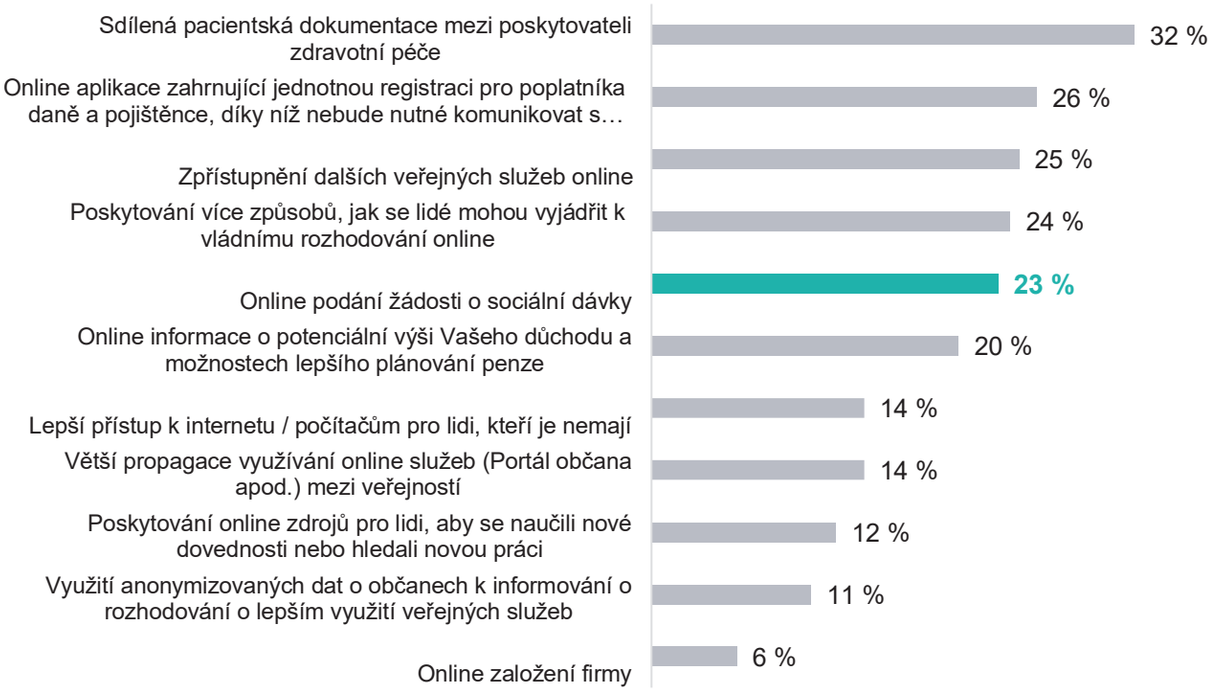
Potřebu většího důrazu na využití moderních technologii ve sféře poskytování sociálních služeb vnímají i sami občané ČR.

Ze studie Connected Citizen vyplynulo, že obecně získání informací nebo žádost o sociální dávky patří mezi nejhůře hodnocené veřejné služby poskytované státní správou. Necelá pětina respondentů vyjádřila nespokojenost s tímto druhem služby, což je třetí nejhorší výsledek v porovnání s ostatními zkoumanými službami.

Vyřizování sociálních dávek patří mezi služby s nejnižší mírou spokojeností občanů. Zařadilo se mezi čtvrtou nejhůře hodnocenou službu (17 % nespokojených klientů). Nejlépe ohodnotili Češi vyřizování žádostí o vydání/změnu občanského průkazu (3 % nespokojených uživatelů).

23 % české populace se shodlo, že online podání žádostí o sociální dávky, včetně příspěvku na péči, by mělo být prioritou státu v oblasti digitalizace.

Graf 7: Body, které by podle názorů Čechů měly být prioritami vlády ČR.



Zdroj: vlastní zpracování na základě dat z Ipsos. (2022).

Digitalizovány mohou být pro (potenciálního) uživatele sociální služby dvě významné agendy, a to agenda (1) řízení o přiznání příspěvku na péči a (2) žádost o poskytnutí služby. Naším cílem bylo pro potřeby analýzy zmapovat obě agendy.

5.1. Digitalizace řízení o přiznání příspěvku na péči

V této kapitole analyzujeme skutečné možnosti digitalizace řízení o přiznání příspěvku na péči, s využitím toho, co Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále „MPSV“), Úřad práce ČR (dále „ÚP ČR“), Česká správa sociálního zabezpečení (dále „ČSSZ“), potažmo další resorty v rámci svých agend sbírají.

Cílem digitalizace je celý proces zefektivnit a zrychlit, přenést případnou zátěž na poskytovatele příspěvku (na orgány státní správy), sejmout ji z klienta či jeho osob blízkých. Zároveň zaručit nižší chybovost a pružnost systému. Digitalizace tohoto procesu úzce souvisí s úpravou agendových systémů MPSV.

Digitalizace řízení o přiznání příspěvku na péči bude mít dva jasné efekty, které sníží dobu, potřebnou k vyřízení příspěvku a umožní pracovníkům, zapojeným do tohoto řízení, se více věnovat klientovi a jeho potřebám.

Nejprve analyzujeme současný stav, popisujeme, jakým způsobem je příspěvek a proces jeho přiznání ukotven v legislativě a jak je prováděn, popíšeme tedy obvyklý proces postupu přiznání. Pomocí dotazníkového šetření a řízených rozhovorů proces upřesníme, včetně úzkých míst a specifik, například v jednotlivých krajích. Dále analyzujeme potřebné lidské zdroje, které se na přiznání podílejí, a jejich případnou nedostatečnost. V závěru kapitoly navrhneme úpravy současného procesu přiznání příspěvku na péči, včetně vyhodnocení proveditelnosti.

Příspěvek na péči a jeho definice

Příspěvek na péči (dále také „PnP“) byl v České republice zaveden s účinností od 1. 1. 2007 a je legislativně ukotven v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Je poskytován osobám starším 1 roku, které vlivem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nezvládnou vykonávat péči o vlastní osobu. Poskytuje se osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby.

Podle počtu životních potřeb, které osoba zvládá sama vykonávat, je příspěvek na péči poskytován ve čtyřech různých stupních závislosti, podle stupně závislosti se odvíjí také vyplacená výše příspěvku.

Výše příspěvku se odvíjí od stupně závislosti na pomoci jiné osoby nebo instituce. V ČR jsou definovány 4 stupně závislosti, odvíjející se od schopnosti zvládat tyto základní životní potřeby:

Mobilita

Tělesná hygiena

Oblékání a obouvání

Orientace

Výkon fyziologické potřeby

Péče o domácnost

Komunikace

Péče o zdraví

Osobní aktivity

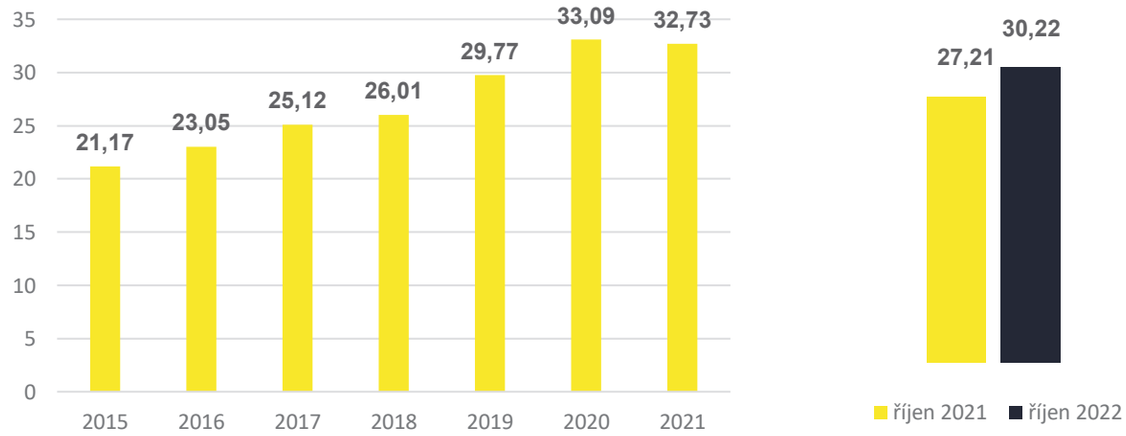
Stravování

Příspěvek na péči je vyplácen přímo osobě, která na něj má zákonný nárok. V případě, že má oprávněná osoba zákonného zástupce, nebo je svěřena do péče opatrovníka, je příspěvek vyplácen těmto osobám. Příspěvek na péči vyplácí krajská pobočka Úřadu práce jednou měsíčně. Konkrétní pobočka Úřadu práce také dohlíží, zda je příspěvek na péči využíván k účelům, ke kterým byl zaveden – tedy k financování sociálních služeb či jiných forem pomoci, které mají zajistit sociální začlenění, nebo zabránit sociálnímu vyloučení. Tato kontrola se vztahuje především na formální poskytovatele sociálních služeb, kterým může být, kvůli zjištěným nedostatkům, odebrána licence. Neformální pečující takové kontrole nepodléhají.

Obrázek 2: Příspěvek na péči v číslech.

Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci při zvládání základních životních potřeb oprávněné osoby. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu, je dávkou ze systému sociálních dávek. Náklady na příspěvek na péči jsou mandatorním výdajem státního rozpočtu.

Graf 8: Vývoj výdajů MPSV na příspěvek na péči (v mld. Kč).



Zdroj: vlastní zpracování na základě dat z MPSV. (2022). Informace o vyplacených dávkách. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/informace-o-vyplacenych-davkach.

Průměrný meziroční nárůst výdajů na PnP v roce 2022 činil 12 % oproti loňskému roku. Tento vývoj souvisel zejména se zvýšením částek na PnP ve III. a IV. stupni závislosti osobám v příslušných pobytových sociálních službách. Současně byl tažen i samotným růstem počtu vyplacených dávek v uvedených stupních.

Příspěvek na péči se významnou měrou podílí na financování sociálních služeb v ČR. Již v samotném roce jeho zavedení pokrýval zhruba 43 % veškerých výdajů na sociální služby, v průběhu let 2013–2019 již zmíněných 20 %.

Řízení o přiznání příspěvku na péči

Zahájení řízení

Řízení o přiznání příspěvku na péči se zahajuje **na základě písemné žádosti podané na kontaktním pracovišti krajské pobočky Úřadu práce, případně elektronicky prostřednictvím webového formuláře** (s elektronickým podpisem, případně ověřeno pomocí bankovní identity žadatele) či datové schránky. Příslušnost pobočky ÚP ČR se určuje podle místa trvalého pobytu žadatele o příspěvek.

Podle vyjádření zástupce GŘ ÚP se v současné době využívá elektronické podání minimálně, jedná se o jednotky procent. Elektronické podání využívají obvykle zástupci, kteří podávají žádost na základě plné moci, zákonní zástupci nebo opatrovníci.

Sociální šetření

Pokud je žádost podána správně a se všemi náležitostmi, zahajuje Krajská pobočka Úřadu práce (sociální pracovník) sociální šetření, při kterém se zjišťuje schopnost samostatného života žadatele v jeho přirozeném sociálním prostředí. Sociální pracovník kontaktuje žadatele a domluví si s ním sociální šetření.

Poté, co sociální šetření proběhne, sociální pracovník zpracuje záznam a uloží jej do agendového systému ÚP, tzv. OKslužby. Paralelně je obvykle veden také fyzický spis, a to na příslušné pobočce ÚP (pro grafické znázornění procesu viz Přílohu č. 1).

Posouzení stupně závislosti žadatele

Následně krajská pobočka ÚP zašle příslušné okresní správě sociálního zabezpečení (dále „OSSZ“) žádost o posouzení stupně závislosti žadatele. Tato žádost probíhá zásadně skrze datovou schránku, protože OSSZ není napojena do OKslužby. Z OKslužby je vygenerován dokument, který se poté posílá datovou schránkou skrze spisovou službu na OSSZ. Současně se vydává usnesení o přerušení řízení po dobu posuzování na OSSZ. Posudkový lékař (lékař OSSZ) kontaktuje klientovi příslušného praktického lékaře (případně další specialisty), od kterého si vyžádá zdravotnickou dokumentaci. V praxi někdy dochází k prodlevám při předávání této dokumentace (zaneprázdněnost či neochota praktiků).

Při posuzování stupně závislosti žadatele vychází okresní správa sociálního zabezpečení ze zdravotního stavu žadatele doloženého získaným nálezem vydaným poskytovatelem zdravotních služeb, z výsledku sociálního šetření provedeného sociálním pracovníkem ÚP a zjištění potřeb žadatele, popřípadě z výsledků funkčních vyšetření a z výsledku vlastního šetření posuzujícího lékaře. Hotový posudek obdrží ÚP opět datovou schránkou – dochází k formální kontrole pracovníkem ÚP. Posudek se do systému OK služby nenahrává, přepisují se základní data z posudku do systému. Pokud jsou v posudku nesrovnalosti, zasílá se zpět na OSSZ se žádostí o doplnění (opět se také přerušuje řízení). Pro detail k procesů posouzení stupně závislosti žadatele viz Přílohu č. 2.

Vydání rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči a jeho výši

Na základě tohoto posudku pak krajská pobočka ÚP vydá rozhodnutí o tom, zda se příspěvek na péči přiznává či nikoliv. Proti tomuto rozhodnutí se lze odvolat. Odvolání se podává k úřadu, který napadené rozhodnutí vydal, o odvolání pak rozhoduje MPSV.

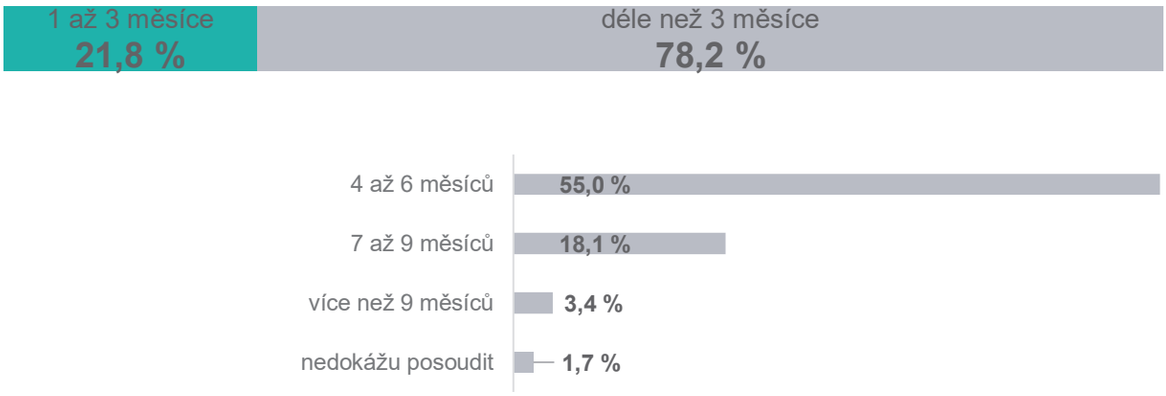
Samotný proces je často komplexnější, než popsaný případ, který reflektuje obvyklý průběh bez neobvyklých situací. V praxi často dochází k interakci i s dalšími subjekty (OSPOD, sociální odbory městských úřadů, poskytovatelé sociálních služeb). V řízení o příspěvku na péči jsou další procesy, například přerušení z důvodu hospitalizace před provedením sociálního šetření, potvrzení o hospitalizaci delší 60 dnů, řízení o návrzích na změnu výše přiznaného příspěvku, přeposouzení při dosažení zletilosti, žádosti o zvýšení příspěvku,

přeposouzení z důvodu konce platnosti posudku, kontroly využívání příspěvku atd. tyto situace reflektují procesy v Příloze č. 1.

Lhůty s řízením spojené

Řízení o přiznání příspěvku na péči je v realitě zdlouhavý a administrativně náročný proces, kde obvykle nejsou dodržovány lhůty, stanovené zákony. Dotazníkové šetření ukázalo, že z **téměř 80 % je zákonem definovaná lhůta pro vyřízení žádosti o PnP překračována**.[9] V 55 % případů se toto překročení pohybuje v rozmezí 4 až 6 měsíců, **v 21,5 % případů je táto délka nepřiměřeně dlouhá**. Toto potvrzuje i zástupce GŘ ÚP, který konstatuje, že zákonem stanovené lhůty jsou obvykle překračovány, průměrná doba řízení se pohybuje okolo 5 měsíců.

Graf 9: Průměrná délka správního řízení PNP od podání žádosti do vydání rozhodnutí.[10]



Tento výsledek zcela koresponduje s přetrvávajícím problémem nedodržování zákonných lhůt v ČR. Situaci ilustruje i to, že nejčastějšími podněty, se kterými se lidé obracejí na ombudsmana jsou již v průběhu několika let právě v oblasti sociálního zabezpečení (25 % za rok 2021). Přičemž 10 % v dané oblastí se týkalo právě PnP.[11]

> *Není výjimkou, že od podání žádosti do nabytí právní moci odvolacího rozhodnutí uplyne i déle než rok. Není ani neobvyklé, že za tak dlouhou dobu, než se vše vyřeší a žadatel se příspěvku na péči dočká, se jeho zdravotní stav ještě více zhorší.*
>
> mluvčí kanceláře veřejného ochránce práv Iva Hrazdílková

Při porovnání v jednotlivých krajích vidíme, že v Hlavním městě Praze a v Olomouckém kraji je délka správního řízení PnP vždy delší než 3 měsíce. Nejlépe se umístil Karlovarský kraj, kde v polovině případů bylo vydáno rozhodnutí v průběhu tří měsíců.

---

[9] Pro vyřizování žádostí o PnP stanoví zákon č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů lhůtu, která činí 60 dnů (§ 71 odst. 3). Lhůta pro vydání rozhodnutí neběží na dobu posouzení stupně závislosti žadatele okresní správou sociálního zabezpečení (OSSZ). Pro vydání posudku o zdravotním stavu má OSSZ stanoveno 45 dnů, což odpovídá zhruba 1,5 měsíci (§ 16a zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení). K dalšímu prodlení může nastat zejména pokud vydání posudku brání závažné důvody. Lhůta se v těchto případech vždy prodlužuje o 30 dnů, nestanoví-li orgán, který o posouzení požádal, lhůtu delší (§ 16a odst. 2 Zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení).

[10] Zbylých 1,7 % respondentů nedokázalo posoudit délku správního řízení PnP. Tato skupina poskytovala služby primárně pro seniory nebo mladší seniory se zdravotním nebo tělesným postižením a s chronickým onemocněním.

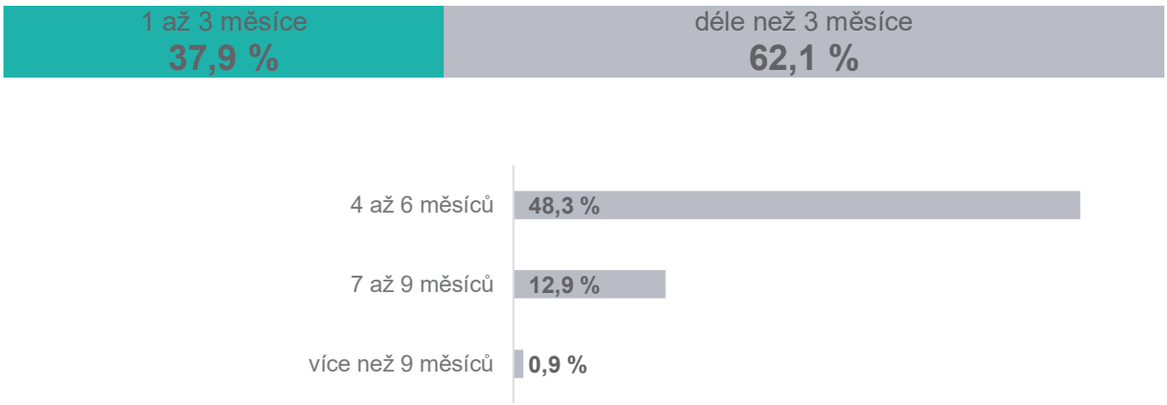
[11] Více viz Kancelář veřejného ochránce práv. (2022). Výroční zpráva roku 2021. Dostupné z: https://www.ochrance.cz/dokument/zpravy_pro_poslaneckou_snemovnu_2021/vyrocni-zprava-2021.pdf.

Tabulka 2: Délka správního řízení PnP od podání žádosti do vydání rozhodnutí v krajích (% odpovědí na krajském celku).

Kraj	1 až 3 měsíce	déle než 3 měsíce
Hlavní město Praha	0 %	100 %
Olomoucký kraj	0 %	100 %
Středočeský kraj	7 %	93 %
Ústecký kraj	8 %	92 %
Jihomoravský kraj	17 %	83 %
Kraj Vysočina	25 %	75 %
Moravskoslezský kraj	28 %	72 %
Liberecký kraj	29 %	71 %
Pardubický kraj	30 %	70 %
Plzeňský kraj	33 %	67 %
Zlínský kraj	33 %	67 %
Královéhradecký kraj	36 %	64 %
Jihočeský kraj	41 %	59 %
Karlovarský kraj	50 %	50 %

Mírně lepší situace je u doby vyhodnocování PnP při zahájení z moci úřední. Zde více jak třetina poskytovatelů uvedla, že rozhodnutí bylo vydáno do 3 měsíců od zahájení správního řízení. V této skupině PnP byl nižší i podíl žádostí vyřízených v průběhu více než 6 měsíců (13,8 % oproti 21,5 %).

Graf 10: Průměrná délka správního řízení PNP při zahájení z moci úřední – změna věku od 18 let do vydání rozhodnutí (poskytovatele pro relevantní cílové skupiny).



Z krajského pohledu nejvyšší podíl žádostí s délkou vyřizování přesahující 3 měsíce měly Olomoucký a Liberecký kraje (100 %). Nejvíce žádostí vyřízených do 3 měsíců bylo podobně jako v případě běžného řízení PnP zaznamenáno v Karlovarském kraji (60 %).

Tabulka 3: Délka správního řízení PNP při zahájení z moci úřední od podání žádosti do vydání rozhodnutí v krajích (% odpovědí na krajském celku).

Kraj	1 až 3 měsíce	déle než 3 měsíce
Olomoucký kraj	0 %	100 %
Liberecký kraj	0 %	100 %
Hlavní město Praha	17 %	83 %
Moravskoslezský kraj	25 %	75 %
Plzeňský kraj	29 %	71 %
Pardubický kraj	33 %	67 %

Kraj	1 až 3 měsíce	déle než 3 měsíce
Ústecký kraj	38 %	63 %
Středočeský kraj	38 %	62 %
Zlínský kraj	40 %	60 %
Jihomoravský kraj	50 %	50 %
Královéhradecký kraj	50 %	50 %
Kraj Vysočina	56 %	44 %
Jihočeský kraj	58 %	42 %
Karlovarský kraj	60 %	40 %

Problémové oblasti spojené s procesem podání a řízení

Přestože v posledních letech proběhla snaha o částečnou digitalizaci (elektronizaci) podání žádosti o příspěvek, nereflektovala tato změna potřeby na straně klienta (či jeho osoby blízké). Zmíněné elektronické podání je možné pouze prostřednictvím datové schránky, případně pomocí webového formuláře, který musí být podepsán ověřeným elektronickým podpisem, či prostřednictvím bankovní identity. Oba způsoby jsou pro osoby, které obvykle o příspěvek žádají, značně náročné a obtížně dostupné. Digitalizace takového podání formou uživatelsky přívětivé aplikace, kde by většina administrativní zátěže byla z klienta přenesena na orgány státní správy (který mnohé informace vyžadované v rámci žádosti o příspěvek o občanech sbírá), by významně zrychlila celý proces.

Zároveň není dostatečně digitalizován proces na straně orgánů, které se na řízení podílejí. Zapojené instituce (ÚP, OSSZ a další) nepracují v jednotném systému, mezi sebou komunikují prostřednictvím datové schránky, většina informací se poté přepisuje mezi jednotlivými agendovými systémy ručně. Ani zdravotnická dokumentace, kterou si posudkový lékař OSSZ vyžádá od praktického lékaře žadatele o PnP, není v digitální podobě. Dochází tak nejen ke zvýšení administrativní náročnosti celého procesu, ale také ke zbytečným úkonům, které jsou opakované. Ruční přepis mezi jednotlivými systémy navíc zvyšuje riziko lidské chyby (omyl při přepisu).

> *Pro zrychlení řízení a by pomohlo sjednotit agendu podávání žádostí a posuzování zdravotního stavu na jednom úřadě… Dle mého názoru toto bylo vhodnější nejen pro zrychlení řízení, ale i pro snazší předávání informací i pro ušetření výdajů za poštovné.*

Pro digitalizaci některých procesů se vyjádřila i řada respondentů rozhovorů a dotazníkového šetření. Někteří poskytovatelé poukazovali zejména na zbytečnou administrativu spojenou s průběhem vyřizování žádostí o PnP v podobě přebujelé korespondence (např. oznámení o přerušení řízení, pokračování řízení, apod.). V této souvislosti respondenti volali i po zavedení uživatelsky přívětivé aplikace, která by umožnila klientům sociálních služeb či pečujícím sledovat průběh řízení o PnP a získávat informace o jeho stavu v reálném čase.

> ***Určitě by bylo potřeba celý proces od podání žádosti o PnP, až do přiznání PnP zdigitalizovat.***

Již zmíněné nedodržování lhůt při řízení o přiznání PnP je problémem, který je třeba řešit na straně poskytovatele. Z analýzy vyplývá, že zdržení procesu je především na straně OSSZ. Průměrná doba od podání žádosti do vykonání sociálního šetření je zhruba 17 dnů, pokud je záležitost výjimečně urgentní, lze sociální šetření urychlit i na 3 dny (například při velice vážném zdravotním stavu žadatele). Podstatnou část procesu tedy zabere vypracování posouzení stupně závislosti na OSSZ, po tuto dobu je správní řízení přerušeno. Podle zástupců státní správy je důvodem kapacita a množství posudkových lékařů, případně nespolupráce praktického lékaře s posudkovým lékařem.

17 dní

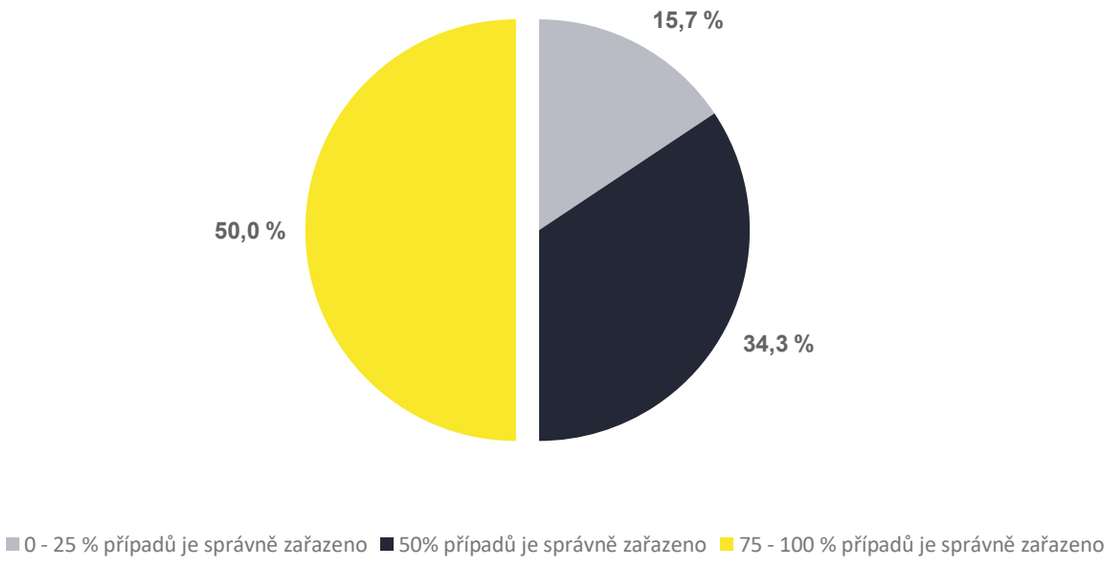
Je průměrná doba od podání žádosti o přiznání PnP do vykonání sociálního šetření

Řešením by bylo zahájit řízení paralelně (tedy úkony ÚP a OSSZ zahájit ve stejný čas), tak aby mohl posudkový lékař okamžitě vyžádat podklady od praktického lékaře, respektive dalších specialistů. To však současná legislativa neumožňuje.

Adekvátnost posouzení stupně závislosti

Věcným problémem celého procesu je pak adekvátnost posouzení stupně závislosti. Jak respondenti rozhovorů, tak dotazníkového šetření se shodují, že stupeň závislosti není v části případů posouzen správně (neodpovídá zdravotnímu stavu, případně zjištěním z provedeného sociálního šetření. Dotazníkové šetření ukázalo, že pouze polovina poskytovatelů je toho názoru, že klienti jsou většinou (z 75 až 100 % případů) zařazeni do správného stupně závislosti. 15,7 % respondentů vnímala správnost přiřazeného stupně pro PnP jako velmi nízkou (0 % až 25 %). Při odpovědi na tuto otázku 2 poskytovatelé poukázali na skutečnost, že často není brán v potaz závažný psychický stav klienta a že někdy při stavech po CMP nedochází ke snížení stupně PnP při následujícím šetření v případě zhoršení soběstačnosti.

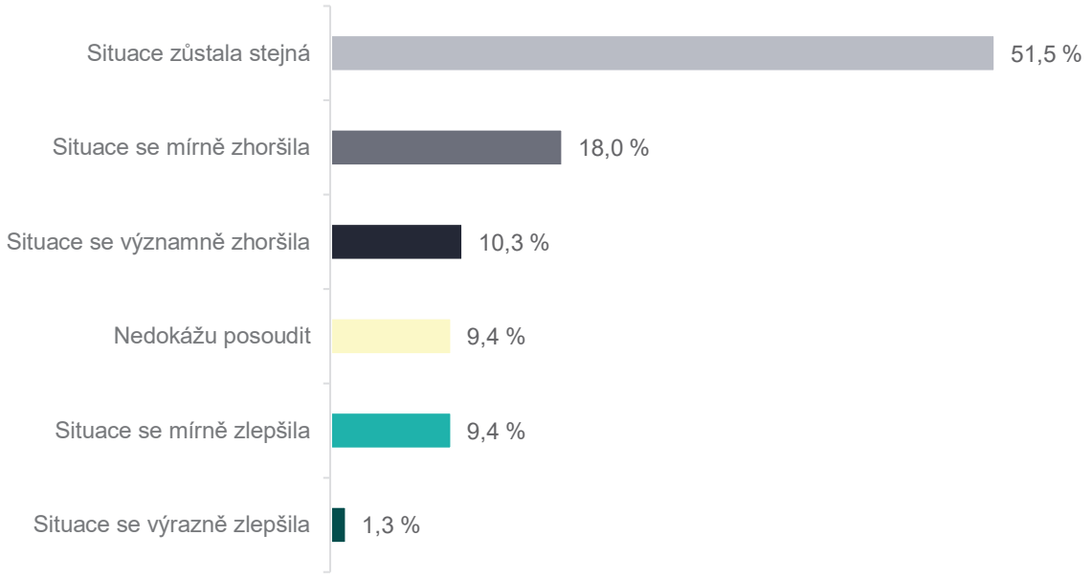
Graf 11: Názory respondentů ohledně zařazení do správného stupně závislosti.



Poskytovatelé byli rovněž dotazováni na vnímaný posun ve stavu zařazení do správného stupně závislosti oproti roku 2021. Přibližně polovina byla názoru, že se situace v této oblasti neposunula ani jedním směrem, což odpovídá i podílu vnímané správnosti zařazení do správného stupně závislosti (50 %). Pouze 10,7 % respondentů odpověděla, že došlo ke zlepšení.

Alarmující je **míra vnímaného zhoršení současného stavu**, kterou zaznamenala necelá třetina všech respondentů, a to konkrétně **28,3 %.** Nejvíce respondentů vnímajících mírné zhoršení stavu bylo v Moravskoslezském (15, 2 %) a Ústeckém (9,1 %) kraji. Ohledně výrazného zhoršení se nejvíce poskytovatelů vyjádřilo v Plzeňském a Středočeském kraji (6 %).

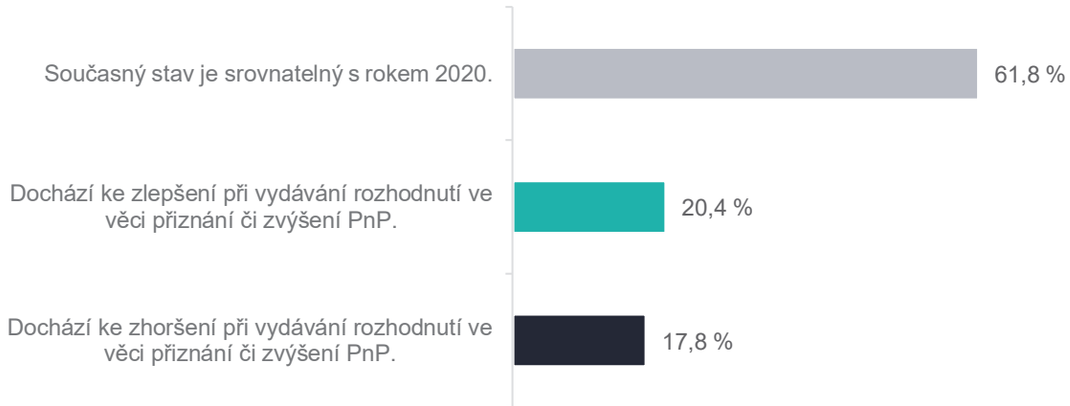
Graf 12: Vnímání současného stavu zařazení do správného stupně závislosti oproti roku 2021.



Vnímané změny ve stavu zařazení do správného stupně závislosti jsou v souladu i s celkovým vnímaným trendem v postupech týkajících se řízení a přiznání PnP. Zde ale byly pozorovány mírně pozitivnější hodnocení posunu oproti roku 2020. Podle většiny respondentu se současný stav buď nezměnil, nebo se zlepšil (82,2 %).

V případě identifikované změny stavu poskytovatele služeb byli vyzváni ke kvantifikování takového posunu. Vnímané zhoršení situace se pohybovalo od 1 % až do 95 %. Pro zlepšení situace bylo toto rozpětí o něco menší – od 10 % do 100 %. Průměrná uvedená velikost změny v případě, že docházelo ke zhoršení situace byla o 8 p.b. vyšší než v případě zlepšení situace (42,6 % oproti 34,6 %).

Graf 13: Porovnání stavu řízení a přiznání PnP v roce 2020 se současným stavem.



Nejčastěji dochází k nesprávnému posouzení stupně závislosti u klientů s duševním onemocněním. k této cílové skupině se vyjádřilo 30 % dotazovaných. **Polovina z nich uvedla, že výše přiznávání PnP u této skupiny klientů není adekvátní** a neodpovídá jejich skutečnému stavu a potřebám.

Obrázek 3: Vybrané odpovědi na otázku „Jakou máte zkušenost s přiznávání PnP u klientů s duševním onemocněním?“ (otevřená otázka).

„U klientů s duševním onemocněním se málo pracuje s faktem, že **onemocnění** je opravdu **limituje** v praktickém fungování.“

„Klienti se jeví jako samostatní, pohybují se samostatně, třeba i zvládnou samostatně cestovat, ale **potřebují velkou podporu** v oblastech, které **sociální šetření neobsáhne**.“

„Duševně nemocní dokážou dost často **"klamat tělem"**, pak dochází k **přiznání neadekvátního PnP“.**

„Situace …ohledně přiznávání PnP u těchto klientů je standardně **neodpovídající a podhodnocená**“

„... zákon 108/2006 a prováděcí vyhláška, v platném znění, je v tomto směru **situována spíše na tělesnou stránku ...**“

„Kritéria přiznání PNP vůbec **nezohledňují omezení lidí s duševním onemocněním** (např. fyzicky je schopen se obléknout, ale nikdy to sám bez dopomoci neudělá - např. výběr vhodného oblečení atd.).“

„Dle mého názoru je mnoho těchto klientů fyzicky zdatných, ale **díky duševnímu onemocnění je potřeba neustálý dohled.** Většinou je jim přiznán I. nebo II. stupeň.“

„Duševní onemocnění **nebývá často náležitě zohledněno.** Takový člověk nezvládne tolik, na kolik vypadá, že by zvládnout mohl.“

Optimalizace lidských zdrojů

Jedním z cílů digitalizace by měla být (mimo jiné) optimalizace lidských zdrojů na straně poskytovatele příspěvku, respektive do procesu zapojených osob. Optimalizací však není myšlena prostá redukce zaměstnanců státní správy, spíše jejich orientace na potřeby klienta, v rámci tzv. proklientského přístupu, který nyní (i pro náročnou administrativu, která se s příspěvkem a jeho přiznáním pojí) chybí.

Na straně ÚP nebyly analýzou zjištěny žádné zásadní nedostatky, co se lidských zdrojů týče. I přesto někteří z účastníků dotazníkového šetření konstatovali, že i při realizaci sociálních šetření dochází ke zpoždění.

> *Bylo by potřebné urychlit provedení sociálního šetření, aktuálně předání "dožádání" a provedení šetření v našem zařízení trvá cca 3-4 týdny, naši klienti se tak ani sociálního šetření nedočkají.*

Z analýzy počtu pracovníků, po jejich zvážení počtem obyvatel, respektive počtem obyvatel ve věku 65+ (což jsou nejčastější příjemci PnP) plyne, že **ve třech nejlidnatějších krajích**

(hl. m. Praha, Středočeském a Jihomoravském), kde je také největší populace seniorů nad 65 let, připadá na 1000 obyvatel nejméně pracovníků ÚP. Vzhledem k očekávanému nárůstu počtu lidí v pokročilejším věku lze minimálně v těchto regionech očekávat velmi nepříznivý vývoj v oblasti sociální péče bez odpovídajícího navýšení personálních kapacit a vylepšení efektivity procesů zejména pomocí jejich digitalizace.

Tabulka 4: Pracovníci agend PnP a DOZP v přepočtu na obyvatelstvo v příslušných krajích a cílovou skupinu mladých a starších seniorů.

Krajská pobočka (KrP)	Počet pracovníků	Počet pracovníků na 1000 obyvatel	Počet pracovníků na 1000 obyvatel nad 65	Počet obyvatel v příslušném kraji	Počet obyvatel nad 65 let
KrP ÚP hl.m. Praha	131	0,10	0,52	1 275 406	251 173
KrP ÚP Brno	167	0,14	0,69	1 184 568	243 587
KrP ÚP Příbram	181	0,13	0,69	1 386 824	262 011
KrP ÚP Karlovy Vary	44	0,16	0,73	283 210	60 220
KrP ÚP Ústí nad Labem	121	0,15	0,74	798 898	163 266
KrP ÚP Plzeň	95	0,16	0,78	578 707	121 793
KrP ÚP Olomouc	106	0,17	0,79	622 930	133 929
KrP ÚP Ostrava	197	0,17	0,80	1 177 989	245 406
KrP ÚP České Budějovice	112	0,18	0,83	637 047	135 687
KrP ÚP Jihlava	89	0,18	0,83	504 025	107 024
KrP ÚP Zlín	106	0,19	0,86	572 432	123 663
KrP ÚP Hradec Králové	105	0,19	0,86	542 583	121 639
KrP ÚP Liberec	83	0,19	0,91	437 570	91 467
KrP ÚP Pardubice	117	0,23	1,08	514 518	108 244
Celkem	1 654	0,16	0,76	10 516 707	2 169 109

Zdroj: na základě dat poskytnutých GŘ ÚP a ČSÚ. (2022).

Na straně OSSZ je třeba navýšit kapacity posudkových lékařů, případně zajistit posouzení zdravotního stavu jiným způsobem. To v současné chvíli neumožňuje legislativa, bylo by nutné upravit novelou zákon č. 582/2011 Sb., která by rozšířila kapacity pro posuzování o další profese. Posouzení zdravotního stavu by mohla provádět například komunitní sestra nebo sestra s S3 specializací, geriatrická, psychiatrická, ošetřovatelská nebo rehabilitační sestra.

Na tomto postupu se shodují i někteří respondenti hloubkových rozhovorů a dotazníkových šetření, či zástupce GŘ ÚP. Tak například, respondenti ve svých podnětech se často vyjadřovali ke vnímané **subjektivitě hodnocení na straně posudkových lékařů**, kteří v některých případech ani nepřichází do styku se žadateli, jejich **nedostatku** a vysokému **věku**.

62 let

činí průměrný věk posudkových lékařů

Dle posledních dostupných informací MPSV činí průměrný věk posudkových lékařů 62 let. V roce 2011 se v rozmezí 60–69 let pohybovalo celkem 164 lékařů, v současné době do tohoto věkového intervalu spadá cca 170 lékařů a cca 100 lékařů je starších 70 let (MPSV, 2019)

5.2. Digitalizace žádostí o poskytování sociální služby

V této kapitole analyzujeme skutečné možnosti digitalizace procesu podání žádosti o poskytnutí sociální služby (potenciálním) klientem, s přihlédnutím k současnému stavu, s využitím toho, co Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále „MPSV“), případně kraje, které jsou podle ZSS zodpovědné za dostupnost sociálních služeb na svém území, či poskytovatelé sociálních služeb, sbírají.

Cílem digitalizace žádosti o poskytování sociální služby je především **efektivnější řízení kapacit sociálních služeb**, což zlepší možnost tyto služby a chybějící kapacity plánovat. Druhotným cílem je pak opět **přenést případnou zátěž na orgány státní a veřejné správy**, sejmout ji z klienta či jeho osob blízkých.

Pozitivním efektem digitalizace je nižší chybovost a pružnost systému. Digitalizace tohoto procesu opět částečně souvisí s úpravou agendových systémů MPSV.

Digitalizace procesu podání žádosti o poskytnutí sociální služby bude mít dva jasné efekty, větší přehlednost nabídky sociálních služeb pro klienta a jeho osoby blízké a zlepšení možnosti plánovat kapacity sociálních služeb, efektivně využít disponibilní kapacity.

V této kapitole nejprve analyzujeme současný stav, jak probíhá obvykle proces podání žádosti, včetně toho, jak klient nebo jeho osoby blízké sociální služby pro zajištění péče hledají. Dále analyzujeme úzká místa procesu, důvod vzniku duplicitních podání a další. V závěru kapitoly navrhneme řešení úprav současného procesu, a to ve variantách.

Podání žádosti o poskytnutí sociální služby

O poskytnutí sociální služby žádá (potenciální) klient, častěji však osoba blízká, a to podle § 90 ZSS. Obvykle předchází podání žádosti aktivita na straně klienta, kdy zjišťuje podmínky poskytovatelů sociálních služeb ve svém okolí či v okolí bydliště rodiny. Toto zjišťování je v současnosti poměrně obtížné, klienti nejsou dostatečně informováni o možnostech, který systém sociálních služeb nabízí, a tak se ve vyhledávání často omezují na pobytové sociální služby, nejčetněji domovy pro seniory. Jen zlomek žadatelů kontaktuje se žádostí o radu sociální pracovníky na obci, či na úřadu práce.

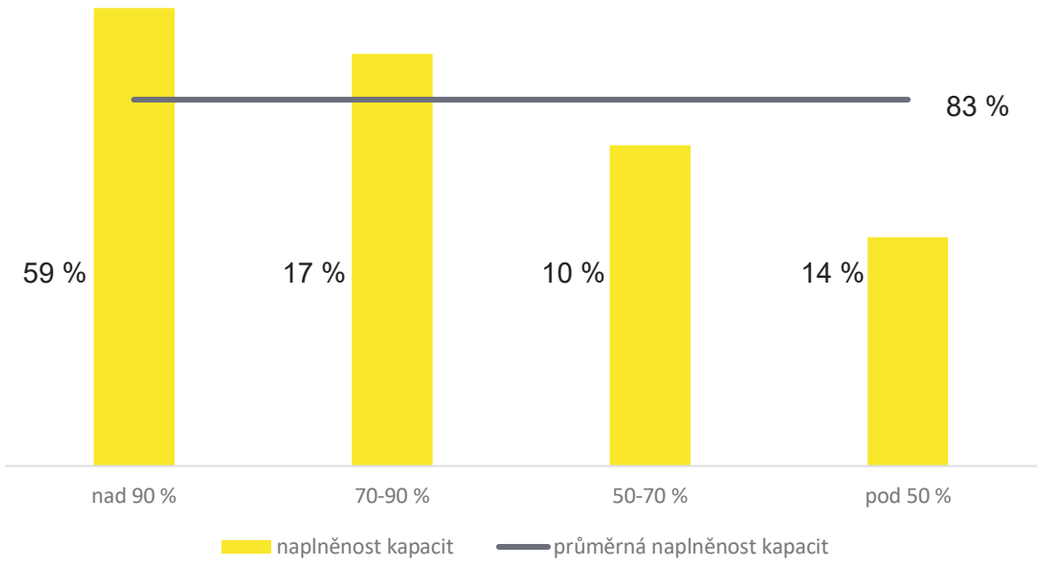
Pro tuto analýzu jsme oslovili několik poskytovatelů sociálních služeb typu Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem (které patří k nejčetnějším druhům sociálních služeb v ČR), aby popsali obvyklou praxi při podání žádosti. Poskytovatelé se shodli na tom, že podání žádosti o službu je poměrně standardizovaný proces. Všichni oslovení mají na svých webových stránkách uveřejněný formulář, který klient či jeho osoba blízká vyplňuje a do služby posílá buď poštou, emailem, nebo žádost donese osobně. Před podáním žádosti klient či jeho osoba blízká sociální službu kontaktuje telefonicky, nebo si sjedná osobní návštěvu.

Pokud je žádost relevantní (tedy stav klienta odpovídá danému druhu služby a nepostačuje např. terénní forma) a úplná, je zařazena do pořadníku. Poskytovatel obvykle dělá sociální šetření u klienta, aby ověřil jeho situaci a způsobilost. Poté často pomáhá klientovi podat žádost o přiznání příspěvku na péči či o jeho navýšení. Tento postup je spojen s tím, že klient se do pobytové služby typu domov dostává obvykle po akutním zhoršení zdravotního stavu, který implikuje nutnost navýšení stupně závislosti PnP.

U většiny respondentů hloubkových rozhovorů neexistují volné kapacity, které by nebyly zaplněny v řádu několika dní. Naplněnost kapacit respondentů dotazníkového šetření (kde odpovídali i poskytovatelé jiných služeb, než Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem) v průměru dosahuje 83 % (šedá čára na grafu níže), pohybuje se v rozmezí od 18 do 100 %, podle typu služby. 59 % poskytovatelů uvedlo, že k 30. 6. 2022 kapacity jejich

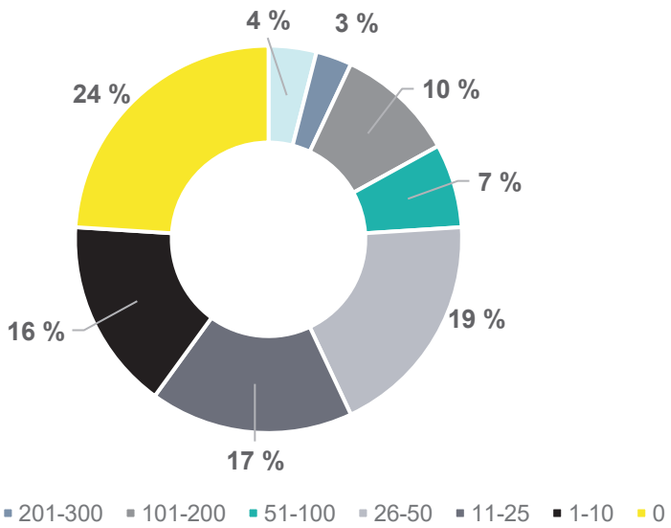
zařízení byly z více jak 90 % zaplněné. U dalších 17 % respondentů se zaplněnost pohybovala mezi 70 a 90 %.

Graf 14: Obsazenost kapacit k 30. 6. 2022.



Počet nově přijatých klientů v úhrnu za rok se liší od 0 do 500, v průměru je to 36,6 nových klientů ročně. Pouze 24 % respondentů přes rok nemusí klienty z kapacitních důvodů odmítat, u zbylých služeb se tento počet pohybuje v rozmezí od 2 až do 550 odmítnutých žádostí o umístění. V průměru je odmítáno 57 klientů ročně. To reflektuje situaci na trhu sociálních služeb, kdy počet míst především v pobytových zařízeních sociální péče dlouhodobě neodpovídá demografickému vývoji v České republice.

Graf 15: Odmítnuté žádosti (podíl na celkovém počtu odmítnutých žádostí).



Obvyklá praxe je taková, že poté, co klient domova zemře, oslovuje se klient z databáze (pořadníku) podle naléhavosti. Ta je obvykle vyjádřena těmito variantami:

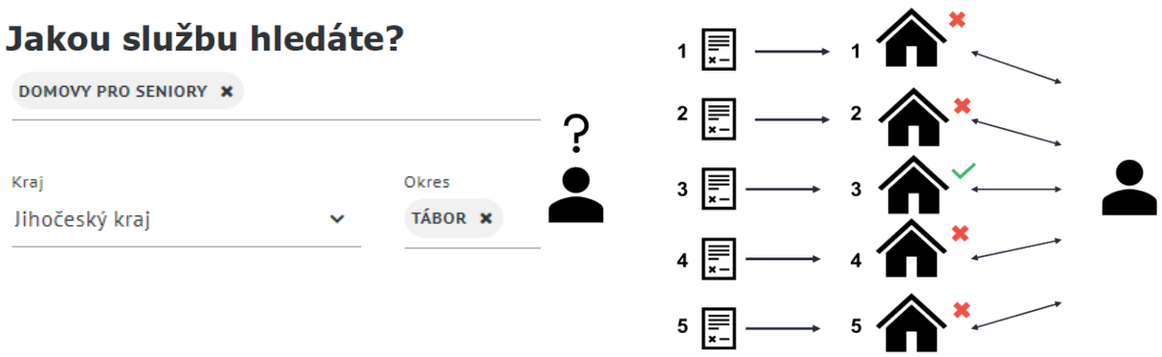
- ✓ Klient je ve zdravotnickém zařízení, jeho stav je natolik vážný, že po propuštění není rodina schopna zajistit odpovídající péči v domácím prostředí
- ✓ Klientův zdravotní stav se skokově zhoršil, doposud postačující kombinace péče rodiny a terénních / ambulantních služeb přestává postačovat

K obsazení volné kapacity dochází v řádu dnů. U všech poskytovatelů byl počet podaných žádostí vyšší, než přijatých klientů, v některých případech i několikanásobně.

Registr poskytovatelů sociálních služeb

V současné době totiž neexistuje uživatelsky přívětivá platforma ve formě centrálního registru sociálních služeb. V omezeném rozsahu funguje Registr poskytovatelů sociálních služeb[12], a to coby webová databáze jednotlivých služeb, ve které je možné vyhledávat pomocí druhu služby, místa poskytovaní a poté (v rámci rozšířeného vyhledávání) také podle ostatních kritérií (cílová skupina, forma poskytování a další). Funkční je jak původní registr[13], tak i nové rozhraní[14], které vzniklo s nasazením nového portálu MPSV. Ani jeden z registrů není funkční databází, která by shromažďovala aktuální informace o dostupné kapacitě sociálních služeb. Navíc předpokládá určitou znalost systému (např. o druhu služby, který vyhledávám). Systém navíc nepomáhá řešit nepříznivou sociální situaci (potenciálního) klienta systému sociálních služeb komplexně, například kombinací péče osobou blízkou, s podporou terénních či ambulantních služeb. Obvykle rodina o možnostech systému netuší, hledá pobytovou službu sociální péče typu domov.

Obrázek 4: Proces vyhledávání sociální služby a následného podání žádosti.



Tento nedostatek pak způsobuje zavedenou praxi při hledání dostupné služby klientem (případně jeho osobou blízkou), kdy je kontaktováno několik obdobných služeb a většinou je klientem zaslána také přihláška do každé této vybrané služby. To uměle zvyšuje poptávku po službách, je další komplikací pro klienta služby, ale i pro poskytovatele sociálních služeb, kteří se musí každé žádosti věnovat (provést sociální šetření, spravovat stav žádosti).

Tato praxe znemožňuje efektivní plánování a řízení kapacit sociálních služeb jak na úrovni poskytovatelů, tak především na úrovni krajů, které jsou podle ZSS za dostupnost sociálních služeb na svém území zodpovědné.

S tímto nedostatkem souvisí i financování sociálních služeb, jejichž efektivní využití je pro hospodárné přerozdělování veřejných prostředků (sociální služby jsou kofinancovány z veřejných rozpočtů, systémem dotací a prostřednictvím příspěvku na péči, kterým klient hradí poskytnutou péči) zásadní.

5.3. Možnosti jednoho podání klientem

Centrální registr sociálních služeb by se měl upravit tak, aby reflektoval neznalost klienta či jeho osoby blízké o systému sociálních služeb. Nebylo by tak třeba vyhledávat konkrétní

[12] Který vede příslušný krajský úřad podle §85 ZSS.

[13] Dostupné na http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1652709605321_3.

[14] Dostupné na https://www.mpsv.cz/web/cz/registr-poskytovatelu-sluzeb.

službu, ale řešit spíše situaci klienta. Se vznikem registru tak, aby odpovídal požadavkům současné doby, by došlo k efektivnímu využití a plánování disponibilních kapacit sociálních služeb péče a klient /osoba blízká by si mohla podat žádost do služby, která je aktuálně volná (v případě urgentní potřeby umístění klienta), případně využít alternativních služeb terénních či ambulantních, pokud volné kapacity k dispozici aktuálně nejsou. To by nejen snížilo uměle vytvořenou poptávku po sociálních službách, ale napomohlo i plánování (včetně finančního) nutných kapacit a jejich navýšení.

Cílem je opět snížit zátěž klienta / osoby blízké a přenést ji na veřejnou správu (MPSV, krajské registrátory, sociální pracovníky na obcích) a poskytovatele sociálních služeb. Klient by si tak podal poptávku na službu, kde by specifikoval své požadavky (rozsah zajištění služby, místo poskytování apod.) a sociální pracovník, jakýsi „koordinátor péče“ by provedl „nabídku na míru“ podle aktuálních volných kapacit, provedl by klienta a jeho rodinu celou situací. Tuto nabídku by mu mohl předpřipravit registrační systém, který by podle zadaných parametrů vyhodnotil možnosti, které lze nabídnout, případně jejich alternativy (včetně případného vyhodnocení toho, zda je služba v požadovaném rozsahu nutná a efektivní).

Jednotlivé kraje přistupují k řízení sítě sociálních služeb a volných kapacit různorodě. Některé kraje kapacity nesledují, jiné pracují v systémech, které využívají pro monitoring dotací či vykazování dat o sociálních službách. Nejrozšířenějším systémem je v ČR Krajský informační systém sociálních služeb (dále „KISSoS“), který využívá Královéhradecký, Liberecký, Karlovarský, Zlínský, Olomoucký a Jihomoravský kraj.

Respondenti se shodují, že data o podaných žádostech, potažmo stavu volných kapacit k určitému datu do KISSoS předávají, nemají však zpětnou vazbu o tom, zda se tato data dále využívají pro řízení kapacit na území daného kraje.

Zcela jiný postup zvolil Kraj Vysočina, který se rozhodl vyvinout vlastní aplikaci pro sledování kapacit sociálních služeb, ale i další procesy s řízením sítě služeb spojené.

PŘÍKLAD DOBRÉ PRAXE

Na Vysočině se přibližně před 15 lety začalo systematicky řešit, jak realizovat krajské IT řešení či aplikace. Na krajském úřadě pracovalo několik IT odborníků, kteří aplikace pro potřeby kraje vytvářeli, ostatní kraje poptávali jejich řešení. Poskytnutí aplikací však nebylo v souladu se zákonem, kraj nemá možnost realizovat komerční aktivit (aktivity za úhradu). Hledali řešení, založili z.s. BIZON, který aplikace pro kraj vyvíjí.

V roce 2014, při přechodu části dotačního systému z MPSV na kraje, hledala Vysočina řešení pro systém vykazování sociálních služeb. Na tento systém se postupně nabalovaly další systémy, včetně systému na řízení sítě a sledování kapacit. Původně do systému vykazovaly jen příspěvkové organizace kraje, nyní jsou zapojeni všichni poskytovatelé na území kraje. To potvrdil i jeden z respondentů hloubkových rozhovorů. Díky tomuto systému má Kraj Vysočina přehled o volných kapacitách na území kraje, snížil se také počet sociálních šetření (to nyní provádí pouze jeden poskytovatel, kam je podána žádost, nikoli všichni) a duplicitních podání žádostí o poskytnutí služby, a to na 26 %. ze systému kraj zpracovává důležité statistiky, které využívá pro řízení a plánování sítě služeb na svém území.

Pro své občany kraj vytvořil portál Vysočina pečuje (https://www.vysocinapecuje.cz), který zobrazuje podle životní situace a na ně navazující možnosti služeb, jejich vzdálenost. Sociální pracovníci vidí v systému i volné kapacity. Cílem je postupně digitalizovat žádost, propojit ji se zdravotnickou dokumentací.

6. Efektivní vykazování a sdílení dat poskytovatelů sociálních služeb

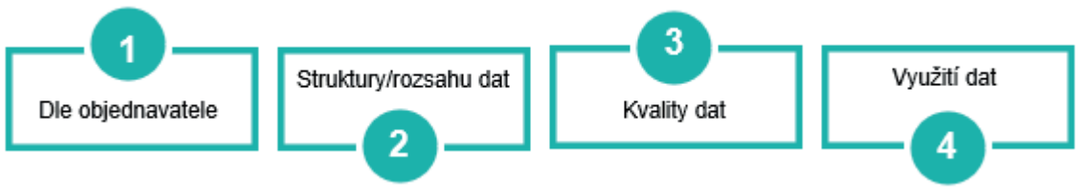
Vykazování dat o sociálních službách je zákonný a potřebný proces, který, pokud správně funguje a je vhodně využíván, napomáhá rozvoji sociálních služeb a je cenným zdrojem dat pro analytické práce jak orgánů veřejné správy (obvykle poskytovatelů dotací), tak i na mikroúrovni pro poskytovatele sociálních služeb.

V současné době však dochází k duplicitnímu vykazování nejrůznějším subjektům, poskytovatelé sociálních služeb jsou zatěžováni nadměrnou administrativou, která souvisí s povinným (ze zákona nebo na základě smlouvy o poskytnutí dotace příslušného donátora) vykazováním dat o poskytovaných sociálních službách.

Poskytovatel registrované sociální služby dnes vykazuje do několika systémů, které lze rozdělit podle toho, kdo data požaduje. Rozsah vykazování se odvíjí od právní formy organizace poskytovatele sociální služby, od druhu poskytované služby či služeb (včetně toho, zda je v rámci služby vykonávána zdravotnická péče), od toho, zda je služba zařazena v síti sociálních služeb příslušného kraje či nikoli.

V této části analýzy jsme nejprve provedli identifikaci vykazovaných dat, o kterých jsme diskutovali jak s poskytovateli služeb, tak i s několika subjekty, které vykazování vyžadují (MPSV, kraje). V závěru kapitoly uvádíme návrhy na racionalizaci vykazování dat, včetně návrhu na jednotný vykazovací systém na úrovni MPSV. Tento návrh však úzce souvisí s úpravou agendových systémů MPSV.

Identifikaci všech vykazovaných dat jsme provedli v následujícím členění



Zkoumali jsme duplicity vykazování, nerelevantní či chybně sbírané údaje, kontrolu sbíraných dat vlastníkem systémů a jejich další využití či distribuci třetím stranám. Na základě této analýzy provedeme návrh jednotného vykazovacího systému, jež bude mít za cíl

- snížení administrativy
- optimální využití vykazovaných dat.

6.1. Vykazování dat podle objednatele

Vykazování dat můžeme analyzovat podle toho, kdo jej objednává. Jedná se obvykle o subjekty státní správy (ministerstva a jim podřízené úřady), veřejné správy (krajské a obecní úřady) a vlastníky (v případě soukromoprávních subjektů) či zřizovatele (v případě příspěvkových organizací) organizací poskytovatelů sociálních služeb.

Kromě vykazování dat, která souvisí s poskytovanou službou, pak poskytovatel vykazuje údaje nejrůznějším resortům, případně zřizovateli, a to z titulu informování o zaměstnancích, poskytované zdravotní péči, ekonomice služby či organizace a dalších skutečnostech.

Vedle těchto systémů hraje důležitou roli ve vykazování informací o sociální službě rovněž Registr poskytovatelů sociálních služeb (dále též „registr"), ve kterém jsou uvedeny základní údaje o sociální službě.

Ministerstvo práce a sociálních věcí

Vykazování pro MPSV probíhá ve **dvou systémech**. Prvním je výkaznictví sociálních služeb podle Zákona, v agendové aplikaci OK Poskytovatel a v případě vybraných sociálních služeb do výkazů, které pro potřeby statistických zjišťování sbírá ČSÚ).

Vykazování dat o poskytovaných sociálních službách se řídí ustanovením § 85 odst. 5 Zákona. Od roku 2012 je k vykazování dat používán agendový systém MPSV. Aplikace Okslužby poskytovatel je určena registrovaným poskytovatelům sociálních služeb. Poskytovatelům tak slouží i k podání žádosti o dotaci ze státního rozpočtu a k vykazování dat o poskytovaných sociálních službách[15]. Povinnost podat výkaz má každý, kdo alespoň jeden den v předchozím kalendářním roce poskytoval sociální službu, bez ohledu na to, či žádal nebo nežádal o dotaci ze státního rozpočtu. Podává se jednotný výkaz za všechny poskytované sociální služby a registr existuje pouze v elektronické podobě. Data se poskytují MPSV každoročně[16].

Pro potřeby statistických zjišťování, které je uskutečňováno na základě zákona č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů, pak pro MPSV poskytovatelé vykazují Roční výkaz o sociálních V 1-01 (MPSV) za účelem využívání pro výkon státní správy MPSV v oblasti sociálních služeb, dále také např. pro analytickou činnost, pro přípravu vyhlášek a zákonů, pro potřeby mezinárodních organizací (př. Eurostat). Druhým statistickým zjišťováním je Roční výkaz o zaměstnancích, platech a odměnách za pracovní pohotovost v zařízeních sociálních služeb V 19a-01. Formou zjišťování je u obou statistických zjišťování elektronický formulář (list sešitu Excel) zasílaný formou mailu. Údaje se poskytují každoročně[17].

Ministerstvo zdravotnictví

Pro potřeby statistických zjišťování, které je uskutečňováno na základě zákona č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů, pro MZ poskytovatelé vykazují Roční výkaz o zaměstnavatelích, evidenčním počtu zaměstnanců, smluvních pracovnících a odměňování E (MZ) 1-01 (Získání údajů o využívání informačních a komunikačních technologií poskytovateli zdravotních služeb) a 4-01, který sleduje údaje o zaměstnavatelích, počtu zaměstnanců, prostředky na hrubé mzdy členěné dle kategorií, počet odpracovaných hodin na DPP a DPČ. Prostředky na odměny z DPP a DPČ. Výkaz vyplňují samostatně všichni poskytovatelé zdravotních služeb neposkytující lůžkovou péči bez ohledu na jejich

[15] Od roku 2012 pouze elektronicky pomocí aplikace Okslužby poskytovatel.

[16] Termín podání výkazu, 30. červen, je stanoven přímo v § 85 Zákona.

[17] Datum se pohybuje kolem poloviny února.

zřizovatele, včetně poskytovatelů lázeňské léčebně rehabilitační péče. Výkaz probíhá elektronicky prostřednictvím formuláře jednou ročně.[18]

Zdravotní pojišťovny

Vykazování dat o provedených zdravotnických úkonech, podává se jednou měsíčně prostřednictvím aplikace.

Ministerstvo pro místní rozvoj

Pokud poskytovatel sociální služby realizuje projekt ze strukturálních investičních fondů (nejčastěji z Evropského fondu pro regionální rozvoj prostřednictvím Integrovaného regionálního operačního programu a z Evropského sociálního fondu prostřednictvím Operačního programu zaměstnanost), je povinen provádět monitoring tohoto projektu prostřednictvím systému MS2014+, jehož vlastníkem je ministerstvo. Podpořené osoby pak vykazuje do Informačního systému IS ESF. Formou zjišťování je agendová aplikace, vykazování probíhá průběžně, v souladu s podmínkami projektu, stanovenými v právním aktu (Rozhodnutí o poskytnutí dotace).

Ministerstvo financí

Zasílané statistiky na ministerstvo financí o platech, údaje jsou shodné, jako v tabulce pro výkaz V 19a-01 pro MPSV. Formou zjišťování je u statistických zjišťování elektronický formulář (list sešitu Excel) zasílaný formou mailu. Údaje se poskytují kvartálně a celoročně.

Zřizovatel

Informace, které vyžaduje zřizovatel se týkají hospodaření organizace a vykazují se čtvrtletně i ročně. Výstupem jsou mimo jiné hrubé průměrné platy na pozici. Zřizovatel obvykle shromažďuje také informace o nákladových položkách a o zajištění služby odborným personálem (pracovníci v přímé péči, sociální pracovníci). Forma i periodicita zjišťování se liší.

Kraj a obec

Dále poskytovatel obvykle vykazuje **do krajských systémů** (za každý kraj, kde sociální službu poskytuje, příkladem je systém KISSOS, který využívá Jihomoravský, Liberecký, Královéhradecký a další kraje), případně **do systémů obcí**, pokud toto vyžadují. Vykazují obvykle pouze ty služby, které jsou zařazeny do krajské sítě sociálních služeb.

Informace, které kraje požadují, se liší v každém kraji v České republice. Požadované informace jsou cca z ½ stejné jako informace OK Systému. Jedná se sice o duplicitní data, která ale poskytovatelé musí připravovat vícekrát, jelikož nejsou úplně totožná s daty v OK systému (rozdíly např. ve věkových kategoriích, atd.). Kraj například kontroluje, jestli dodržují počty pracovníků, které mají stanoveny na péči. Některé kraje informace dále zpracovávají a zpětně je dávají poskytovatelům. Forma i periodicita zjišťování se liší, kraje využívají jak email, tak aplikaci (např. Kraj Vysočina)

Registr sociálních služeb

Vykazují se data o pracovnících zajišťujících službu, vždy při změně. Zadává se přímo do systému, ale ten je nepřehledný, neaktuální. Respondenti rozhovorů se shodovali, že se jedná o nejméně relevantní vykazování ze všech výše uvedených.

[18] Datum se pohybuje kolem začátku května.

6.2. Vykazování dat podle načasování, struktury a rozsahu dat

Vykazování dat můžeme dále analyzovat podle toho, kdy jej poskytovatel odevzdává (k jakému datu vykazuje), podle struktury a rozsahu dat.

Do každého ze systémů poskytovatel vykazuje v různých termínech, často v odlišné struktuře dat. Výsledkem je nadměrná zátěž poskytovatelů sociálních služeb vykazováním dat, jejichž správnost a relevance není důsledně kontrolována, navíc se vykazované údaje využívají v minimální míře.

V současné době tak poskytovatelé v průběhu jednoho kalendářního roku pracují s různými systémy výkaznictví, do kterých doplňují informace, které se v rámci těchto systémů překrývají.

Největší objem informací vyplňují poskytovatelé v aplikaci OKslužby, zde je věnován velký prostor zejména ekonomickým informacím, které s danou službou souvisí. Nejmenší objem informací je pak vyplňován do formulářů za účelem statistiky. Rozsah údajů vykazovaných pro MPSV jsou údaje o:

- kapacitě
- materiálním, technickém a personálním zabezpečení
- poskytování základních a fakultativních činností
- financování jednotlivých sociálních služeb
- zobecněné údaje o žadatelích, osobách, kterým je sociální služba poskytována a o osobách, kterým je sociální služba poskytována, a o osobách, se kterými nemohla být uzavřena smlouva o poskytnutí sociální služby z důvodů uvedených v § 91 odst. 3 zákona o sociálních službách
- počtu osob, u kterých byla použita opatření omezující pohyb osob, a o četnosti jejich použití podle druhů těchto opatření

Data se týkají kapacit, složení uživatelů a jejich zdravotního stavu, personálního zabezpečení služby, ekonomických ukazatelů, atd.

6.3. Kvalita dat a jejich využívání

Vykazování dat poskytovatelů sociálních služeb nemá jasně předepsanou strukturu napříč resorty, které data objednávají. Základním nedostatkem stávajícího systému výkaznictví ekonomických dat a informací o sociálních službách je obsahová nesourodost vykazovaných informací, která znemožňuje věrohodné porovnávání ekonomických informací mezi jednotlivými službami navzájem (například jednoznačné porovnání nákladů na jednotlivé nakupované služby).

Tato nesourodost je dána mimo jiné nízkou mírou kontroly a využívání vykazovaných dat. Přestože je výkaznictví cenným zdrojem informací pro tvorbu a realizaci sociální politiky státu, ale i řízení sítě sociálních služeb na úrovni jednotlivých krajů, ke kontrole správnosti a tím i kvality vykazovaných dat nepřistupují jednotliví zadavatelé vykazování dostatečně detailně.

Tento fakt ve svém důsledku dále ztěžuje praktické využití vykazovaných dat. Současné systémy výkaznictví (až na výjimky v případě vybraných krajských systémů), resp. Data z nich získaná nejsou využívána v dalších činnostech v oblasti sociálních služeb (plánování, financování apod.), čímž není jejich potenciál stoprocentně využit a zátěž poskytovatelů s vykazováním spojená je tak částečně bezpředmětná. Vykazovaná data by měla být důsledně kontrolována, zároveň by měla být dostupná na vyžádání, alespoň v agregované podobě.

6.4. Problematická místa

Problematická místa spojená s vykazováním dat se nachází na několika úrovních. První z nich jsou rozdílné systémy k tomu využívané, v nichž se však sbírají shodná či obdobná data. Navíc je zřejmé, že data vykazují v různých obdobích, obvykle první poloviny kalendářního roku.

Tyto skutečnosti ztěžují výkaznictví poskytovatelům sociálních služeb, jelikož absence centrálního systému vede k vykazování v různých časových obdobích – čtvrtletně, ročně, měsíčně. Prokazatelně se objevují duplicity, kdy poskytovatel eviduje stejné informace v několika systémech různých institucí, které by si informace mohly nasdílet. Duplicity se vyskytují v zasílaných ekonomických datech o platech a pracovnících pro Ministerstvo práce a sociálních věcí a Ministerstvo zdravotnictví, sdílet by bylo možné i data, která vyžaduje ministerstvo financí.

Největší slabina se ovšem týká následného zpracování dat a nutnosti data poskytovat často ve velmi detailním členění či poskytovat nerelevantní údaje, se kterými se dále již nijak nepracuje. Především nízké využití dat (především na úrovni státní správy) snižuje motivaci poskytovatelů vykazování věnovat dostatečnou pozornost.

I přes rozdílnost vykazovaných údajů by existence centrálního registru otevírala možnost pro poskytovatele vykazovat na jedno místo. Pro institucionální struktury by se otevírala možnost dále zpracovávat informace vhodné k pozorování a dalšímu statistickému zpracování. Nedílnou součástí správného fungování systému je také obeznámení poskytovatele sociálních služeb k jakým účelům budou jejich data využívána a jakým způsobem budou dále zpracovávaná.

7. Zjištění a doporučení

Zpracování Analýzy potenciálu digitalizace vybraných procesů v sociálních službách společností EY vycházelo ze zadání APSS. Cílem bylo poskytnout náhled na současný stav a bariéry rozvoje sociálních služeb v České republice, a to v kontextu výzev digitalizace.

Naším záměrem bylo na základě provedených analýz popsat současný stav některých procesů se systémem sociálních služeb souvisejících, identifikovat slabá místa a ohrožení a navrhnout doporučení k jejich eliminaci. Inspiraci jsme mimo jiné čerpali z rozhovorů a dotazníkového šetření.

Co tedy lze konstatovat na základě jednotlivých analýz?

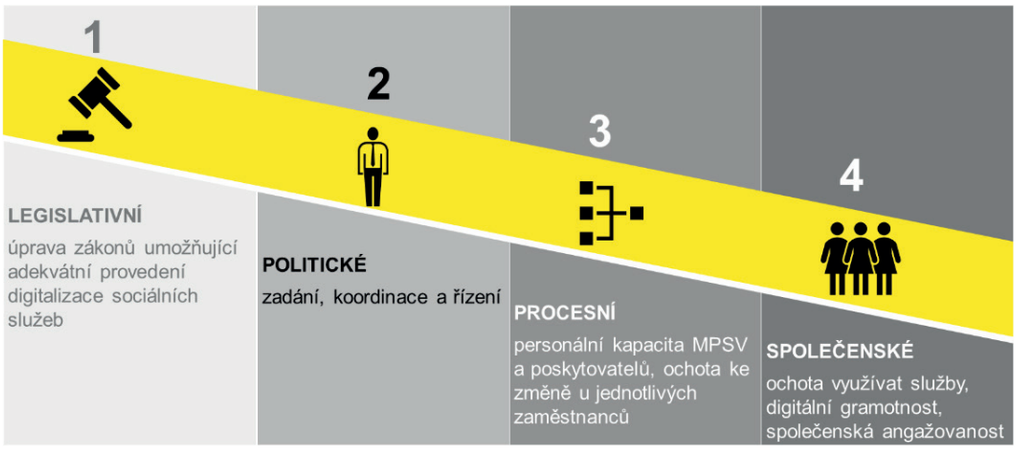
Digitalizace nepomůže v případě systémových problémů, které souvisí s celkovým nastavením systému sociálních služeb či systému sociální ochrany, kterou provádí stát. naše doporučení se tedy neomezují pouze na oblast digitalizace, navrhujeme i další, související úpravy systému, pokud z analýz plyne, že jsou takové úpravy účelné.

Digitalizace by měla reagovat na potřeby zapojených subjektů, především občanů, coby (potenciálních) klientů sociálních služeb, ale i dalších zapojených aktérů. Cílem digitalizace je nejen služby zefektivnit, upravit na míru občanům, ale také usnadnit jejich provádění na straně veřejné správy, s cílem umožnit pracovníkům veřejné správy zabývat se potřebami klienta, nikoli administrativou.

Doporučení jsme rozdělili na jednotlivé agendy, které jsme analyzovali, zároveň i podle toho, jak jsou doporučení zařazena[19]. Podle toho, co je v rámci doporučení třeba upravit, jsme tato dále rozdělili na **doporučení legislativní** (související s nutnou úpravou zákonů, která provedení doporučení umožňuje), **doporučení aplikační** (související s úpravou aplikačního prostředí, ve kterém jsou jednotlivé agendy / procesy administrovány) a **doporučení procesní** (související se změnou procesů, personálních kapacit a jejich adopci příslušnými zaměstnanci).

Digitalizace je totiž obvykle pouze nástrojem změny, pro komplexní a úspěšnou digitalizaci agend je obvykle třeba komplexní změny, včetně legislativy, procesů, ale i politické vůle a společenské změny (změny vnímání).

Obrázek 5: Podmínkou úspěšné a skutečné digitalizace je komplexní změna procesů.



[19] P = Doporučení související s agendou řízení o přiznání příspěvku na péči; S = Doporučení související s agendou podání žádosti o poskytnutí sociální služby; V = Doporučení související s vykazováním dat o sociálních službách.

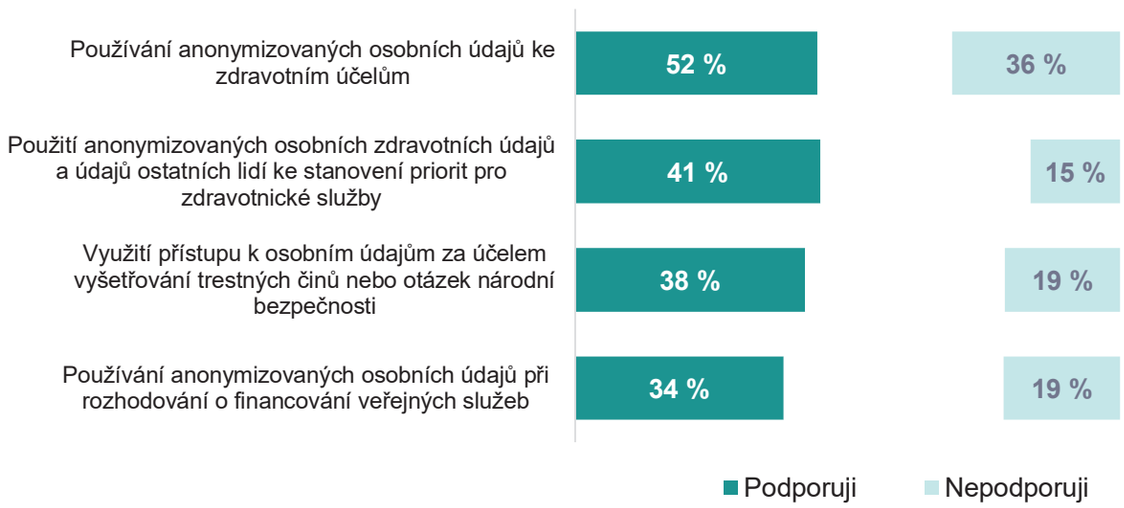
Digitalizace je velmi úzce spojena s digitální gramotností a akceptací technologií ve společností. Nedávná šetření ukazují, že sdílení osobních údajů není pro Čechy příliš komfortní. Pouze 38 % lidí nemá problém sdílet osobní údaje s vládou za účelem přístupu ke službě.

Graf 16: Ochota české veřejnosti sdílet své osobní údaje.

Zdroj: vlastní zpracování na základě dat z Ipsos. (2022).

Na druhou stranu, využívání osobních údajů má určitou podporu, pokud je lidem jasné, k čemu jsou využívány a pokud to přináší výhody pro ně samotné či pro společnost. To platí především, pokud se jedná o veřejné zdraví. Například využívání anonymizovaných osobních údajů ke zdravotním účelům podporuje více než polovina Čechů, 41 % pak vyjadřuje podporu ke stanovení priorit pro zdravotnické služby.

Graf 17: Vyslovená podpora veřejným subjektům při použití osobních údajů občanů pro plnění jednotlivých agend.



Zdroj: vlastní zpracování na základě dat z Ipsos. (2022).

7.1. Doporučení související s agendou řízení o přiznání příspěvku na péči

V této podkapitole popisujeme doporučení za agendu příspěvku na péči, která souvisí s digitalizací, ale i s procesem samotným. Doporučení rozdělujeme na legislativní, aplikační a procesní.

Legislativní doporučení

1P. Zkrátit lhůty pro proces řízení o přiznání příspěvku na péči, zajistit dodržování těchto lhůt.

Význam doporučení **A** (zásadní) **Proveditelnost** **1** (proveditelná)

V současnosti nejsou dodržovány zákonem stanovené lhůty pro vyřizování žádosti o PnP, které stanoví zákon č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů lhůtu. Lhůta nyní činí 60 dnů (§ 71 odst. 3). Lhůta pro vydání rozhodnutí neběží na dobu posouzení stupně závislosti žadatele okresní správou sociálního zabezpečení (OSSZ). Pro vydání posudku o zdravotním stavu má OSSZ stanoveno 45 dnů, což odpovídá zhruba 1,5 měsíci (§ 16a zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení). Pokud by bylo prosazeno doporučení č. 1 o paralelnosti procesů, které vykonává ÚP a OSSZ, nemuselo by docházet k přerušení řízení a lhůty by bylo možné zkrátit.

Proveditelnost: Vzhledem k nutné změně legislativy je nezbytné politické zadání, nicméně pokud má být výsledkem zrychlení procesu pro občana, bez nutnosti navyšovat náklady státní správy na provedení (lhůta by se zkrátila na 45 dní, kdy běží lhůta pro posouzení zdravotního stavu), je změna proveditelná.

2P. Rozšířit možnost posuzování zdravotního stavu o další profese.

Význam doporučení **A** (zásadní) **Proveditelnost** **2** (reálná)

Vzhledem k nedostatku kapacit posudkových lékařů, jejich vysokému průměrnému věku a nízké atraktivitě této specializace v lékařském prostředí navrhujeme zajistit posouzení zdravotního stavu jiným pracovníkem, než pouze posudkovým lékařem. To v současné chvíli neumožňuje legislativa, bylo by nutné upravit novelou zákon č. 582/2011 Sb., která by rozšířila kapacity pro posuzování o další profese. Posouzení zdravotního stavu by mohla provádět například komunitní sestra nebo sestra s S3 specializací, geriatrická, psychiatrická, ošetřovatelská nebo rehabilitační sestra. Navrhované řešení by mohlo zkrátit celý proces řízení o PnP, do budoucna řešit snižující se kapacity lékařů, kteří budou pro zajištění třeba.

Proveditelnost: Během realizace analýzy byl návrh legislativy podán, probíhá legislativní proces, jeho výsledek není k termínu odevzdání analýzy známý. Vzhledem ke změně legislativy je nezbytné politické zadání a podpora návrhu, oproti předchozímu doporučení je navíc třeba ujistit odbornou veřejnost, že nebude ohrožen proces posouzení zdravotního stavu a že navrhované další profese (sestry) mají kompetenci toto posouzení provádět.

Aplikační doporučení

3P. Podporovat možnost elektronického podání.

Význam doporučení **B** (důležitý) **Proveditelnost** **2** (reálná)

V současnosti je většina žádostí o PnP podávána fyzicky, a to buď poštou, nebo osobně na pobočce ÚP. Přestože je již nyní možné podávat žádosti elektronicky (prostřednictvím datové schránky, případně pomocí webového formuláře podepsaného elektronickým podpisem nebo prostřednictvím bankovní identity), počet takových podání se pohybuje v řádech jednotek procent. I zkušenost z pandemického období ukázala, že fyzické podání může představovat překážku.
Toto doporučení váže na silnou propagaci elektronického podání, jak na pobočkách ÚP samotných, tak mezi (potenciálními) klienty. Podporovat by se mělo zavedení elektronických podpisů / bankovní identity pro všechny občany ČR, a to pro veškerou komunikaci s úřady státní a veřejné správy.
Alternativou je pak žádost nepodepisovat, k ověření totožnosti dojde v průběhu procesu řízení.

Proveditelnost: Vzhledem k funkční možnosti elektronického podání jde především o propagaci a podporu elektronických podání, a to mezi všemi zapojenými stakeholdery.

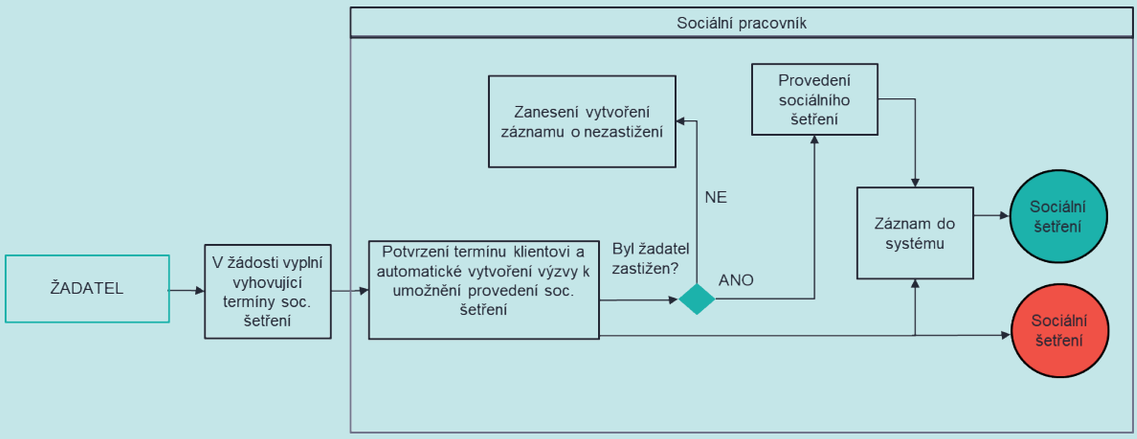
4P. Spravovat veškerá podání v jedné aplikaci (agendovém systému).

Význam doporučení **B** (důležitý) **Proveditelnost** **3** (náročná)

Přestože existuje možnost elektronického podání žádosti o PnP, aplikační prostředí na straně poskytovatele (ÚP v součinnosti s OSSZ) je naprosto nedostatečné a neodpovídá současným požadavkům na správu takto rozsáhlé agendy. Elektronické podání je pouze na straně žadatele, do systému ÚP (pracuje v OKsystému) se nepřeklápí. Každé pracoviště (ÚP a OSSZ) pracuje ve svém vlastním systému, systémy nejsou propojeny, úřady mezi sebou komunikují pomocí datové schránky. Zásadní informace jsou mezi systémy přepisovány, nepřeklápí se automaticky. To nejen prodlužuje celý proces, znemožňuje sledování jeho průběhu, ale i zvyšuje riziko lidské chyby. Navrhované řešení by zásadně zrychlilo celý proces, umožnilo jeho sledování, komunikaci mezi úřady v reálném čase, snížení „obesílání“ jednotlivých zapojených subjektů a další.

Možnost zjednodušení pomocí uplatnění aplikace je znázorněna na příkladu sociálního šetření na obrázku níže. Jak vidíme, v porovnání se současným průběhem tohoto procesu (viz Přílohu č. 1) lze díky digitalizaci dosáhnout značného krácení potřebných kroků k jeho realizaci. Došlo by tak ke zvýšení efektivity a uživatelské přívětivosti, a to jak na stráně klientů, tak také i sociálních pracovníků.

Obrázek 6: Jak by se proces sociálního šetření mohl zjednodušit.



Proveditelnost: Realizace doporučení vyžaduje změnu agendového systému MPSV a jemu podřízených úřadů (ÚP ČR a ČSSZ).

5P. Vytvořit uživatelsky přívětivý „frontend“ pro komunikaci s žadateli.

Význam doporučení **A** (zásadní) **Proveditelnost** **3** (náročná)

Aktuálně je s žadatelem (i u elektronického podání) komunikováno prostřednictvím dopisů, obvykle oficiálních (např. vyrozumění o zahájení řízení, o přerušení). Žadatel nemůže sledovat proces v reálném čase, nemá informace o jeho průběhu. Proces nemohou sledovat ani další zapojené subjekty (například na straně OSSZ). To zvyšuje nejistotu žadatele, přispívá k nedůvěryhodnosti státní správy. Navrhované řešení by zvýšilo uživatelskou přívětivost, umožnilo žadateli aktivně sledovat průběh řízení.

Proveditelnost: Realizace doporučení vyžaduje změnu agendového systému MPSV a jemu podřízených úřadů (ÚP ČR a ČSSZ).

Procesní doporučení

6P. Zjednodušit předávání informací pomocí aplikace.

Význam doporučení **B** (důležitý) **Proveditelnost** **3** (náročná)

Váže na aplikační doporučení 5P, spravovat podání v jedné aplikaci. Této změně se musí přizpůsobit i procesy, které probíhají při řízení o přiznání PnP. Nyní se veškeré informace mezi zapojenými subjekty předávají fyzicky (obvykle žadatel – ÚP, případně posudkový lékař – praktický lékař), či prostřednictvím datové schránky (mezi ÚP – OSSZ). To prodlužuje celý proces, zvyšuje riziko lidské chyby, navíc se nepřeklápí veškeré informace, které k případu existují, část se jich tedy ztrácí, nebo jsou vedeny paralelně ve fyzickém spisu. Pokud by všichni zapojení aktéři (žadatel – ÚP – posudkový lékař – praktický lékař / specialisté) pracovali v jedné aplikaci, předání informací by se

významně zrychlilo, zefektivnilo, bylo by možné sledovat proces v reálném čase. Pracovníci jednotlivých agend by měli díky jednoduššímu předávání informací čas na více podání, případně na práci s klientem.

Proveditelnost: Realizace doporučení navazuje na nutnou změnu agendového systému MPSV a jemu podřízených úřadů (ÚP ČR a ČSSZ).

7P. Snížit obesílání žadatele a dalších zapojených stran.

Význam doporučení **A** (zásadní) **Proveditelnost** **3** (náročná)

Mezi jednotlivými aktéry nyní probíhá rozsáhlá oficiální komunikace, která má však především informační charakter, nezakládá povinnost na straně žadatele. Obesílání dále zatěžuje zapojené aktéry, je neefektivní, informační hodnota je přitom velmi nízká. Díky vytvořené aplikaci a uživatelsky přívětivému „frontendu“ pro žadatele by se nutnost obesílání významně snížila.

Proveditelnost: Realizace doporučení vyžaduje změnu agendového systému MPSV a jemu podřízených úřadů (ÚP ČR a ČSSZ).

8P. Využít sdílení pacientské dokumentace.

Význam doporučení **A** (zásadní) **Proveditelnost** **3** (náročná, dlouhodobá)

Zrychlení řízení blokuje dále náročná komunikace na straně OSSZ, a to mezi posudkovým lékařem a praktickým lékařem / specialistou, kvůli získání informací o zdravotním stavu žadatele, o jeho diagnózách. Pokud by bylo možné mezi zdravotnickými pracovníky sdílet pacientskou dokumentaci, proces posouzení zdravotního stavu by se opět významně zrychlil. Zdravotnická dokumentace musí následovat pacienta/klienta = patient-centered zdravotnictví, který má právo na přístup ke své dokumentaci. Sdílení korektních a strukturovaných dat je základem pro lepší a bezpečnější zdravotní péči a zajištění návaznosti zdravotní péče. Existují technická řešení, standardy a legislativa pro bezpečnou elektronickou výměnu ZD.

Proveditelnost: Aktuálně je pacientská dokumentace dobrovolně sdílena prostřednictvím NCPeH CZ. Po schválení Návrhu nařízení Evropského parlamentu a Rady o Evropském prostoru pro zdravotnická data bude sdílení do tří (?) let povinné pro členské státy EU, včetně České republiky.

7.2. Doporučení související s agendou podání žádosti o poskytnutí sociální služby

V této podkapitole popisujeme doporučení za agendu podání žádosti o poskytnutí služby, která souvisí s digitalizací, ale i s procesem samotným. Doporučení rozdělujeme na aplikační a procesní.

Aplikační doporučení

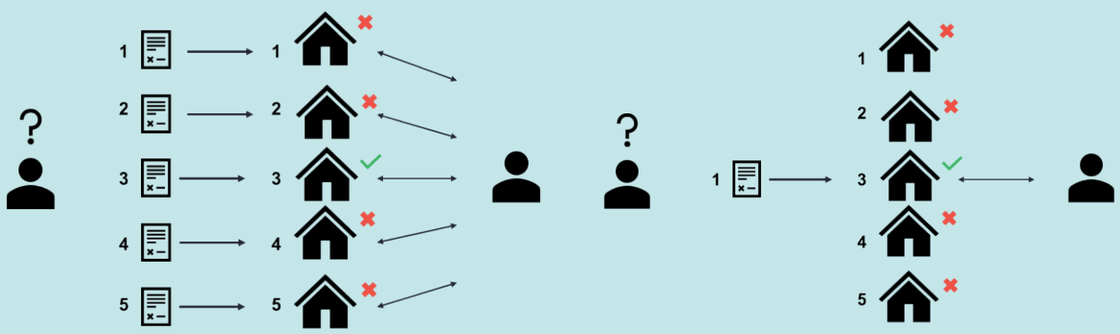
9S. Zavedení možnosti jednoho podání klientem, na centrální, případně krajské úrovni (a tím řídit duplicity podání, zamezit jejich vzniku).

Význam doporučení **B** (důležitý)

Proveditelnost **2** (reálná na úrovni krajů) **3** (náročná na centrální úrovni)

Aktuálně si žadatel podává žádost o poskytnutí sociální služby do všech jednotlivých služeb individuálně. To zvyšuje nároky na administraci, proces není koordinován. I na straně žadatele vyžaduje obeslání veškerých služeb poměrně náročnou aktivitu. Navrhované opatření by umožnilo vyplnit žádost pouze jednou, s uvedením preference služeb, o které má klient zájem. Žádost by se vždy vyplňovala v elektronické podobě, prostřednictvím aplikace, kam by měl přístup jak žadatel (prostřednictvím „frontendu“, umožňujícího sledování procesu vyřizování žádosti, např. včetně požadavku na provedení sociálního šetření), tak poskytovatelé žadatelem vybraných sociálních služeb, tak i kraj, potažmo MPSV. Toto řešení by umožnilo spravovat žádost v reálném čase, efektivně odstranit duplicitní podání. Příkladem dobré praxe je zde Vysočina, která se k obdobnému systému přibližuje (plánuje jeho zavedení).

Obrázek 7: Implementace jednoho podání žádosti o sociální službu (současný a ideální stav)



Proveditelnost: Na úrovni krajů je možné postupovat obdobně, jako na Kraji Vysočina, který obdobné řešení plánuje. Na centrální úrovni je toto řešení provázáno s nutnou změnou agendového systému MPSV.

10S. Sledovat průběžně kapacity sociálních služeb a sledovat poptávku po nich.

Význam doporučení **B** (důležitý) **Proveditelnost** **2** (reálná na úrovni krajů) **3** (náročná na centrální úrovni)

Přestože jsou kapacity sociálních služeb (především služeb pobytových služeb sociální péče) extrémně vytíženy, stále existují volné kapacity, které je možné využít. Kapacity ambulantních a terénních služeb jsou pak dostupné, o možnosti využití takových služeb pro zajištění péče o klienta sociální služby často neexistují dostatečné informace, rodina obvykle rovnou uvažuje o zajištění péče prostřednictvím pobytové služby. Informace o volných kapacitách (pro „koordinátory péče“, např. na sociálních odborech obcí, či u jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb) a na druhé straně o poptávce po nich by zefektivnila využití dostupných kapacit, umožnila by také jejich lepší plánování.

Proveditelnost: Na úrovni krajů je možné postupovat obdobně, jako na Kraji Vysočina, který obdobné řešení pilotuje. Na centrální úrovni je toto řešení provázáno s nutnou změnou agendového systému MPSV.

Procesní doporučení

11S. Snížit počet vykonaných sociálních šetření.

Význam doporučení **B** (důležitý) **Proveditelnost** **2** (reálná)

V současnosti přetrvává praxe realizace sociálního šetření jednotlivými poskytovateli sociálních služeb, kam žadatel (potenciální klient) podal žádost o poskytnutí služby. Pokud by byla podávána jedna žádost, bylo by provedeno pouze jedno sociální šetření (poskytovatelé by mohli být za provedené šetření honorováni, případně by byl vytvořen systém, který zaručí, že šetření bude rozděleno mezi poskytovatele spravedlivě). Navrhované opatření by snížilo zátěž poskytovatelů, kteří by ušetřený čas mohli věnovat péči o klienty. Předpokladem tohoto doporučení je kvalita provedeného sociálního šetření. Lze využít také sociální šetření prováděné pracovníky Úřadu práce, případně jej upravit tak, aby reflektovalo i potřeby poskytovatelů sociálních služeb.

Proveditelnost: Vzhledem k nutné změně legislativy je nezbytné politické zadání, nicméně pokud má být výsledkem zrychlení procesu pro občana, bez nutnosti navyšovat náklady státní správy na provedení (paralelnost procesů nezvyšuje nároky na personální zabezpečení celého procesu), je změna proveditelná.

7.3. Doporučení související s vykazováním dat o sociálních službách

V této podkapitole popisujeme doporučení za agendu vykazování dat o sociálních službách, která souvisí s digitalizací, ale i s procesem samotným. Doporučení rozdělujeme na aplikační a procesní.

Aplikační doporučení

12V. Upravit centrální aplikaci na vykazování dat na úrovni státu (MPSV) tak, aby reflektovala požadavky šetření ČSÚ, potažmo krajů.

Význam doporučení **B** (důležitý) **Proveditelnost** **3** (náročná)

V současnosti je aplikace pro podání výkazů o sociálních službách na úrovni MPSV zastaralá, neodpovídá požadavkům, ani aktuální struktuře dat. To je způsobeno nemožností úprav na úrovni MPSV, související se stavem agendových aplikací resortu. Kýženým budoucím stavem by mělo být upravení současné aplikace tak, aby bylo možné jedno podání výkazu, který bude obsahovat i informace, které MPSV povinně sbírá pro ČSÚ. Počet výkazů pro MPSV se tak sníží ze tří na jeden. Ideální by bylo upravit aplikaci způsobem, že by z této čerpali informace i jednotlivé kraje a poskytovatelé by tak nemuseli vykazovat do jejich systémů.

Proveditelnost: Realizace doporučení vyžaduje změnu agendového systému MPSV.

Procesní doporučení

13V. Kriticky zhodnotit vykazované informace i s odbornou veřejností, upravit jejich rozsah a důsledně provádět kontrolu.

Význam doporučení **B** (důležitý) **Proveditelnost** **2** (reálná)

Data, která jsou v současnosti ve výkaznictví sledována, neodpovídají aktuální situaci, či strukturou. Některá data (ekonomická, účetní) jsou nejasná, některá zbytná, jejich využití je nízké až nulové. Navrhované opatření by snížilo administrativní zátěž poskytovatelů sociálních služeb, umožnilo by sbírat jen skutečně důležité informace, které jsou pro realizaci sociální politiky státu potřebné a využitelné. Zároveň by umožnilo jejich vyšší využívání, bylo by možné sdílet vykazovaná data, minimálně v agregované podobě.

Proveditelnost: Tuto agendu má MPSV dlouhodobě detailně zpracovánu, je známo, co je třeba z aplikace odstranit, jaká data jsou reálně využitelná a jaká data zbytná. Pokud dojde k úpravě aplikace, může být úprava provedena.

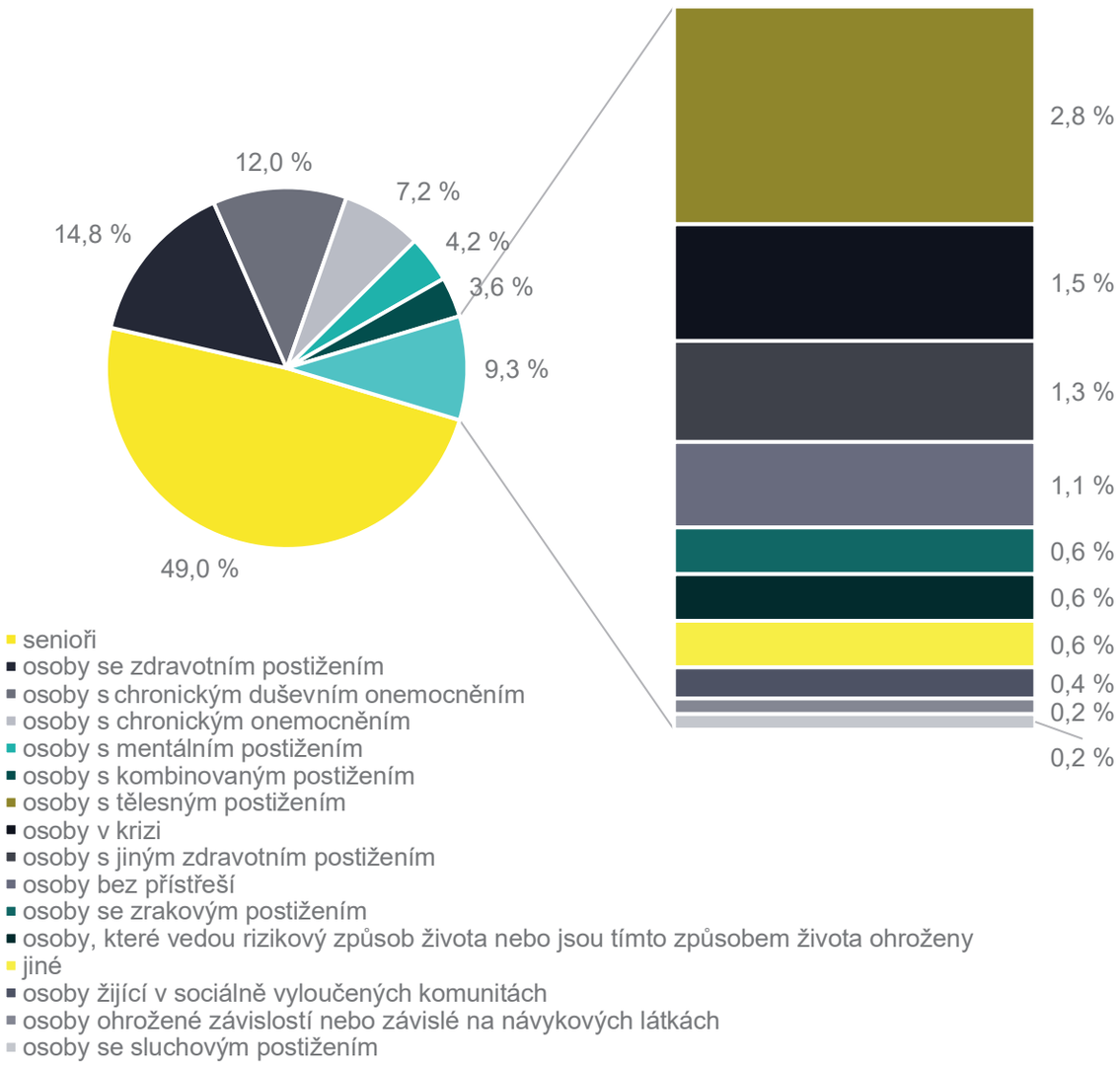
8. Dotazníkové šetření

Obecná charakteristika respondentů a jimi poskytovaných služeb

Téměř polovina dotazovaných respondentů se zaměřuje na poskytování sociálních služeb pro seniory (49 %). Další nejpočetnější cílové skupiny tvořili osoby se osoby se zdravotním postižením (14,8 %), osoby s chronickým duševním onemocněním (12 %), osoby s chronickým onemocněním (7,2 %) a osoby s mentálním postižením (4,2 %).

Významně nižší zastoupení měly skupiny lidí s různými typy postižení (mezi 0,2 a 3,6 %), případně osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách (0,4 %) a osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách (0,2 %). 3 respondenti se neztotožnili ani s jednou nabízenou variantou odpovědí a v doplnění uvedly, že se specializují na pobytové sociální služby (1 respondent) a na různé druhy demencí a související choroby (2 respondenti).

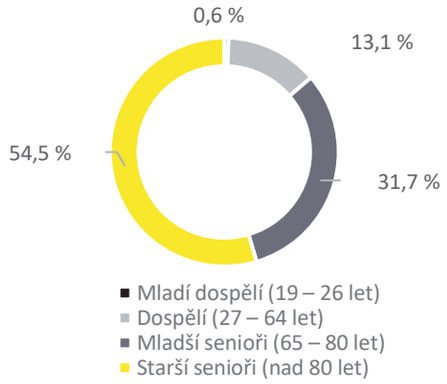
Graf 18: Převažující cílové skupiny.



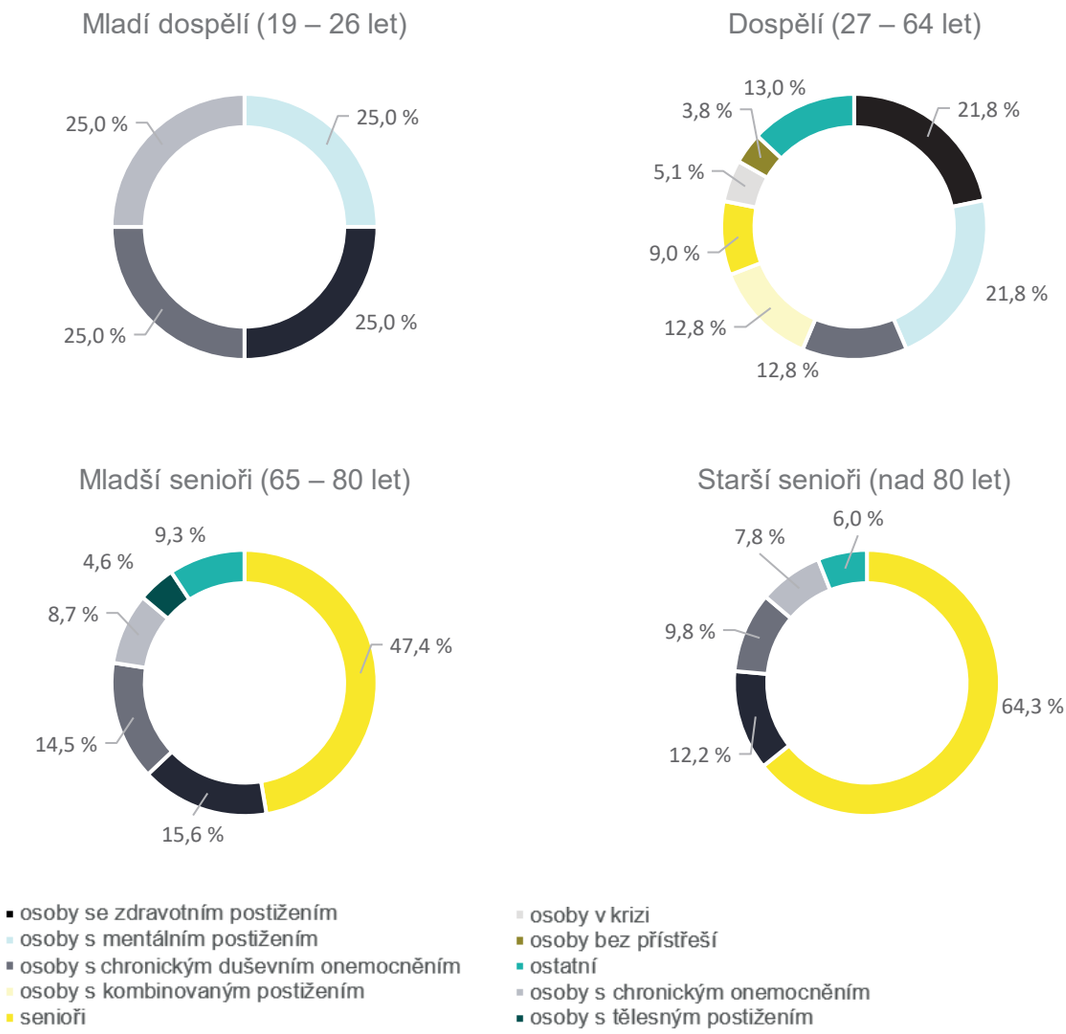
Většina poskytovatelů, kteří se dotazování zúčastnila, se zaměřuje na klienty ve věkové skupině nad 65 let, tzn. Na mladší nebo starší seniory. Zde byla pozorována logická korelace mezi nejčetnější cílovou skupinou (senioři) a převažující věkovou skupinou.

Zatímco pro mladé dospělé nebo dospělé byly poskytovány primárně služby z důvodů zdravotního nebo mentálního postižení, pro seniory to byly služby spojené primárně se sníženou soběstačností z důvodu věku.

Graf 19: Převažující věkové skupiny klientů.



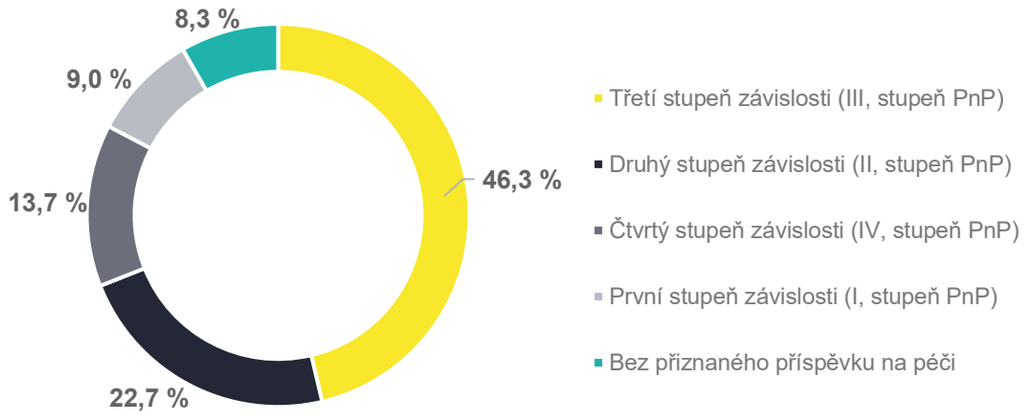
Graf 20: Nejrozšířenější cílové skupiny v daných věkových kategoriích (pod 3 % jsou zahrnuty do "ostatních").



Velkou část klientů dotazovaných poskytovatelů sociálních služeb tvoří osoby ve III. a II. stupni závislosti. Podíl těchto dvou skupin činí 46, 3 % ve III. stupni závislosti a 22,7 % ve II. stupni.

Počet osob s potřebou péče ve zmíněných stupních závislosti je velmi silně korelován s počtem osob v seniorském věku, kteří tvoří převažující věkovou skupinu ve vzorku respondentů.

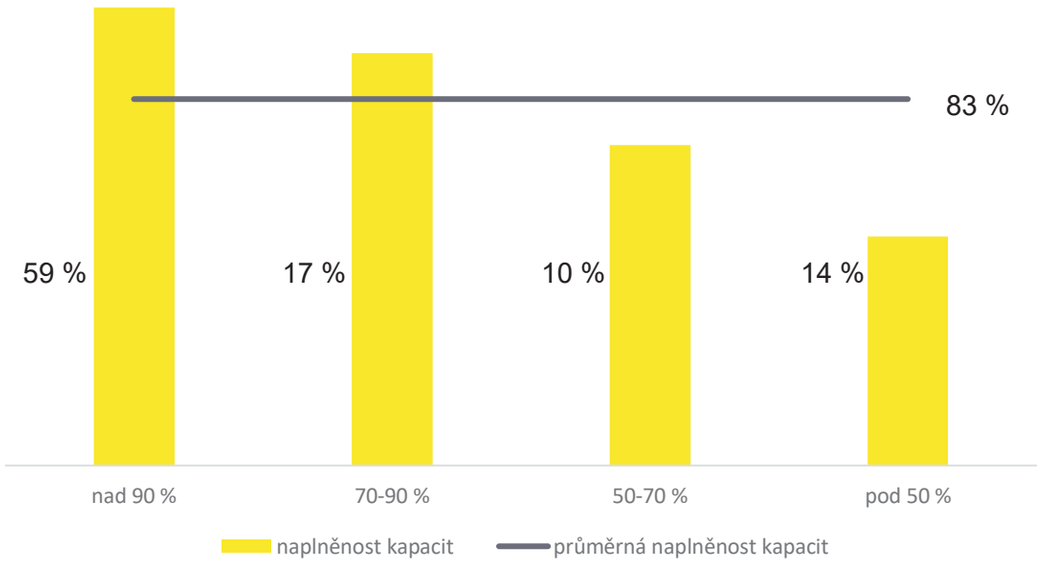
Graf 21: Převažující skupina klientů podle stupně závislosti vyjádřeném přiznaným stupněm PnP.



Kapacita služby a její naplněnost

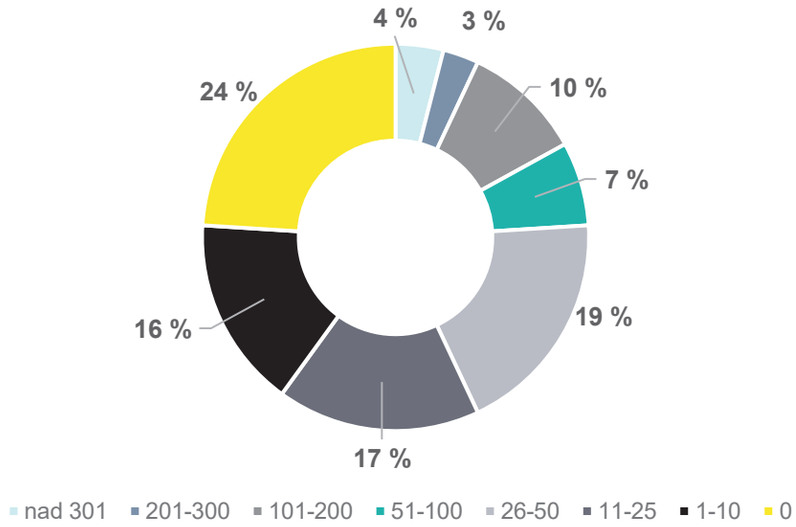
Naplněnost kapacit oslovených poskytovatelů sociálních služeb v průměru dosahuje 83 % (šedá čára na grafu níže), pohybuje se v rozmezí od 18 do 100 %, podle typu služby. 59 % poskytovatelů uvedlo, že k 30. 6. 2022 kapacity jejich zařízení byly z více jak 90 % zaplněné. U dalších 17 % respondentů se zaplněnost pohybovala mezi 70 a 90 %.

Graf 22: Obsazenost kapacit k 30. 6. 2022.



Počet nově přijatých klientů v úhrnu za rok se liší od 0 do 500, v průměru je to 36,6 nových klientů ročně. Pouze 24 % respondentů přes rok nemusí klienty z kapacitních důvodů odmítat, u zbylých služeb se tento počet pohybuje v rozmezí od 2 až do 550 odmítnutých žádostí o umístění. V průměru je odmítáno 57 klientů ročně. To reflektuje situaci na trhu sociálních služeb, kdy počet míst především v pobytových zařízeních sociální péče dlouhodobě neodpovídá demografickému vývoji v České republice.

Graf 23: Odmítnuté žádosti (podíl na celkovém počtu odmítnutých žádostí).



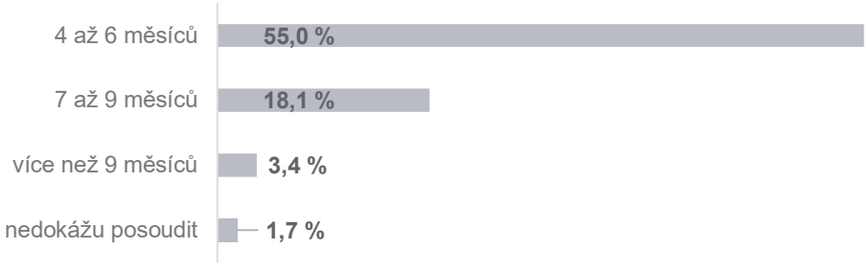
Příspěvek na péči

Zcela zásadním parametrem pro celý systém sociální péče je doba, za kterou potřeby klientů mohou být poskytovateli uspokojeny. Pro vyřizování žádostí o PnP stanoví zákon č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů lhůtu, která činí **60 dnů** (§ 71 odst. 3).

Při pohledu na výsledky dotazníkového šetření je patrné, že z téměř 80 % je zákonem definovaná lhůta pro vyřízení žádosti o PnP překračována. V 55 % případů se toto překročení pohybuje v rozmezí 4 až 6 měsíců, což může být důsledkem toho, že lhůta pro vydání rozhodnutí neběží na dobu posouzení stupně závislosti žadatele okresní správou sociálního zabezpečení (OSSZ). Pro vydání posudku o zdravotním stavu má OSSZ stanoveno 45 dnů, což odpovídá zhruba 1,5 měsíci (§ 16a zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení). K dalšímu prodlení může nastat zejména pokud vydání posudku brání závažné důvody. Lhůta se v těchto případech vždy prodlužuje o 30 dnů, nestanoví-li orgán, který o posouzení požádal, lhůtu delší (§ 16a odst. 2 Zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení).

Graf 24: Průměrná délka správního řízení PNP od podání žádosti do vydání rozhodnutí.[20]

[20] Zbylých 1,7 % respondentů nedokázalo posoudit délku správního řízení PnP. Tato skupina poskytovala služby primárně pro seniory nebo mladší seniory se zdravotním nebo tělesným postižením a s chronickým onemocněním.



Při zohlednění výše zmíněných odůvodněných faktorů, které se na prodloužení doby posouzení žádostí o PnP mohou podílet, vidíme, že **v 21,5 % případů je táto délka nepřiměřeně dlouhá**. Tento výsledek zcela koresponduje s přetrvávajícím v ČR nedodržování lhůt. Situaci ilustruje i to, že nejčastějšími podněty, se kterými se lidé obracejí na ombudsmana jsou již v průběhu několika let právě v oblasti sociálního zabezpečení (25 % za rok 2021). Přičemž 10 % v dané oblastí se týkalo právě PnP.[21]

K ještě výraznějšímu protahování dochází v případech, kdy se proti rozhodnutí ve věci přiznání nároku na PnP podává odvolání.

> *Není výjimkou, že od podání žádosti do nabytí právní moci odvolacího rozhodnutí uplyne i déle než rok. Není ani neobvyklé, že za tak dlouhou dobu, než se vše vyřeší a žadatel se příspěvku na péči dočká, se jeho zdravotní stav ještě více zhorší.*
>
> mluvčí kanceláře veřejného ochránce práv Iva Hrazdílková

Při srovnání v jednotlivých krajích, vidíme, že v Hlavním městě Praze a v Olomouckém kraji je délka správního řízení PnP vždy delší než 3 měsíce. Nejlépe se umístil Karlovarský kraj, kde v polovině případů bylo vydáno rozhodnutí v průběhu tří měsíců.

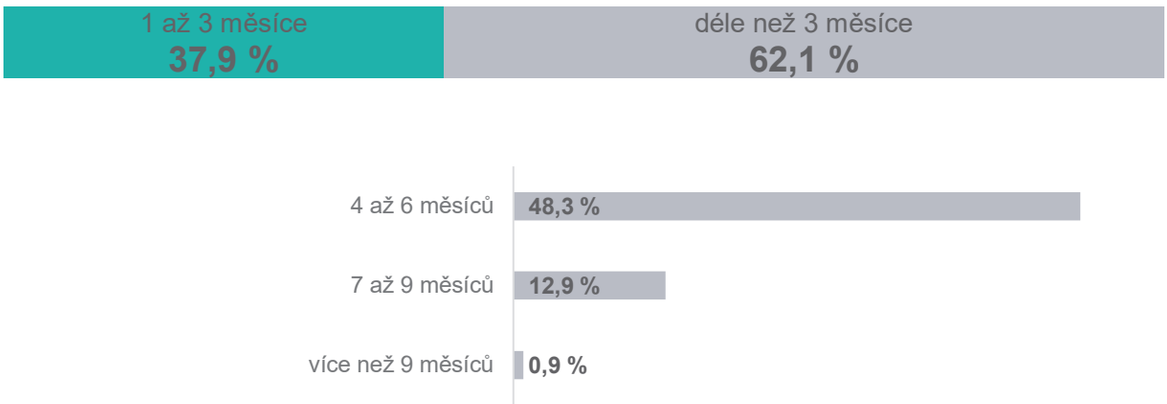
Tabulka 5: Délka správního řízení PnP od podání žádosti do vydání rozhodnutí v krajích (% odpovědí na krajském celku).

Kraj	1 až 3 měsíce	déle než 3 měsíce
Hlavní město Praha	0 %	100 %
Olomoucký kraj	0 %	100 %
Středočeský kraj	7 %	93 %
Ústecký kraj	8 %	92 %
Jihomoravský kraj	17 %	83 %
Kraj Vysočina	25 %	75 %
Moravskoslezský kraj	28 %	72 %
Liberecký kraj	29 %	71 %
Pardubický kraj	30 %	70 %
Plzeňský kraj	33 %	67 %
Zlínský kraj	33 %	67 %
Královéhradecký kraj	36 %	64 %
Jihočeský kraj	41 %	59 %
Karlovarský kraj	50 %	50 %

[21] Více viz Kancelář veřejného ochránce práv. (2022). Výroční zpráva roku 2021. Dostupné z: https://www.ochrance.cz/dokument/zpravy_pro_poslaneckou_snemovnu_2021/vyrocni-zprava-2021.pdf.

Mírně lepší situace je u doby vyhodnocování PnP při zahájení z moci úřední. Zde více jak třetina poskytovatelů uvedla, že rozhodnutí bylo vydáno do 3 měsíců od zahájení správního řízení. V této skupině PnP byl nižší i podíl žádostí vyřízených v průběhu více než 6 měsíců (13,8 % oproti 21,5 %).

Graf 25: Průměrná délka správního řízení PNP při zahájení z moci úřední – změna věku od 18 let do vydání rozhodnutí (poskytovatele pro relevantní cílové skupiny).



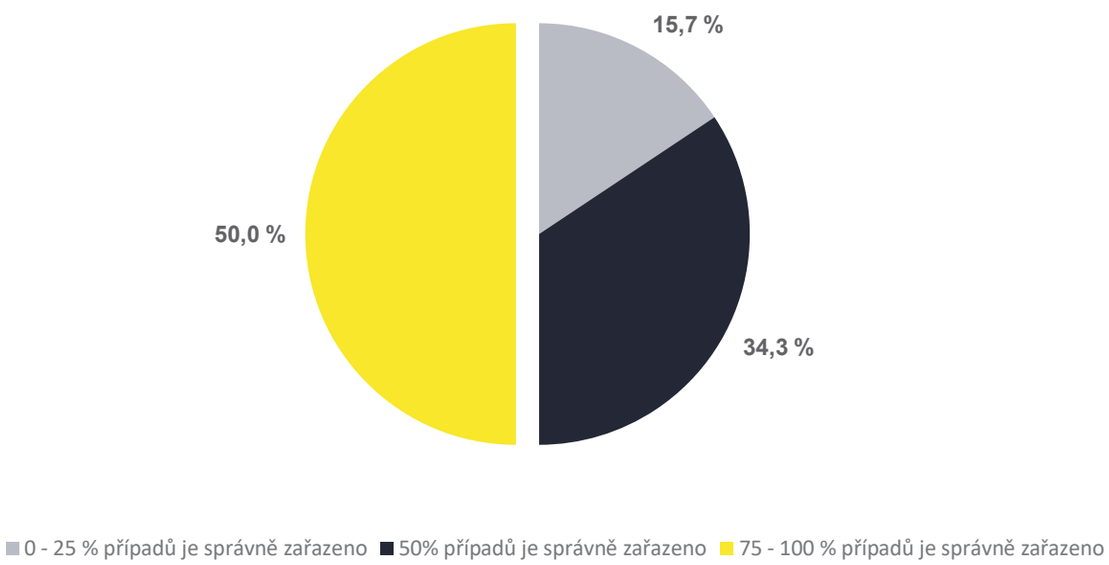
Z krajského pohledu nejvyšší podíl žádostí s délkou vyřizování přesahující 3 měsíce měly Olomoucký a Liberecký kraje (100 %). Nejvíce žádostí vyřízených do 3 měsíců bylo podobně jako v případě běžného řízení PnP zaznamenáno v Karlovarském kraji (60 %).

Tabulka 6: Délka správního řízení PNP při zahájení z moci úřední od podání žádosti do vydání rozhodnutí v krajích (% odpovědí na krajském celku).

Kraj	1 až 3 měsíce	déle než 3 měsíce
Olomoucký kraj	0 %	100 %
Liberecký kraj	0 %	100 %
Hlavní město Praha	17 %	83 %
Moravskoslezský kraj	25 %	75 %
Plzeňský kraj	29 %	71 %
Pardubický kraj	33 %	67 %
Ústecký kraj	38 %	63 %
Středočeský kraj	38 %	62 %
Zlínský kraj	40 %	60 %
Jihomoravský kraj	50 %	50 %
Královéhradecký kraj	50 %	50 %
Kraj Vysočina	56 %	44 %
Jihočeský kraj	58 %	42 %
Karlovarský kraj	60 %	40 %

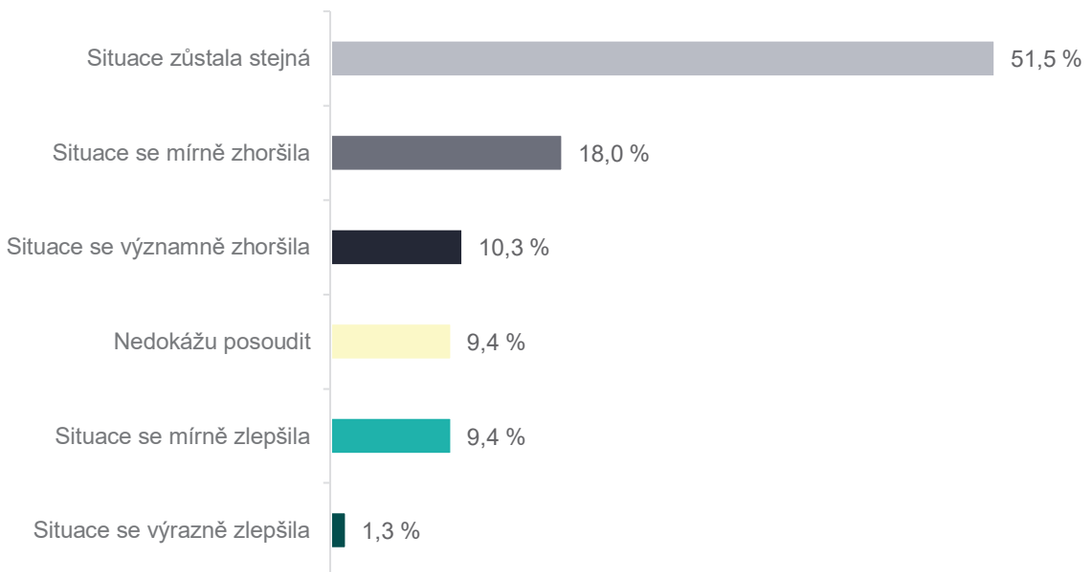
Dotazníkové šetření ukázalo, že pouze polovina poskytovatelů je toho názoru, že klienti jsou většinou (z 75 až 100 % případů) zařazen do správného stupně závislosti. 15,7 % respondentů vnímala správnost přiřazeného stupně pro PnP jako velmi nízkou (0 % až 25 %). Při odpovědi na tuto otázku 2 poskytovatelé poukázali na skutečnost, že často není brán v potaz závažný psychický stav klienta a že někdy při stavech po CMP nedochází ke snížení stupně PnP při následujícím šetření v případě zhoršení soběstačnosti.

Graf 26: Názory respondentů ohledně zařazení do správného stupně závislosti.



Poskytovatele byli rovněž dotazováni na vnímaný posunu ve stavu zařazení do správného stupně závislosti oproti roku 2021. Přibližně polovina byla názoru, že se situace v této oblasti neposunula ani jedním směrem, což odpovídá i podílu vnímané správnosti zařazení do správného stupně závislosti (50 %). Pouze 10,7 % respondentů odpověděla, že došlo ke zlepšení. Alarmující je **míra vnímaného zhoršení současného stavu**, kterou zaznamenala necelá třetina všech respondentů, a to konkrétně **28,3 %.** Nejvíce respondentů vnímajících mírné zhoršení stavu bylo v Moravskoslezském (15, 2 %) a Ústeckém (9,1 %) krajích. Ohledně výrazného zhoršení se nejvíce poskytovatelů vyjádřilo v Plzeňském a Středočeském krajích (6 %).

Graf 27: Vnímání současného stavu zařazení do správného stupně závislosti oproti roku 2021.

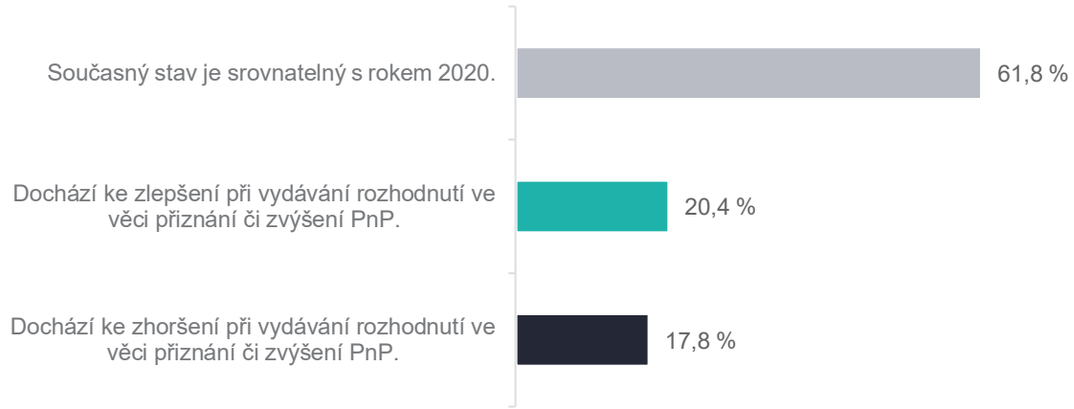


Vnímané změny ve stavu zařazení do správného stupně závislosti jsou v souladu i s celkovým vnímaným trendem v postupech týkajících se řízení a přiznání PnP. Zde ale byly

pozorovány mírně pozitivnější hodnocení posunu oproti roku 2020. Podle většiny respondentu se současný stav buď nezměnil, nebo se zlepšil (82,2 %).

V případě identifikované změny stavu poskytovatele služeb byli vyzváni ke kvantifikování takového posunu. Vnímané zhoršení situace se pohybovalo od 1 % až do 95 %. Pro zlepšení situace bylo toto rozpětí o něco menší – od 10 % do 100 %. Průměrná uvedená velikost změny v případě, že docházelo ke zhoršení situace byla o 8 p.b. vyšší než v případě zlepšení situace (42,6 % oproti 34,6 %).

Graf 28: Porovnání stavu řízení a přiznání PnP v roce 2020 se současným stavem.



Otevřené otázky

30 % dotazovaných se vyjádřila k jejich zkušenostem s přiznávání PnP u klientů s duševním onemocněním (celkem 104). **Polovina z nich uvedla, že výše přiznávání PnP u této skupiny klientů není adekvátní** a neodpovídá jejich skutečnému stavu a potřebám.

Obrázek 8: Vybrané odpovědi na otázku „Jakou máte zkušenost s přiznávání PnP u klientů s duševním onemocněním?“ (otevřená otázka).

„U klientů s duševním onemocněním se málo pracuje s faktem, že onemocnění je opravdu limituje v praktickém fungování.“

„Klienti se jeví jako samostatní, pohybují se samostatně, třeba i zvládnou samostatně cestovat, ale potřebují velkou podporu v oblastech, které sociální šetření neobsáhne.“

„Duševně nemocní dokážou dost často "klamat tělem", pak dochází k přiznání neadekvátního PnP“.

„Situace …ohledně přiznávání PnP u těchto klientů je standardně neodpovídající a podhodnocená“

„... zákon 108/2006 a prováděcí vyhláška, v platném znění, je v tomto směru situována spíše na tělesnou stránku ...“

„Kritéria přiznání PNP vůbec nezohledňují omezení lidí s duševním onemocněním (např. fyzicky je schopen se obléknout, ale nikdy to sám bez dopomoci neudělá - např. výběr vhodného oblečení atd.).“

„Dle mého názoru je mnoho těchto klientů fyzicky zdatných, ale díky duševnímu onemocnění je potřeba neustálý dohled. Většinou je jim přiznán I. nebo II. stupeň.“

„Duševní onemocnění nebývá často náležitě zohledněno. Takový člověk nezvládne tolik, na kolik vypadá, že by zvládnout mohl.“

Řada respondentů poukazovalo na systémový charakter nedostatečného zohlednění duševního onemocnění při posuzování žádostí o PnP. Mezi **identifikované negativní faktory**, které daný stav způsobují, patří zejména:

Na výše uvedené faktory poukazovali respondenti ve svých podnětech i ve vztahu k celkovému systému přiznání PnP. Nejčastěji se poskytovatelé vyjadřovali ke vnímané **subjektivitě hodnocení** na straně **posudkových lékařů**, kteří v některých případech nepřichází do styku se žadateli, a sociálních pracovníků, kteří ne vždy mají dostatek zkušeností se všemi cílovými skupinami.

Dalším početným tematickým okruhem byla **doba trvání posuzování žádostí o PnP**, přičemž třetina podnětů se týkala lékařských posudků nebo doby odvolání. Značná část podnětů byla zaměřena na **neodpovídající přiřazení stupně závislosti**. Polovina těchto podnětů cílila na osoby s duševním onemocněním. Na úrovni celého systému sociálního zabezpečení byla vytýkána absence zpětných kontrol využití PnPa nutnost přenést agendu související s PnP z ÚP na MPSV nebo OSSZ. Rovněž bylo poukazováno na podfinancování oblasti sociálního zabezpečení a nízkou výši PnP, která neodpovídá skutečným nákladům na sociální služby. Řada poskytovatelů se vyslovilo pro zasílání přiznaných příspěvků přímo poskytovatelům ambulantních a terénních služeb.

Seznam grafů

Graf 1: Vývoj indexu EDGI mezi lety 2012 a 2022. 10

Graf 2: Vztah občanů ČR k využití digitálních technologií vládou a veřejnými službami ČR v reakci na pandemii. 12

Graf 3: Počet zemí, které umožňují vyřízení vybraných služeb zcela nebo částečně online. 13

Graf 4: převažující věkové skupiny poskytovatelů sociálních služeb – výsledky dotazníkového šetření. 14

Graf 5: Převažující skupina klientů podle stupně závislosti vyjádřeném přiznaným stupněm PnP. 14

Graf 6: Očekávaný vývoj počtu příjemců na péči ve III. a IV. stupni závislosti do roku 2050. 15

Graf 7: Body, které by podle názorů Čechů měly být prioritami vlády ČR. 16

Graf 8: Vývoj výdajů MPSV na příspěvek na péči (v mld. Kč). 18

Graf 9: Průměrná délka správního řízení PNP od podání žádosti do vydání rozhodnutí. 20

Graf 10: Průměrná délka správního řízení PNP při zahájení z moci úřední – změna věku od 18 let do vydání rozhodnutí (poskytovatele pro relevantní cílové skupiny). 21

Graf 11: Názory respondentů ohledně zařazení do správného stupně závislosti. 23

Graf 12: Vnímání současného stavu zařazení do správného stupně závislosti oproti roku 2021. 24

Graf 13: Porovnání stavu řízení a přiznání PnP v roce 2020 se současným stavem. 24

Graf 14: Obsazenost kapacit k 30. 6. 2022. 28

Graf 15: Odmítnuté žádosti (podíl na celkovém počtu odmítnutých žádostí). 28

Graf 16: Ochota české veřejnosti sdílet své osobní údaje. 37

Graf 17: Vyslovená podpora veřejným subjektům při použití osobních údajů občanů pro plnění jednotlivých agend. 37

Graf 18: Převažující cílové skupiny. 45

Graf 19: Převažující věkové skupiny klientů. 46

Graf 20: Nejrozšířenější cílové skupiny v daných věkových kategoriích (pod 3 % jsou zahrnuty do "ostatních"). 46

Graf 21: Převažující skupina klientů podle stupně závislosti vyjádřeném přiznaným stupněm PnP. 47

Graf 22: Obsazenost kapacit k 30. 6. 2022. 47

Graf 23: Odmítnuté žádosti (podíl na celkovém počtu odmítnutých žádostí). 48

Graf 24: Průměrná délka správního řízení PNP od podání žádosti do vydání rozhodnutí. ... 48

Graf 25: Průměrná délka správního řízení PNP při zahájení z moci úřední – změna věku od 18 let do vydání rozhodnutí (poskytovatele pro relevantní cílové skupiny). 50

Graf 26: Názory respondentů ohledně zařazení do správného stupně závislosti. 51

Graf 27: Vnímání současného stavu zařazení do správného stupně závislosti oproti roku 2021. 51

Graf 28: Porovnání stavu řízení a přiznání PnP v roce 2020 se současným stavem. 52

Seznam obrázků

Obrázek 1: Metodologický základ analýzy. 8
Obrázek 2: Příspěvek na péči v číslech. 18
Obrázek 3: Vybrané odpovědí na otázku „Jakou máte zkušenost s přiznávání PnP u klientů s duševním onemocněním?“ (otevřená otázka). 25
Obrázek 4: Proces vyhledávání sociální služby a následného podání žádosti. 29
Obrázek 5: Podmínkou úspěšné a skutečné digitalizace je komplexní změna procesů. 36
Obrázek 6: Jak by se proces sociálního šetření mohl zjednodušit. 40
Obrázek 7: Implementace jednoho podání žádosti o sociální službu (současný a ideální stav) 42
Obrázek 8: Vybrané odpovědí na otázku „Jakou máte zkušenost s přiznávání PnP u klientů s duševním onemocněním?“ (otevřená otázka). 52

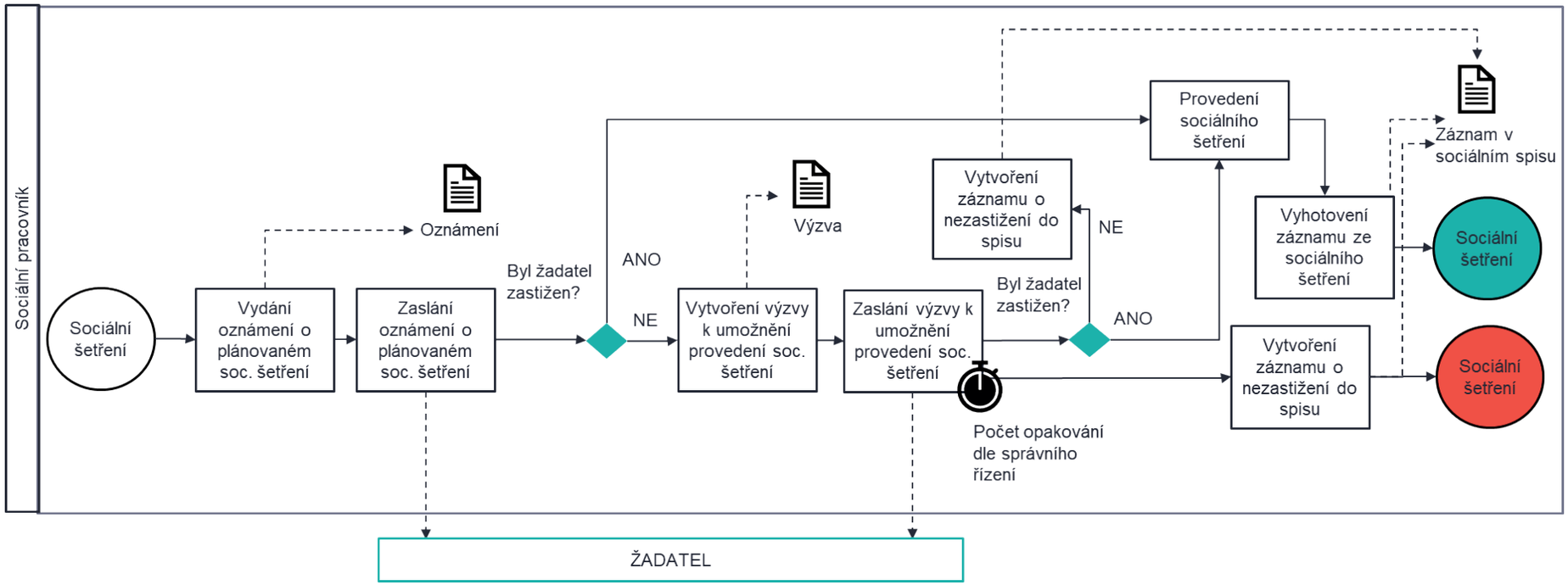
Seznam tabulek

Tabulka 1: Zastoupení respondentů dle krajů, kde poskytují služby. 8
Tabulka 2: Délka správního řízení PnP od podání žádosti do vydání rozhodnutí v krajích (% odpovědí na krajském celku). 21
Tabulka 3: Délka správního řízení PNP při zahájení z moci úřední od podání žádosti do vydání rozhodnutí v krajích (% odpovědí na krajském celku). 21
Tabulka 4: Pracovníci agend PnP a DOZP v přepočtu na obyvatelstvo v příslušných krajích a cílovou skupinu mladých a starších seniorů. 26
Tabulka 5: Délka správního řízení PnP od podání žádosti do vydání rozhodnutí v krajích (% odpovědí na krajském celku). 49
Tabulka 6: Délka správního řízení PNP při zahájení z moci úřední od podání žádosti do vydání rozhodnutí v krajích (% odpovědí na krajském celku). 50

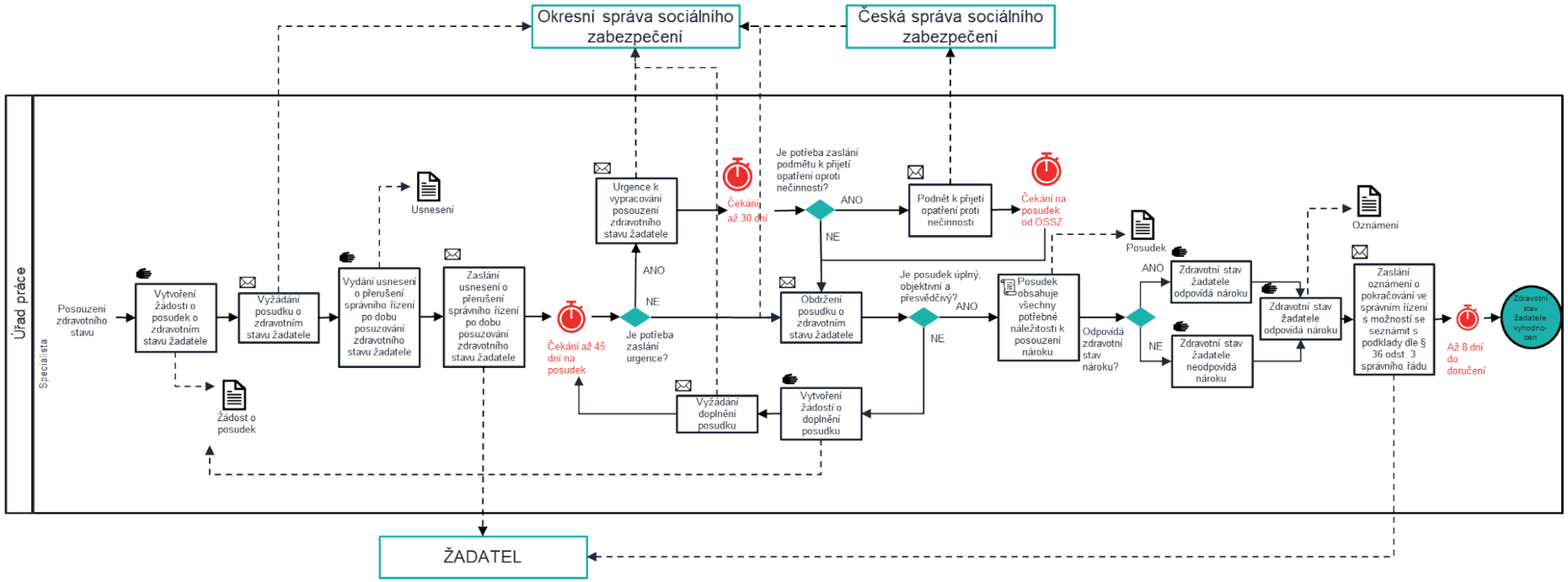
Zdroje

- ČSÚ. 2022. Věkové složení obyvatel podle pohlaví a základních věkových skupin. Dostupné z: https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vystup-objekt&pvo=DEM01&z=T&f=TABULKA&skupId=606&katalog=33156&pvo=DEM01&str=v33&evo=v1433_!_IK-CR-K_1&c=v3~2__RP2021MP12DP31#w=.
- ČTK. (2020). Pohled ombudsmana: Vyřizování příspěvků je v Česku zdlouhavé, žadatel někdy mezitím zemře. Dostupné z: https://www.tyden.cz/rubriky/domaci/vyrizovani-prispevku-je-v-cesku-zdlouhave-zadatel-nekdy-mezitim-zemre_549165.html.
- EK (2021). Policy Programme: a Path to the Digital Decade – factsheet. Dostupné z: https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/policy-programme-path-digital-decade-factsheet.
- EK (2022). Czech Republic in the Digital Economy and Society Index. Dostupné z: https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/desi-czech-republic.
- EK (n.d.). Europe's Digital Decade. Dostupné z: https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/europes-digital-decade.
- GŘ ÚP. (2022). Počty pracovníků krajských poboček ÚP.
- Horecký & Průša (2019).
- Ipsos. (2022). Závěrečná zpráva projektu Segmentace občanů: Česká republika.
- Kancelář veřejného ochránce práv. (2022). Výroční zpráva roku 2021. Dostupné z: https://www.ochrance.cz/dokument/zpravy_pro_poslaneckou_snemovnu_2021/vyrocni-zprava-2021.pdf.
- MPSV. (2019). Východiska reformy LPS. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/-/vychodiska-reformy-lps.
- MPSV. (2022). Informace o vyplacených dávkách. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/informace-o-vyplacenych-davkach.
- MPSV. (2022b). Registr poskytovatelů služeb. Dostupné na https://www.mpsv.cz/web/cz/registr-poskytovatelu-sluzeb.
- MPSV. (n.d.). Registr poskytovatelů sociálních služeb. Dostupné na http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1652709605321_3.
- OSN (2022). UN E-Government Knowledge base. Dostupné z: https://publicadministration.un.org/egovkb/en-us.
- Rozhovor s Ivanem Bartošem. Dostupné z: https://www.lupa.cz/clanky/ivan-bartos-statnim-ajtakum-musime-zvysit-platy-na-sto-tisic-znalosti-neco-stoji/.

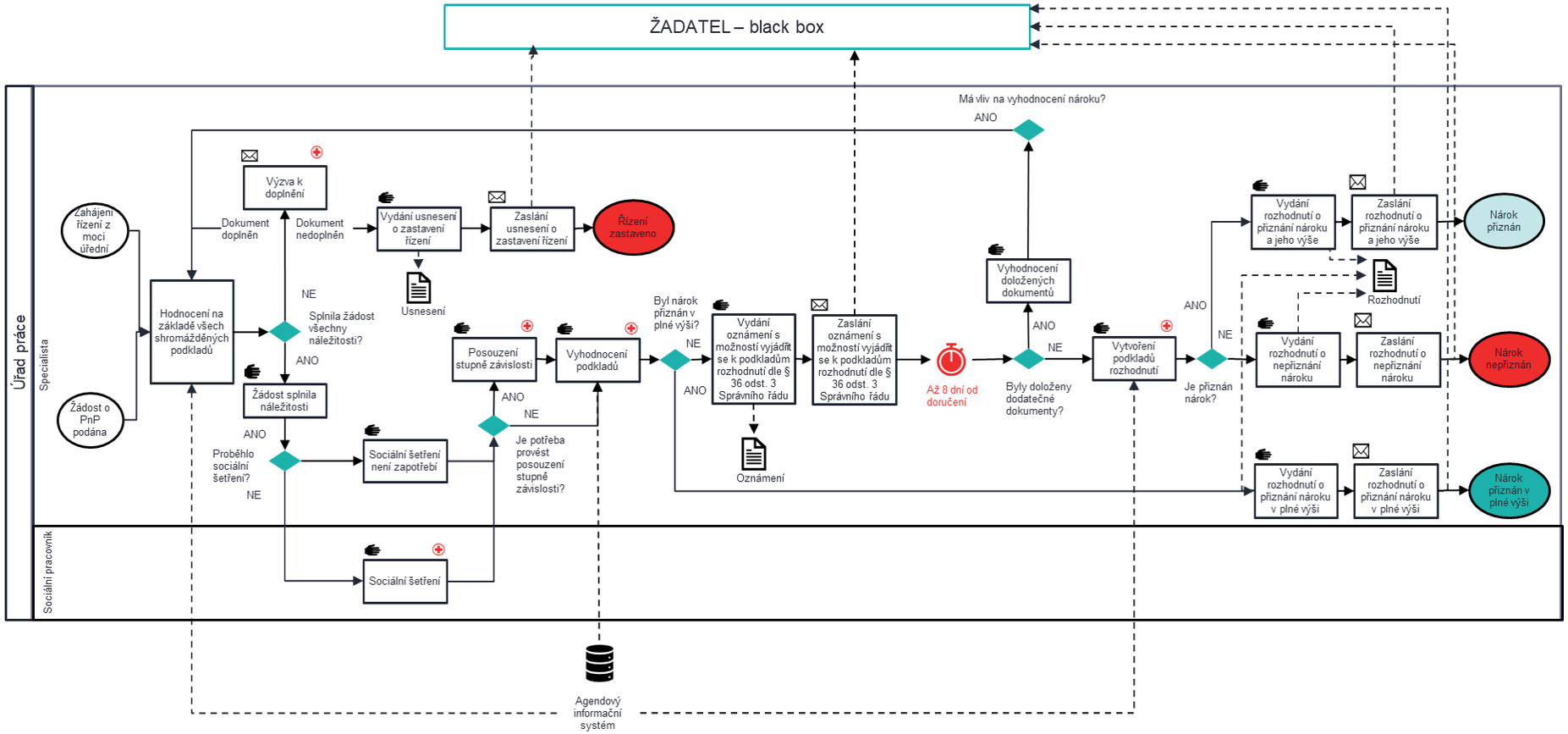
Příloha č. 1 - Sociální šetření, nejjednodušší proces v řízení o příspěvku



Příloha č. 2 – Proces posouzení stupně závislosti



Příloha č. 3 – Proces vyřizování příspěvku na péči



Aliance pro telemedicínu
a digitalizaci zdravotnictví
a sociálních služeb

Poslání Aliance, základní činnosti

- Aktivně podporujeme rozvoj digitalizace zdravotnictví a sociálních služeb v ČR.
- Poskytujeme informace a poradenství k využívání národních a evropských zdrojů.
- Jsme aktivním partnerem MZ ČR, MPSV ČR, zdravotních pojišťoven a krajů v oblasti rozvoje digitalizace zdravotnictví a sociálních služeb.
- Podporujeme profesně otevřená a vysoce zabezpečená úložiště zdravotních dokumentací v jednom datovém standardu tak, aby veškeří stávající i budoucí provideři mohli k těmto datům přistupovat a tato data sdílet mezi zdravotnickými zařízeními i dalšími institucemi autorizovanými k tomuto státem či státem pověřeným regulátorem s jasně legislativně ukotveným dodržováním lékařského tajemství, a navíc bez možnosti tato zdravotní data těžit čistě komerčně.
- Podporujeme realizaci národních a mezinárodních projektů v oblasti digitalizace, aktivní zapojení do konzorcií těchto projektů, možnost zapojení partnerů Aliance.
- Přinášíme inovativní řešení, příklady dobré praxe, znalosti a informace z jiných zemí aktivním propojením na evropské a světové struktury v oblasti digitalizace.
- Podporujeme odbornou diskusi (konference, kulaté stoly, newslettery, eventy, apod.).
- Podporujeme a aktivně přispíváme k medializaci telemedicíny a digitalizace.
- Propojujeme poskytovatele zdravotních a sociálních služeb a průmysl a IT společnosti (se zaměřením na digitalizaci).
- Jsme aktivně zapojeni v Digital Health Europe.

Součástí aliance jsou také Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR a Svaz zdravotních pojišťoven ČR.

STAŇTE SE I VY NAŠIMI ČLENY

www.atdz.cz

EY | Assurance | Tax | Transactions | Advisory

EY je předním celosvětovým poskytovatelem odborných poradenských služeb v oblasti auditu, daní, transakčního a podnikového poradenství. Znalost problematiky a kvalita služeb, které poskytujeme, přispívají k posilování důvěry v kapitálové trhy i v ekonomiky celého světa. Výjimečný lidský a odborný potenciál nám umožňuje hrát významnou roli při vytváření lepšího prostředí pro naše zaměstnance, klienty i pro širší společnost.

Název EY zahrnuje celosvětovou organizaci a může zahrnovat jednu či více členských firem Ernst & Young Global Limited, z nichž každá je samostatnou právnickou osobou. Ernst & Young Global Limited, britská společnost s ručením omezeným garancí, služby klientům neposkytuje. Informace o tom, jak EY shromažďuje a používá osobní údaje, a popis práv, která mají fyzické osoby podle právních předpisů o ochraně osobních údajů, jsou k dispozici na adrese ey.com/privacy. Pro podrobnější informace o naší organizaci navštivte prosím naše webové stránky ey.com.

© 2022 Ernst & Young, s.r.o. | Ernst & Young Audit, s.r.o. | E & Y Valuations s.r.o. |

EY Law advokátní kancelář, s.r.o.
Všechna práva vyhrazena.

ey.com