

Multidisciplinarita v posuzování nároku na příspěvek na péči - analýzy a doporučení: Podklad pro Hneleg

Hlavní výsledek projektu TB05MPSV007

Libor Musil, Olga Hubíková, Jana Havlíková, Kateřina Kubalčíková, Zuzana Durajová, Vlastimil Beran

Obsah

I. ÚVOD	3
I.1. ZADÁNÍ PROJEKTU A PŘEHLED DÍLČÍCH VÝSTUPŮ	3
I.2. VÝZKUMNÉ ČINNOSTI A POPIS ŘEŠENÍ	4
II. ANALÝZA SOUČASNÉ POSUDKOVÉ PRAXE V POSUZOVÁNÍ STUPNĚ ZÁVISLOSTI U PŘÍSPĚVKU NA PÉČI V ČR8	
II.1. VYMEZENÍ POJMU „POSUDKOVÁ PRAXE“	8
II. 2. KONCEPTUALIZACE POJMU „MULTIDISCIPLINARITA“	9
II.2.1. Podmínky víceoborové spolupráce	10
II.2.2. Uplatnění konceptu multidisciplinarity a podmínek víceoborové spolupráce v analýze současné posudkové praxe	11
II.3. ROZBOR STÁVAJÍCÍ POSUDKOVÉ PRAXE A IDENTIFIKACE RIZIK Z HLEDISKA UPLATNĚNÍ PLNOHODNOTNÉHO MULTIDISCIPLINÁRNÍHO PŘÍSTUPU V POSUZOVÁNÍ NÁROKU NA PŘÍSPĚVEK NA PÉČI	12
II.3.1. Současná pozice a role odborností sociální pracovníky agentury příspěvku na péči, praktický lékař pro dospělé a pro děti a dorost, lékař-specialita	12
II.3.2. Stávající nastavení spolupráce mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři z hlediska konceptu multidisciplinarity	21
II.4. IDENTIFIKACE RIZIKOVÝCH CÍLOVÝCH SKUPINY POSUZOVANÝCH OSOB V KONTEXTU SOUČASNÉ POSUDKOVÉ PRAXE	32
II.4.1. Způsoby vymezení rizikových skupin případů v kontextu stávající posudkové praxe	33
II.4.2. Důsledky nekonzistence posuzování některých typů případů pro vnímání posudkové praxe a silné a slabé stránky stávající posudkové praxe	36
III. ODBORNÉ KOMPETENCE POTŘEBNÉ K POSUZOVÁNÍ NÁROKU NA PŘÍSPĚVEK NA PÉČI VE VZTAHU K ÚČELU POSKYTOVÁNÍ DÁVKY	39
III. 1. ABSENCE JEDNOTNÉHO RÁMCE PRO DALŠÍ VZDĚLÁVÁNÍ V POSUDKOVÉ OBLASTI U PŘÍSPĚVKU NA PÉČI	39
III.2. NÁMĚTY SMĚŘUJÍCÍ KE ZKVALITNĚNÍ A SJEDNOCENÍ POSUDKOVÉ PRAXE	39
IV. DOPORUČENÍ K POSÍLENÍ A ROZŠÍŘENÍ PRVKU MULTIDISCIPLINARITY V POSUDKOVÉ PRAXI POSUZOVÁNÍ STUPNĚ ZÁVISLOSTI U PŘÍSPĚVKU NA PÉČI	42
IV.1. CÍLE NAVRHOVANÉHO MODELU MULTIDISCIPLINÁRNÍHO POSUZOVÁNÍ STUPNĚ ZÁVISLOSTI	42
IV.2. ŽÁDOUCÍ PARAMETRY MULTIDISCIPLINÁRNÍHO POSUZOVÁNÍ STUPNĚ ZÁVISLOSTI	43
IV.3. Tři fáze posílení a rozšíření multidisciplinarity v posudkové praxi posuzování stupně závislosti u příspěvku na péči	45
IV.3.1. Fáze I: Zajištění větší kompatibility a využitelnosti podkladů vstupujících do posuzování stupně závislosti	45
IV.3.2. Fáze II: Posílení a rozvoj spolupráce mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři agentury příspěvku na péči	47
IV.3.3. Fáze III: Rozšíření posuzování stupně závislosti o multidisciplinární posouzení v širším týmu	51
IV.4. POZITIVNÍ DOPADY, RIZIKA A NÁKLADY NA ZAVEDENÍ MULTIDISCIPLINÁRNÍHO POSUZOVÁNÍ	59
IV.4. 1. Rizika a přínosy navrhovaných změn	60
IV.4.2. Ekonomické a demografické souvislosti zavedení inovací multidisciplinárního hodnocení	63
V. ZÁVĚR	72
ZDROJE	73
PŘÍLOHA: VLIV PRÁVNÍ ÚPRAVY POSUZOVÁNÍ NÁROKU NA PŘÍSPĚVEK NA PÉČI NA POJETÍ MULTIDISCIPLINARITY POSUZOVÁNÍ V SOUČASNÉ PRAXI	75

I. Úvod

I.1. Zadání projektu a přehled dílčích výstupů

Výzkumný projekt TB05MPSV007 *Multidisciplinarita v posuzování nároku na příspěvek na péči* realizoval Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i., výzkumné centrum Brno, v období březen – listopad 2016. Výzkum je financován Technologickou agenturou ČR v rámci programu Beta. Zadavatelem výzkumu a odběratelem jeho výstupů je MPSV ČR. V rámci projektu byla naplánována a provedena řada výzkumných aktivit (viz níže kap. II.1.) zaměřených na dosažení cílů dle zadání projektu. Řešení probíhalo v úzké kontinuální spolupráci mezi zadavatelem projektu a jeho řešitelem.

Cílem výzkumného projektu bylo získat poznatky o tom, jaké pojetí multidisciplinarity při posuzování stupně závislosti v příspěvku na péči je v současné době uplatňováno, a to zejména s ohledem na pozici odbornosti sociální práce v tomto posouzení a s ohledem na účel této dávky a potřeby žadatelů. Výzkumný projekt se dle zadání projektu orientoval na dvě oblasti:

1. popis parametrů stávající praxe z vybraných hledisek a zejména s ohledem na možnosti uplatňování multidisciplinárního přístupu;
2. návrh úpravy či změny stávající praxe tak, aby docházelo k většímu uplatnění multidisciplinárního přístupu.

V rámci první oblasti, tzn. analýzy současné praxe, bylo třeba se dle zadání soustředit zejm. na vliv právní úpravy na současné pojetí multidisciplinarity; dále na identifikaci rizik z hlediska uplatnění multidisciplinárního přístupu v posuzování nároku na příspěvek na péči a dopady těchto rizik na cílové skupiny posuzovaných, např. dle typu disability. Druhá řešená oblast, tj. návrh varianty posuzování nároku na příspěvek na péči, která by představovala plnohodnotné uplatnění multidisciplinárního přístupu v posuzování nároku na příspěvek na péči, má dle zadání zahrnovat především návrh složení multidisciplinárního týmu z hlediska odbornosti, počtu členů, odborných kompetencí, dále různých typů podmínek fungování týmu a zhodnocení dopadů, tj. rizik, přínosů a nákladů navrhovaných inovací.

Předkládaná zpráva z výzkumného projektu prezentuje výstupy a návrhy ve struktuře, která v největší možné míře odpovídá struktuře a detailům zadání obsažených v projektové dokumentaci k tomuto projektu. Některé části – kapitoly či podkapitoly jsou oproti zadání projektu uspořádány v jiném pořadí, tak aby na sebe logicky navazovaly. Kromě toho byly určité části ještě doplněny nad rámec zadání projektu, a to v zájmu zachování ucelenosti a konsistence prezentovaných poznatků.

Tato zpráva je syntézou poznatků z řady dílčích výzkumných činností, které byly realizovány s cílem naplnit výše shrnuté a v zadávací dokumentaci podrobněji rozpracované zadání projektu. Každá z výzkumných činností, ale přinesla i další poznatky týkající se posudkové praxe a jejího kontextu v ČR, případně popisující specifika a řešení posudkové praxe ve vybraných evropských zemích.¹ Stejně tak v této zprávě téměř nefigurují výchozí data (kvalitativní, kvantitativní), která z výzkumu vzešla a na jejichž základě jsme dospěli k prezentovaným poznatkům - tzn. v této zprávě téměř neuvádíme citace z kvalitativních rozhovorů nebo kvantitativní data z obou kvantitativních šetření (viz níže kap. II.1.) - zabýváme se zde především poznatky a závěry, případně doporučeními, které z těchto dat, jejich analýzy a syntézy plynou.

¹ To, že poznatky zde nejsou v plné šíři prezentovány, neznamená, že přesahují rámec zadání projektu. Slouží k pochopení komplexnosti a vzájemné provázanosti prvků a parametrů systému příspěvku na péči. Bez takového vhledu není možné ani analyzovat posudkovou praxi, ani navrhnout její změny

Protože se domníváme, že podrobnější výstupy z těchto dílčích výzkumných činností, včetně relevantních dat mohou být využity i samostatně a mohou také přinášet hlubší a plastičtější vhled do nuancí problematiky posudkové praxe v oblasti posuzování nároku na příspěvek na péči, případně mohou posloužit i jako opora při koncipování i jiných změn či inovací týkajících se posudkové praxe v příspěvku na péči, než jsou opatření na posílení multidisciplinarity, byl z každé z těchto výzkumných činností, s výjimkou jedné, vytvořen samostatný ucelený výstup. K dispozici tedy je, kromě této závěrečné zprávy, také těchto devět samostatných výstupů:

- 1) sekundární analýza kvalitativních dat týkajících se multidisciplinarity v současné posudkové praxi v posuzování příspěvku na péči;
- 2) analýza dat získaných v rámci fokusní skupiny určené pro zástupce sdružení a organizací osob s různými typy zdravotních handicapů;
- 3) analýza dat z kvalitativní studie praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost;
- 4) analýza kasuistik;
- 5) popis vybraných parametrů posudkové praxe v Rakousku;
- 6) popis vybraných parametrů posudkové praxe v Anglii;
- 7) popis vybraných parametrů posudkové praxe v Slovenské republice;
- 8) analytická zpráva z kvantitativního šetření pracovníků agendy příspěvku na péči při kontaktních pracovištích ÚP ČR;
- 9) analytická zpráva z kvantitativního šetření posudkových lékařů Lékařské posudkové služby zabývajících se posuzováním stupně závislosti.

Jediná z dílčích výzkumných činností, z níž nebyl pořízen samostatný výstup, je expertní fokusní skupina, a to vzhledem k zaměření a využití poznatků z této fokusní skupiny. Tato fokusní skupina byla realizována jako poslední výzkumná aktivita a jejím předmětem bylo zvažování různých praktických možností a podmínek nastavení multidisciplinárního posouzení v posuzování nároku na příspěvek na péči v podmínkách ČR a ve světle zkušeností zástupců různých odborností participujících na této fokusní skupině. Vzhledem k tomu, že poznatky, návrhy a doporučení získané prostřednictvím této klíčové fokusní skupiny jsou na rozdíl od výstupů z ostatních dílčích výzkumných aktivit využity téměř beze zbytku v této závěrečné zprávě, považujeme za redundantní zpracovávat ještě separátní výstup z této fokusní skupiny.

1.2. Výzkumné činnosti a popis řešení

V této části podrobněji přibližujeme jednotlivé výzkumné činnosti, abychom zprostředkovali uživateli této zprávy lepší představu o tom, jaká data byla při jejím koncipování využita a jak byla tato data získána. Pro podrobnější informaci doporučujeme nahlédnout do výše zmíněných dílčích výstupů z těchto výzkumných činností. V rámci splnění zadání výzkumného projektu byly realizovány následující výzkumné činnosti, přibližně v následujícím pořadí (s tím, že někdy se realizace několika výzkumných činností více či méně časově překrývala):

Kvalitativní sekundární analýza – vychází z dat shromážděných v rámci řešení výzkumného projektu TD020037 „Využívání poznatků sociálního šetření v sociální práci se žadateli o příspěvek na péči“. Jedná se o obsáhlý a komplexní soubor kvalitativních dat získaných v rámci dvou fází sběru dat - extenzivního dotazování sociálních pracovníků agendy PnP na 24 losem vybraných kontaktních pracovištích ÚP ČR a

dále pak o kvalitativní rozhovory z celkem 6 případových studií, do nichž byli zahrnuti sociální pracovníci příslušného obecního úřadu, lékaři Lékařské posudkové služby příslušné OSSZ, klienti agendy PnP (tj. úspěšní i neúspěšní žadatelé o PnP, příjemci PnP), rodinní pečující, sociální pracovníci služeb sociální péče zaměřené na seniory či osoby s postižením. Z obou fází výzkumu jsme měli k dispozici kvalitativní rozhovory s celkem 74 osobami, v souhrnné délce 69 hodin v přepisech čítajících celkem dohromady 1866 normostran textu. Z těchto primárních dat jsme pro sekundární analýzu vytipovali a využil ta, která z hlediska vyžitých teoretických konceptů multidisciplinarity (zejm. Choi, Pak, 2006, 2007; Couturier, 2008) aplikovaných na oblast sociální práce, byla relevantní. Tato data pak byla analyzována z hlediska vybraného modelu multidisciplinární spolupráce, jeho dílčích parametrů a podmínek a překážek uplatnění multidisciplinární spolupráce.

Analýza zahraniční posudkové praxe – na základě dostupných zdrojů, zejména relevantních zákonných a podzákonných norem, metodik a metodických pokynů bylo popsáno, jakým způsobem je nastaveno posuzování nároku na dávky/služby směřované k podpoře osob dlouhodobě závislých na péči jiné osoby ve Slovenské republice, v Anglii a v Rakousku. Tedy zejména kdo a podle jakých kritérií o nároku rozhoduje, jakým způsobem posuzovatelé rozhodují a jak spolu komunikují, pokud se posouzení účastní více odborností, co je výsledkem posouzení, případně jak posouzení nároku je či není navázáno na zajištění či zprostředkování další pomoci, atd.

Fokusní skupina I – se zástupci sdružení a organizací osob s různými typy zdravotních handicapů. Skupina byla složena ze 14 účastníků z celkem 13 různých organizací. Jednalo se o širokou varietu organizací zastupujících osoby s různými typy zdravotních handicapů a omezení, sestavenou tak, aby bylo mimo jiné možné zachytit, jakým způsobem z hlediska různých dílčích cílových skupin žadatelů a příjemců příspěvku na péči a variability disabilit příspěvek na péči funguje, zejm. na jaké limity a bariéry mohou osoby s různými typy disabilit narážet, resp. spolky, platformy, organizací, které hájí zájmy a pomáhají lidem s tělesnými postiženími, smyslovým postižením, mentálním postižením, s autismem, metabolickými poruchami, revmatickými chorobami, duševními nemocemi, případně s kombinacemi postižení atd., a to jak u dospělých tak dětí. Účastníci pocházeli z různých míst ČR, přičemž někteří zastupovali organizace s lokální působností, další organizace, které působí ve více oblastech ČR a jiní organizace s působností celostátní. To mj. umožnilo porovnávat rozdíly v posudkové praxi v různých lokalitách ČR. Tematicky byla fokusní skupina zaměřena na stávající posudkovou praxi z hlediska toho, co v této praxi dle zkušeností účastníků fokusní skupiny v oblasti posuzování stupně závislosti vnímají jako to, co funguje, dále to, co nefunguje a kde se generují rizika pro různé cílové skupiny žadatelů, a dále co by bylo dobré změnit, s akcentem na očekávané přínosy různých možností multidisciplinárního posouzení.

Analýza kasuistik – cílem této výzkumné činnosti bylo rozšířit a prohloubit poznatky o tom, jaké typy disabilit jsou v současné posudkové praxi (potenciálně) rizikové a především z jakých důvodů. O poskytnutí kazuistik bylo požádáno celkem 120 organizací, které se zabývají pomocí či sdružují osoby s různými typy zdravotních handicapů. Do analýzy kasuistik byly zařazeny případy, které splňovaly předem dané podmínky: 1. žádost o příspěvek na péči, která se jeví z hlediska stávající posudkové praxe a současných posudkových kritérií jako problematická, obtížně posouditelná či sporná; 2. posudková praxe, posuzovací kritéria či způsob uplatnění těchto kritérií podle názoru oslovené organizace vedl k tomu, že stupeň závislosti nebyl posouzen způsobem, který odpovídá skutečné potřebě péče, a žadateli tak nebyl příspěvek na péči přiznán či byl přiznán ve výrazně nižším stupni, než by bylo podle jejich

názoru adekvátní, tzn. jednalo se dle odhadu oslovené organizace o rozdíl dvou či tří stupňů závislosti; 3. jedná se o poměrně aktuální případ - nejlépe starý rok a méně.

Analýza kasuistik byla důležitá ze dvou důvodů: přispěla ke zpřesnění poznatků o tom, 1. pro jaké typy zdravotních omezení, případně i pro jaké diagnózy není stávající způsob posuzování stupně závislosti (včetně např. stávajících posudkových kritérií) vhodně nastaven; 2. v jakých typech případů je větší riziko, že posouzení bude vnímáno jako výrazně neadekvátní, či „nespravedlivé“ a je větší pravděpodobnost, že bude docházet k odvoláním či dokonce k soudním sporům, či k opakovaným žádostem apod. Lze předpokládat, že se jedná o typy případů, které by v rámci posuzování mohly vyžadovat diferencovanější přístup, ev. zapojení multidisciplinárního týmu.

Kvalitativní šetření praktických lékařů – do výzkumu byli zařazeni praktičtí lékaři pro dospělé a praktičtí lékaři pro děti a dorost z různých lokalit v České republice, kteří v rámci své praxe mají vlastní zkušenosti s vyplňováním tiskopisu pro ČSSZ pro potřeby určení stupně závislosti. Byla zastoupena města různých velikostí a rovněž venkovské oblasti Čech i Moravy. Jednalo se v rámci studií týkajících se posuzování stupně závislosti o první sondu tohoto typu vůbec, proto byl preferovanou technikou polostandardizovaný kvalitativní rozhovor, kvantitativní výzkum formou dotazníkového šetření by validní a reliabilní výsledky nepřinesl, neboť nejsou k dispozici poznatky, z nichž by bylo možné vyjít při tvorbě standardizovaného výzkumného nástroje. Scénář polostrukturovaných rozhovorů byl koncipován především na základě poznatků z předchozích výzkumů, tj. na základě identifikování oblastí, v nichž jiní aktéři relevantní v rámci řízení o PnP spatřovali potíže či překážky (viz výše). Dále jsme zařadili témata týkající se vlastního vnímání své role a vlastních možností praktických lékařů v rámci systému příspěvku na péči spolu s tím, jak celkově tito lékaři příspěvek na péči jako typ dávky vnímají a jaké povědomí o něm mají. Bylo uskutečněno celkem 32 polostrukturovaných rozhovorů s 21 praktickými lékaři pro dospělé a s 11 praktickými lékaři pro děti a dorost. Analýza dat byla provedena s využitím programu Atlas/ti.

Kvantitativní dotazníkové šetření pracovníků agendy PnP – dotazníkové šetření zaměřené na pracovníky agendy PnP² bylo koncipováno jako vyčerpávající, tzn., nevytvářeli jsme výběrový soubor z pracovníků agendy PnP, ale naším cílem bylo oslovit všechny pracovníky agendy PnP na všech kontaktních pracovištích v ČR. Po konzultacích s pověřenými pracovníky MPSV a GŘ ÚP ČR jsme neomezili výzkum pouze na pracovníky zařazené na pracovní pozici „sociální pracovník“, ale zahrnuli jsme do výzkumu i vedoucí pracovníky a referenty, neboť pracovní zařazení jiné, než sociální pracovník neznamena, že se daný pracovník nezabývá i činnostmi spojenými s agendou příspěvku na péči - řada vedoucích pracovníků i referentů má například kvalifikaci, která je předpokladem pro výkon činností sociální práce, a tyto činnosti také v agendě příspěvku vykonávají. Z celkem 1251 oslovených pracovníků všech kontaktních pracovišť ÚP ČR na naši výzvu, aby se zapojili do dotazníkového šetření, reagovalo celkem 1046 pracovníků. Přičemž 737 pracovníků vyplnilo dotazník a 309 uvedlo, že se agendou PnP nezabývají. To znamená, že celkově se do výzkumu zapojilo okolo 83% oslovených respondentů.

Dotazníkové šetření bylo anonymní a bylo provedeno formou on-line dotazování, s využitím software Remark Web Survey 5.3. Výzkumný nástroj byl vytvořen na základě předchozích poznatků o fungování agendy PnP a posuzování stupně závislosti a na základě konzultací s pověřenými osobami z MPSV ČR i

² V dalším textu jsou všichni, kdo vykonávají v rámci agendy (také) činnosti sociální práce a mají vzdělání, které zákon ukládá pro výkon sociální práce, označovány jako „sociální pracovníci“ bez ohledu na formální pracovní zařazení.

generálního ředitelství Úřadu práce ČR. Dotazník byl tematicky členěn do několika částí, kdy cílem bylo zmapovat nejen relevantní oblasti současné posudkové praxe, jako je zejména organizace vyřizování žádostí, struktura činností pracovníků, spolupráce s posudkovým lékařem atd., ale i zkušenosti, názory a postoje pracovníků, které se týkají případných změn v nastavení posudkové praxe, v rolích jednotlivých odborností, jejich spolupráce a podmínkách spolupráce, možností zapojení dalších odborností, využití multidisciplinárního týmu atd. Získaná data byla analyzována s využitím statistického softwaru SPSS 17.

Kvantitativní dotazníkové šetření posudkových lékařů – kvantitativní dotazníkové šetření navazovalo na předchozí výzkumné aktivity, tzn. sloužilo k ověření a rozšíření poznatků získaných v rámci předchozích výzkumných aktivit uskutečněných v rámci řešení tohoto projektu a obsahově bylo komplementární k dotazníkovému šetření pracovníků agentury příspěvku na péči (viz výše). To znamená, že tematicky se dotazníky pro pracovníky agentury PnP doplňovaly a některé části byly identické, či téměř identické. Také v případě výzkumu posudkových lékařů jsme zjišťovali nejen jejich zkušenosti se stávajícím fungováním posudkové praxe v oblasti posuzování stupně závislosti, ale také názory posudkových lékařů na to, jaké změny této praxe jsou z jejich hlediska možné či žádoucí a které nikoliv, s důrazem na možnosti multidisciplinárního posuzování.

Dotazníkové šetření bylo provedeno stejným způsobem, jako šetření pracovníků agentury příspěvku na péči, tzn. bylo koncipováno jako plně anonymní dotazování, které rovněž proběhlo on-line formou s využitím software Remark Web Survey 5.3. Celkově bylo získáno 194 dotazníků vyplněných těmi posudkovými lékaři, jejichž posudková činnost v době výzkumu zahrnovala v nějaké míře i posuzování stupně závislosti, a mohli tedy vyplnit všechny otázky týkající se zkoumané problematiky. Shromážděná data byla analyzována s využitím statistického softwaru SPSS 17.

Fokusní skupina II – jednalo se o expertní fokusní skupinu složenou z odborníků, kteří mají zkušenosti či povědomí o problematice posuzování příspěvku na péči a zároveň zastupovali odbornosti, které by mohly být relevantní při zvažování variant složení multidisciplinárního týmu pro posuzování stupně závislosti. Kromě zástupců posudkových lékařů a sociálních pracovníků agentury příspěvku na péči se expertní fokusní skupiny zúčastnili zástupci takových oborů, jako je pediatrie, pedopsychiatrie, sociální práce s různými cílovými skupinami, geriatrie, speciální pedagogika, psychiatrie, psychologie. Cílem fokusní skupiny bylo na základě dosavadních výzkumných poznatků a zkušeností z praxe pozvaných odborníků diskutovat varianty uplatnění multidisciplinárního rozhodování v oblasti posuzování nároku na příspěvek na péči, zejm.: možnosti složení multidisciplinárního týmu; počet jeho členů a odborností; role jednotlivých odborníků při posuzování stupně závislosti; personální zajištění a identifikace rizik personálního zajištění; procesní podmínky a prostředí pro aplikaci multidisciplinárního přístupu; podmínky pro spolupráci různých odborností v procesu posuzování; organizační podmínky zavedení multidisciplinárního hodnocení atd.

Odborný workshop – byl využit k prezentaci a reflexi získaných poznatků zejména zástupcům relevantních řídicích orgánů, k diskusi jejich využití při tvorbě politik a k získání zpětné vazby k možnostem implementace variantních řešení podpory multidisciplinárního přístupu a formulovaných doporučení.

II. Analýza současné posudkové praxe v posuzování stupně závislosti u příspěvku na péči v ČR

V této části závěrečného výstupu přinášíme shrnutí a syntézu poznatků o tom, jak funguje současná posudková praxe (kap. II.3.), a to zejména z hlediska postavení a role jednotlivých odborností zapojených do procesu posuzování stupně závislosti, tj. posudkových lékařů a sociálních pracovníků agendy příspěvku na péči a také praktických lékařů, jejichž podklady mají v posuzování stupně závislosti významné místo, případně i jaká je role dalších specialistů. Dále se zabýváme podrobněji, zvláště s ohledem na koncept multidisciplinarity, parametry spolupráce mezi sociálním pracovníkem agendy příspěvku na péči a posudkovým lékařem. V samostatné podkapitole se pak věnujeme identifikaci rizikových cílových skupiny posuzovaných osob v kontextu současné posudkové praxe (kap. II.4.).

Kapitolu otevíráme vymezením klíčových pojmů a toho, jak tyto pojmy pro potřeby našeho výzkumu a našich analýz chápeme, definujeme a používáme. Jedná se o pojem „posudková praxe“, kterou chápeme vzhledem k zadání projektu v poměrně širokém smyslu (viz níže kap. II.1.). Dále pak o pojem či koncept „multidisciplinarita“, kde je potřeba především stanovit určité vlastnosti a indikátory multidisciplinarity, které usnadní analýzu stávajícího modelu spolupráce mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem a také vymezit podmínky uplatnění multidisciplinárního přístupu (viz kap. II.2.).

II.1. Vymezení pojmu „posudková praxe“

Pro potřeby našeho výzkumu bylo nutné upřesnit, v jakém smyslu pojmáme a používáme pojem „posudková praxe“. Při definování pojmu „posudková praxe“ vycházíme z toho, že do konečného výsledku celého procesu vyřizování nároku na příspěvek na péči a posuzování stupně závislosti se promítá řada okolností, resp., že tento proces závisí na mnoha faktorech a podmínkách. Jinak řečeno, jen část „posudkové praxe“ se odehrává přímo „na stole“ posudkových lékařů – toto by odpovídalo užšímu chápání posudkové praxe.

Pro potřeby tohoto výzkumného projektu a vzhledem k jeho zadání chápeme pojem „posudková praxe“ mnohem šířeji než pouze jako činnosti, které vykonává posudkový lékař při posuzování stupně závislosti, byť je to samozřejmě klíčový moment celé posudkové praxe. V kontextu našeho výzkumu pracujeme tedy s širším pojetím posudkové praxe a do této praxe zahrnujeme zejména také:

- *informace*, které do posouzení vstupují, a způsoby, jak byly získány, a zdroje, ze kterých byly získány;
- *způsob, jakým jsou tyto informace zpracovány a zohledňovány;*
- *činnosti a postupy*, které vedou ke stanovení stupně závislosti od sociálního šetření po vydání rozhodnutí;
- *zúčastněné obory/odborníky a kompetence*, které využívají;
- *míru a způsob provázanosti činností, postupů a míru spolupráce zúčastněných odborníků a dalších aktérů;*
- *to vše v rámci daném platnou právní úpravou a především způsobem jejího výkladu a uplatňování;*
- *situačně další faktory, které mohou ovlivnit výsledek řízení o příspěvek na péči.*

Z hlediska ještě širšího pohledu by bylo možné do posudkové praxe zařadit i další procesy a činnosti a způsoby jejich provádění, zejména ty spojené s odvoláním a prací posudkové komise MPSV. Byť je toto relevantní součást posudkové praxe, v našem projektu toto víceméně ponecháváme stranou.

Těžiště výzkumu spočívá ve zhodnocení a navržení změn standardních fází řízení o příspěvek na péči, tedy ve výše vymezených oblastech, optimálně pak s cílem zlepšení této praxe tak, aby došlo k poklesu nutnosti využívat opravné prostředky, tedy i odvolání.

II. 2. Konceptualizace pojmu „multidisciplinarita“

Z hlediska problematiky víceoborové spolupráce, ať již v posuzování stupně závislosti u příspěvku na péči či v jiných oblastech, je třeba si nejprve uvědomit, že ne každá činnost, která vyžaduje zapojení více oborů, se tím automaticky stává oblastí uplatňování multidisciplinárního přístupu. Může jít i o jinou formu víceoborové spolupráce, případně mohou nastat situace, kdy navzdory zapojení více oborů nelze o skutečné víceoborovosti hovořit vůbec.

To, zda a jakým způsobem se jednotlivé obory do dané činnosti v praxi zapojují, je třeba zvážit z různých hledisek. Níže uvedená tabulka 1 přináší shrnutí hlavních charakteristik dvou hlavních typů spolupráce, **multidisciplinarity a interdisciplinarity**.

Z hlediska zadání projektu, který se soustředí na téma multidisciplinarity v oblasti posuzování nároku na příspěvek na péči je vhodné tyto dílčí charakteristiky jednotlivých způsobů víceoborové spolupráce uvést, neboť kromě toho, že toto slouží jako opora analýzy současné praxe, lze s pomocí tohoto upřesnění lépe zvažovat, zda všechny žádoucí kroky směrem k změnám v oblasti spolupráce při stanovování stupně závislosti mají vést k posílení multidisciplinarity, či zda se nejedná i o prvky interdisciplinárního přístupu (např. v oblasti cílů, v povaze výsledku, viz tabulka č. 1).

Tabulka 1. Stručné charakteristiky multidisciplinarity a interdisciplinarity dle vybraných dimenzí - zpracováno dle Choi, Pak, 2006; 2007.

Dimenze	TYPY SPOLUPRÁCE	
	Multidisciplinarita	Interdisciplinarita
Cíle	Individuální cíle v rámci jednotlivých oborů či profesí (<i>ale nesmějí se vzájemně vylučovat</i>)	Sdílené cíle
Způsob zapojení oborů	Práce <u>za účasti</u> více disciplín	Spolupráce <u>mezi</u> více disciplínami
Způsob (spolu) práce odborníků	Příslušníci různých oborů pracují nezávisle na různých aspektech projektu, pracují <u>paralelně</u> nebo <u>návazně</u> .	Příslušníci různých oborů pracují na stejném projektu <u>společně</u>
Metodologie	Oddělené metodologie (<i>ale vhodná je obeznámenost s tím, jak pracují ostatní obory</i>)	Společná metodologie
Míra setrvání v roli dané odbornosti	Účastníci mají oddělené <u>ale vzájemně propojené</u> role; účastníci si udržují vlastní oborové role	Účastníci mají společné role; účastníci se vzdávají některých aspektů svých vlastních oborových rolí, ale stále si zachovávají oborově specifickou základnu
Udržování hranic oborů	Nezpochybňuje hranice oborů	Rozostřuje hranice oborů
Využívání poznatků oborů	Instrumentální; využívá <u>komplementární znalosti</u> a perspektivy při řešení otázky; souhrn, juxtapozice oborů, <u>aditivní přístup</u>	Epistemologický; vytváření nového vědění nebo nových perspektiv, integrace a

		syntéza oborů (dokonce vznik nových oborů)
Povaha výstupu	<u>Výsledek je sumou jednotlivých částí</u>	Výsledek je více než suma jednotlivých částí

Pokud tedy stručně shrneme povahu těchto dvou typů spolupráce, kdy samozřejmě v praxi platí, že často existují různé smíšené modely spolupráce, které kombinují prvky obou přístupů, pak:

- **Multidisciplinarita** – znamená, že zúčastněné obory/odborníci sledují vlastní dílčí cíle a při práci na společném úkolu zůstávají v hranicích svého oboru. Každý postupuje dle metodologie vlastního oboru. Každý v rámci svého oboru a jeho poznatků něco „přidá“. Jinak řečeno, odborníci vedle sebe staví poznatky z různých disciplín, různí členové týmu dodají svůj pohled z perspektivy svého oboru. Integrovaný přístup není uplatňován. Většinou jednotlivé obory fungují paralelně nebo jsou při řešení daného problému angažovány po sobě; jednotliví odborníci mohou někdy sledovat i různé dílčí cíle, mohou fungovat i částečně nezávisle na sobě. Často také je angažování jednotlivých odborníků koordinováno vedoucím týmu na základě jeho uvážení.
- **Interdisciplinarita** – v interdisciplinárním týmu dochází k syntéze dvou či více disciplín, ustavuje se nová úroveň debaty, nový diskurs, směřuje se k integraci poznatků. Jednotlivá zjištění, poznatky, hlediska jsou společně diskutována. Odborníci pracují v týmu spolu, dohromady, ale každý přispívá ze základny své profese. Cíle jsou společné, na těchto cílech se nejprve dohodnou. Společně vyvíjejí např. řešení problému. Používají jednotnou metodologii. Interdisciplinární model víceoborové spolupráce tedy spočívá ve sladění a propojení mezi disciplínami do koordinovaného a koherentního celku.

II.2.1. Podmínky víceoborové spolupráce

Víceoborová spolupráce, tzn. multidisciplinarita i interdisciplinarita, vyžaduje pro své uplatnění určité podmínky. To také znamená, že podmínky či okolnosti, v nichž se spolupráce odehrává či má odehrávat, determinují to, jak bude praxe spolupráce vypadat, a do jaké míry bude či nebude úspěšná. Korazim-Korösy et al. (2014) navrhuji vyjít z následujícího rozdělení podmínek, či determinant ovlivňujících víceoborovou spolupráci:

- **systémové determinanty** - faktory mimo organizaci – atributy společenského, kulturního, profesního, vzdělávacího systému – např. nestejně kompetence jednotlivých oborů; odlišná profesní socializace; různý status oborů; legislativní rámec; atd.
- **organizační determinanty** – např. způsob (fyzického, elektronického) shromažďování členů týmu; institucionální podpora; nezbytné podmínky/změny na pracovišti; existence měřítek posouzení úspěchu; evaluace; způsob organizace mezioborových setkávání; organizování případových diskusí; výcvik ve spolupráci; atd.
- **interakční determinanty** – např.: způsob výběru členů týmu; vlastnosti vedoucího týmu; zralost a pružnost členů týmu; skupinová dynamika; jasnost rolí; sdílené cíle oborové konflikty; respekt/nedostatek respektu vůči ostatním disciplínám, rivalita; jazyk oboru; komunikace mezi členy týmu, zde je třeba zejm. rozlišovat, zda se jedná o:
 - jednosměrnou výměnu informací,
 - obousměrnou výměnu informací,
 - skutečnou komunikaci (sejít se či jinak v součinnosti řešit problém).

II.2.2. Uplatnění konceptu multidisciplinarity a podmínek víceoborové spolupráce v analýze současné posudkové praxe

Teoretické vymezení multidisciplinarity má sloužit především jako analytická opora při analýze toho, jakým způsobem v posudkové praxi v příspěvku na péči v současné době probíhá spolupráce mezi zúčastněnými obory a odborníky. To znamená, že je třeba specifikovat, co z uvedeného vymezení a jakým způsobem bude využito při analýze dostupných dat. Budeme-li v analýze zohledňovat dílčí parametry spolupráce a zkoumat jednotlivé podmínky spolupráce, je třeba stále o jednotlivých parametrech i o jednotlivých podmínkách uvažovat jako o vzájemně se ovlivňujících faktorech. Problematiku víceoborové spolupráce v rámci posudkové praxe v systému příspěvku na péči jsme nahlíželi z následujících hledisek:

➤ **vybrané dimenze spolupráce relevantní z hlediska jednotlivých typů víceoborové spolupráce:**

- *cíle spolupráce* – zda a jakým způsobem jsou stanoveny cíle (implicitní/explicitní), případně jaké cíle; zda jde o společný cíl či dílčí cíle sociálních pracovníků agendy PnP a posudkových lékařů;
- *charakter a účel vzájemných kontaktů* sociálních pracovníků agendy PnP a posudkových lékařů;
- *chápaní svých rolí* a setrvávání v roli, ochota/možnost překročit vlastní profesní roli na straně sociálních pracovníků a posudkových lékařů;
- *míra provázanosti*, prostupnosti, sdílení činností, postupů (tzn. (spolu)práce spíše mezi sebou/vedle sebe);
- *společná/oddělená metodologie (metodiky)* či znalost postupů, metodik a metodických pokynů druhé strany;
- *povaha výstupu* –např. zda se jedná spíše o syntézu či spíše o různé typy výstupů vedle sebe; co či kdo určuje povahu výstupu atd.

➤ **podmínky spolupráce /determinanty/** – různé typy podmínek a okolností, které mohou spolupráci, resp. různé typy víceoborové spolupráce usnadňovat, či brzdit:

- *systémové podmínky*: zejm. legislativní ukotvení; obecné nastavení systému přímých plateb v ČR a související posudkové praxe; status jednotlivých oborů; pravomoci a povinnosti jednotlivých oborů; informační systém.
- *organizační podmínky*: zejm. vnitro a mezi organizační nastavení podmínek komunikace; hierarchie a vliv managementu; vnitřní předpisy, metodiky a další podmínky, které mohou ovlivňovat rozhodnutí zahájit spolupráci, jako např. dostupnost komunikačních prostředků; personální vybavení agendy a pracovní zátěž;
- *interakční podmínky*: zejm. vztah zúčastněných oborů; jazyk; respekt/rivalita; dominance/partnerství; komunikace (jednosměrná/obousměrná výměna informací; jaký typ informací se komunikuje; komunikace o problému); atd.

II.3. Rozbor stávající posudkové praxe a identifikace rizik z hlediska uplatnění plnohodnotného multidisciplinárního přístupu v posuzování nároku na příspěvek na péči

Dříve, než bude prezentován samotný rozbor stávající podoby spolupráce mezi hlavními zúčastněnými odbornostmi, tedy mezi sociálními pracovníky agentury příspěvku na péči a posudkovými lékaři, budou stručně shrnuty poznatky o současné pozici a roli těchto odborností v posudkové praxi: sociální pracovník agentury příspěvku na péči, praktický lékař pro dospělé a pro děti a dorost, lékař-specialita. Tyto odbornosti, resp. odborníci, jsou v současné době spíše v roli „servisu“ posudkových lékařů. Především zajišťují a dodávají podklady, na jejichž základě posudkový lékař rozhoduje. Pokud má však být do rozhodování o stupni závislosti vnesen plnohodnotný prvek multidisciplinarity, bude nutné hledat způsoby, jak roli těchto odborností posílit. K tomu je třeba pochopit, jakou roli tyto odbornosti mají v současné posudkové praxi. V následujících částech jsou proto stručně shrnuty hlavní poznatky o tom, jak je vnímána role těchto odborností ostatními aktéry procesu posuzování stupně závislosti a také jimi samotnými.

II.3.1. Současná pozice a role odborností sociální pracovník agentury příspěvku na péči, praktický lékař pro dospělé a pro děti a dorost, lékař-specialita

II.3.1.1. Sociální pracovníci agentury příspěvku na péči při ÚP ČR

Sociální pracovníci a další pracovníci agentury příspěvku na péči při ÚP ČR zajišťují celou řadu činností, které nějakým způsobem souvisí s vyřizováním žádosti o příspěvek na péči, včetně činností, které přímo ovlivňují výsledek posouzení stupně závislosti.

V dotazníkovém šetření jsme u pracovníků agentury příspěvku na péči zjišťovali, jaká je struktura činností, které v rámci své práce v agentuře příspěvku vykonávají. Konkrétně jsme se dotazovali na následující typy činností: přijímání žádosti; provedení sociálního šetření; předání záznamu ze sociálního šetření na ČSSZ; komunikace se žadatelem před vydáním rozhodnutí; vydávání rozhodnutí; komunikace se žadatelem po vydání rozhodnutí; sociální poradenství; kontrola využívání příspěvku na péči. Většina z těchto činností je dle výsledků šetření běžnou náplní práce cca 2/3 – 3/4 dotazovaných pracovníků agentury PnP, přičemž u sociálních pracovníků převažují činnosti, které jsou činnostmi sociální práce – zejména sociální šetření, sociální poradenství atd.

Zajišťování agentury příspěvku na péči představuje tedy pro pracovníky agentury poměrně komplexní činnost. Na některých pracovištích zajišťují jednotliví (nejčastěji sociální) pracovníci zpracování celé žádosti od jejího přijetí po vydání rozhodnutí, jinde je tento proces více či méně rozdělen mezi více pracovníků. Právě míra fragmentace či naopak kontinuity vyřizování žádosti je jedním z faktorů toho, jaká je pozice pracovníka agentury PnP v rámci celého řízení zejména z hlediska toho, do jaké míry je pracovník o případech konkrétních žadatelů informován. To hraje významnou roli mj. i v tom, do jaké míry pak může daný pracovník fundovaně a plnohodnotně působit jako člen multidisciplinárního týmu.

Z hlediska míry fragmentace či naopak kontinuity vyřizování žádosti jsme zjišťovali, jak je na jednotlivých pracovištích běžné využívání externistů na provádění sociálních šetření; jak často je na jednotlivých pracovištích zavedeno přijímání žádostí o PnP pouze přes podatelnu a kolik pracovníků se obvykle podílí na vyřízení jedné žádosti o PnP. Byť dle našich zjištění na řadě pracovišť dochází k různým způsobům dělení procesu vyřizování žádosti mezi více pracovníky, způsob, kdy je kontinuita vyřizování žádosti vysoká – tzn. žádost vyřizuje jeden, max. dva pracovníci a zároveň nejsou na sociální šetření využíváni externisté, je poměrně častý. Organizace vyřizování žádosti, kterou je možné označit za nefragmentovanou, je obvyklá na pracovištích více než 38% respondentů.

Co se týče způsobu práce a kvality výstupu, tj. záznamu ze sociálního šetření, k tomuto se vyjadřovali zejména účastníci první fokusní skupiny a dále pak posudkoví lékaři v dotazníkovém šetření. Úroveň či vnímaná úroveň sociálního šetření a záznamu ze sociálního šetření je jedním z faktorů, který se může významně promítnout do toho, do jaké míry je situace žadatele zjištěná a popsána sociálním pracovníkem zohledněna při stanovení stupně závislosti. Účastníci Fokusní skupiny I (viz výše), kteří působí v rámci organizací, jenž fungují ve více lokalitách či celostátně se shodovali, že zkušenosti s přístupem (sociálních) pracovníků agendy příspěvku na péči ke klientům, ať již v době podávání žádosti, v průběhu samotného provádění sociálního šetření v přirozeném prostředí žadatele, při snaze žadatele nahlédnout do spisu, případně podat námitku, či při jakékoliv jiné příležitosti, kdy žadatel či pečující osoba potřebují poradit či pomoci, se na různých místech ČR často dosti výrazně liší. Přitom je z výpovědí účastníků Fokusní skupiny I zřejmé, že proklientský přístup sociálních pracovníků nejen usnadňuje životní situaci žadatelů o PnP a pečujících osob, ale celkově může přispět i k hladšímu řízení o příspěvku, k tomu, že řízení i výsledné rozhodnutí je po žadatele srozumitelnější, a tím často i přijatelnější atd.

Účastníci Fokusní skupiny I zdůrazňovali, že problém je hlavně, pokud je nekvalitně či neprofesionálně provedené sociální šetření. Pokud se stav žadatele výrazně liší od toho, co sociální pracovník v záznamu popíše, může to vypovídací hodnotu záznamu ze sociálního šetření a v některých případech celé řízení o příspěvku na péči v podstatě znehodnotit. Pak je většinou třeba celé řízení opakovat, protože žadatel obvykle podává novou žádost. Jedná se zejména o případy, kdy sám žadatel není schopen svůj zdravotní stav a funkční dopady vyhodnotit, a sociální šetření se neobejde bez ověření z dalších zdrojů. I z hlediska posudkových lékařů se to jeví tak, že nevyužívání různých zdrojů informací v průběhu sociálního šetření patří k největším nedostatkům stávajícího způsobu provádění sociálního šetření.

Zkušenosti posudkových lékařů se záznamy ze sociálního šetření, které jim v souvislosti s posuzováním stupně závislosti procházejí rukama, jsme se pokusili zachytit v dotazníkovém šetření adresovaném posudkovým lékařům. Posudkoví lékaři na základě svých zkušeností hodnotili záznamy ze sociálního šetření dle řady vybraných parametrů (viz tabulka 2 níže) podle toho, jak často podle jejich názoru záznamy daný parametr splňují – na škále od „vždy nebo většinou“ až po „nikdy“. Z dat uvedených v tabulce 2 lze snadno odvodit, v jakých oblastech by bylo vhodné posílit úroveň sociálního šetření a záznamů ze sociálního šetření. Z této tabulky je patrné, že relativně nejmenší výhrady mají posudkoví lékaři ke srozumitelnosti a orientaci v záznamech ze sociálního šetření. Nejslabší stránkou sociálních šetření je dle zkušeností posudkových lékařů právě malá podloženost informací, kdy parametr „Důležité informace obsažené v záznamech ze sociálního šetření jsou podloženy z více zdrojů“ považuje za splněný „vždy“ nebo „většinou“ jen 4,6% respondentů a naopak „pouze občas“ skoro 34% a „výjimečně“ dalších téměř 28% posudkových lékařů.

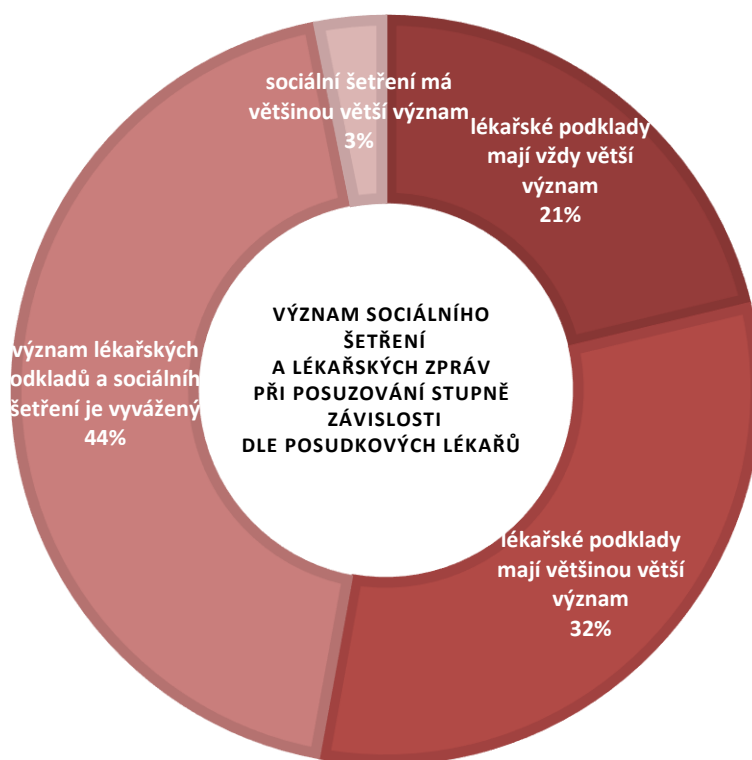
Tabulka 2. Hodnocení kvality záznamů ze sociálního šetření na základě vybraných parametrů.

<i>Parametr</i>	<i>Hodnocení</i>						
	Vždy nebo většinou	Často	Občas	Výjimečně	Nikdy	Nedokážu odhadnout	Celkem
Záznamy ze sociálního šetření jsou zpracovány srozumitelně	49,5%	43,3%	6,2%	0,0%	0,0%	1,0%	100%
V záznamech ze sociálního šetření se rychle orientuji	55,7%	35,1%	6,7%	1,5%	0,0%	1,0%	100%
Záznamy ze sociálního šetření obsahují všechny informace, které potřebuji	22,2%	51,0%	19,1%	6,2%	0,0%	1,5%	100%
Informace v záznamech ze sociálního šetření mohou považovat za věrohodné	19,6%	42,8%	26,8%	5,2%	0,5%	5,2%	100%
Informace jsou v záznamech ze sociálního šetření formulovány jednoznačně	18,6%	49,5%	22,2%	7,7%	0%	2,1%	100%
Důležité informace obsažené v záznamech ze sociálního šetření jsou podloženy z více zdrojů	4,6%	19,1%	33,5%	27,8%	7,2%	7,7%	100%
Informace v záznamech ze sociálního šetření jsou dostatečně konkrétní	17,5%	52,6%	21,1%	5,2%	0,5%	3,1%	100%
Záznamy ze sociálního šetření celkově zprostředkovávají dobrou představu o situaci jednotlivých žadatelů o příspěvek na péči	22,7%	41,8%	29,9%	2,6%	1,0%	2,1%	100%

II.3.1.2. Praktičtí lékaři pro dospělé a praktičtí lékaři pro děti a dorost

V současné podobě posudkové praxe u příspěvku na péči spočívá role praktických lékařů především v tom, že na výzvu místního pracoviště ČSSZ vyplní příslušný tiskopis, případně přiloží odborné zprávy od lékařů-specialistů týkající se zdravotního stavu žadatele o příspěvek na péči. V současné době jsou pro posudkové lékaře takto získané podklady od praktického lékaře klíčovým a často nejdůležitějším podkladem pro rozhodnutí o stupni závislosti. Jak uvedlo více než 50% dotazovaných posudkových lékařů, lékařské zprávy pro ně mají při posuzování stupně závislosti vždy nebo většinou větší význam než záznam ze sociálního šetření (viz graf 1). Tento výsledek dotazníkového šetření potvrzuje mj. poznatek ze sekundární analýzy kvalitativních dat, v níž z výpovědí posudkových lékařů vyplývalo, že lékařskou dokumentaci považují za celkově spíše objektivní (na rozdíl od sociálního šetření, které je podle jejich názoru zatíženo subjektivitou sociálního pracovníka), a mají tendenci předpokládat, že diskrepance mezi poznatky uvedenými v záznamu ze sociálního šetření a v podkladech od praktického lékaře vznikly agravací potíží žadatelem při sociálním šetření. V krajní podobě pak takovýto postoj posudkových lékařů může vést až téměř k explicitnímu odmítnutí sociálního šetření jako nadbytečného elementu v procesu posuzování stupně závislosti.

Graf 1. Význam záznamu ze sociálního šetření a zpráv od ošetřujícího lékaře pro posouzení stupně závislosti podle posudkových lékařů.



Současně jsou však posudkoví lékaři k celkové kvalitě, a zejména pak úplnosti, aktuálnosti, spolehlivosti či sdělnosti podkladů, které dostávají od praktických lékařů, poměrně skeptičtí (viz níže, např. tabulka 3).

Posudkoví lékaři se tak nacházejí v situaci, kdy na jedné straně považují podklady od praktických lékařů za klíčové, na straně druhé pochybují o jejich úrovni. Výhrady k podkladům od praktických lékařů se objevovaly i na straně dalších účastníků výzkumu. Týkaly se jak kvality, tak obsahu a rozsahu těchto podkladů, přičemž řadu výhrad měli i praktičtí lékaři samotní, a to zejména ve vztahu ke struktuře a délce požadovaného tiskopisu (viz níže).

Shrneme-li **připomínky či výhrady k podkladům od praktického lékaře**, které byly identifikovány v průběhu výzkumných činností pro tento projekt, pak **se týkaly zejména následujících tří oblastí**:

1. způsobu, jak informace praktický lékař pro vyplnění tiskopisu zjišťuje a zaznamenává,
2. *využitelnosti podkladů od praktických lékařů při posuzování stupně závislosti,*
3. *další role praktických lékařů ve vztahu k příspěvku na péči.*

Nyní se budeme těmto třem oblastem hlouběji věnovat.

Ad1) způsob, jak informace praktický lékař pro vyplnění tiskopisu zjišťuje a zaznamenává. Zde bylo účastníky výzkumu poukazováno zejména na:

- **nadměrnou rutinu při vyplňování tiskopisu** - praktičtí lékaři často vyplňují formulář a přikládají zprávy rutinně, bez zohlednění účelu, k němuž má jejich podklad sloužit, a často způsobem, který je pro posudkové lékaře nepřehledný a hrozí, že některé z důležitých informací budou přehlédnuty. Tento názor účastníků Fokusní skupiny I potvrzovaly i výpovědi řady praktických lékařů, kteří se zúčastnili kvalitativního šetření. Mnozí z nich připouštěli, že jim vyplnění dotazníku zabere třeba jen 10- 20 minut, zatímco jiní uváděli, že kvalitní vyplnění tiskopisu trvá mnohem déle.
- **vyplňování tiskopisu jen z dokumentace** – na tento problém upozorňovali jak posudkoví lékaři, tak také někteří účastníci Fokusní skupiny I. Samotní praktičtí lékaři toto v rozhovorech často uváděli. Mnozí z nich považovali za dostatečné, pokud do tiskopisu zkopírovali údaje ze své lékařské dokumentace, případně připojili zprávy specialistů, které měli v danou chvíli k dispozici. Jen část praktiků považovala za důležité vyšetřit pacienta kvůli souvislosti s vyplňováním tiskopisu pro příspěvek na péči a jen v ojedinělých případech lékař uváděli, že za tímto účelem navštěvují pacienta doma. Sociální pracovníci poukazovali na to, že dle jejich zkušenosti je někdy neaktuálnost podkladů způsobena právě neochotou praktických lékařů navštívit své pacienty doma. U pediatriů, jak tito sami zdůrazňovali, toto není takový problém, protože ti většinou dětské pacienty vidí pravidelně, průběžně sledují vývoj jejich zdravotního stavu a mívají k dispozici obvykle i aktuální odborné zprávy.
- **chybějící oporu/návod pro praktické lékaře, jak tiskopis vyplňovat** - různá úroveň a různý přístup k vyplňování tiskopisu jsou dle názoru řady účastníků výzkumu zapříčiněny tím, že mnozí praktičtí lékaři tiskopis vyplnit neumí. Názor účastníků Fokusní skupiny I, že lékařům v této oblasti chybí proškolení, potvrzovali i praktičtí lékaři sami. Žádný z praktických lékařů, kteří se zúčastnili našeho výzkumu, školení v této oblasti neabsolvoval a chybí jim i metodiky či jiná metodická podpora pro přípravu dokumentace pro posudkové lékaře.

Ad2) využitelnost podkladů od praktických. Zde bylo účastníky výzkumu poukazováno zejména na:

- **limity dané celkovým designem samotného tiskopisu:**

- *nedostatečná korespondence tiskopisu s posuzovanými deseti základními životními potřebami (ZŽP)* – dle názorů účastníků Fokusní skupiny I stávající tiskopis, který praktický lékař pro posudkového lékaře vyplňuje, neodráží dostatečně to, jaké ZŽP jsou v rámci PnP posuzovány, a není možné vyčíst dostatek informací pro posouzení jednotlivých aktivit, které se v rámci jednotlivých ZŽP sledují.
- *tiskopis neumožňuje upřesnit funkční dopady diagnóz* - účastníci FG se shodovali, že nedává praktickým lékařům dostatek prostoru a možností vystihnout funkční dopady diagnóz, případně nastínit sociální důsledky onemocnění a funkčních dopadů onemocnění, uvést tak informace, které jsou sice posudkově významné, ale nejsou čistě medicínské.
- *tiskopis neumožňuje uvádět informace cíleně a diferencovaně* – praktičtí lékaři často vyjadřovali názor, že tiskopis je na jedné straně zbytečně detailní, nadměrně prestrukturovaný a rozsáhlý, na straně druhé v něm chybí prostor na to, k čemu by se potřebovali či chtěli vyjádřit podrobněji. Téměř dvě třetiny zkoumaných praktických lékařů uvádělo potíže se zapsáním ucelených a spolehlivých informací o zdravotním stavu pacientů s určitými typy zdravotních problémů v dostatečně vypovídací podobě tak, aby se vešly do jednotlivých kolonek tiskopisu. Některým typům zdravotních potíží či situacím tento formulář vysloveně nevyhovuje např.:
 - u dětí - pediatři poukazovali na nevhodnost některých pasáží tiskopisu v případě, že se jedná o dětského pacienta. Navrhovali zavedení formuláře, který by zohledňoval věkovou kategorii žadatele, tedy, že posuzovaným je dítě.
 - u žadatelů s duševním onemocněním - náročnost popisování diagnóz spojených s hodnocením psychického stavu;
 - u žadatelů s demencí;
 - staří lidé bez závažné diagnózy - snížená soběstačnost spíše důsledkem vysokého věku a celkové křehkosti než konkrétní diagnózy či zdravotního postižení se v rámci tiskopisu obtížně zachycuje.
- **kvalitu získaných informací** – ze sekundární analýzy vyplynulo, že posudkoví lékaři odhadovali podíl nedostatečně zpracovaných lékařských podkladů jako poměrně vysoký. Jeden z posudkových lékařů dokonce odhadoval, že dle jeho zkušenosti je téměř polovina lékařských nálezů, se kterými pracuje, nekvalitní. Posudkoví lékaři poukazovali zejména na následující typy nedostatků v podkladech, které mají od praktických lékařů k dispozici jako podklad pro rozhodnutí o stupni závislosti: podklady jsou často nepřehledné, případně roztříštěné; lékař přiloží řadu dílčích zpráv bez ohledu na jejich relevanci či aktuálnost; důležité věci někdy chybí, naopak jsou přiloženy informace redundantní; podklady jsou někdy vyplněny nepřehledně či nejednoznačně. O tom, že z hlediska posudkových lékařů mají podklady od praktických lékařů rezervy v řadě oblastí a celkově by bylo žádoucí zpracovat na zvýšení jejich kvality, svědčí i výstupy z dotazníkového šetření posudkových lékařů. Posudkoví lékaři kvalitu podkladů od praktických lékařů hodnotili z hlediska řady různých kritérií, přičemž u každého z těchto kritérií uváděli, jak často podle jejich zkušeností dané kritérium podklady od praktických lékařů splňují (viz tabulka 3). Z tabulky 3 je patrné, že největší deficity tyto podklady mají, co se týče ucelenosti a jednoznačnosti, ale lze říci, že větší či menší výhrady se týkaly všech sledovaných kritérií.

Tabulka 3. Hodnocení kvality podkladů od praktických lékařů posudkovými lékaři.

KRITÉRIUM	Vždy nebo většinou	Často	Občas	Výjimečně	Nikdy	Nedokážu odhadnout	Celkem
AKTUÁLNÍ	26,3%	57,7%	14,4%	0,5%	0,0%	1,0%	100%
PŘESNÉ	12,4%	52,6%	30,9%	2,6%	0,0%	1,5%	100%
UCELENÉ	8,8%	47,9%	34,5%	7,2%	0,5%	1,0%	100%
PODLOŽENÉ	12,4%	40,2%	38,7%	6,7%	0%	2,1%	100%
SROZUMITELNÉ	23,2%	51,0%	23,7%	1,0%	0%	1,0%	100%
DOSTATEČNĚ ODBORNĚ FUNDOVANÉ	20,1%	47,4%	27,3%	2,1%	0%	3,1%	100%
PŘEHLEDNÉ	12,4%	48,5%	35,6%	2,6%	0%	1,0%	100%
JEDNOZNAČNÉ	9,3%	46,4%	37,1%	5,2%	0%	2,1%	100%

Ad3) další role praktických lékařů ve vztahu k příspěvku na péči. Zde bylo účastníky výzkumu zmiňováno zejména:

- **informování pacientů o příspěvku na péči** – lékaři, kteří jednoznačně považovali za součást své role alespoň základní informování pacientů o příspěvku na péči, byli mezi námi zkoumanými lékaři spíše v menšině. Část praktických lékařů pro dospělé v této souvislosti navíc připustila, že filtruje, komu se o možnosti žádat o příspěvek na péči zmíní. Podle vlastních kritérií a představ o tom, kdo by měl mít nárok na příspěvek na péči, rozhodují, komu jsou ochotni o této dávce říci.
Možnost informovat pacienty o příspěvku na péči prostřednictvím praktických lékařů je navíc limitována tím, že praktičtí lékaři sami o této dávce často vědí velice málo a mnohdy mají o jejím určení jen mlhavé představy. Limitem v potenciálu informovat pacienty o této dávce může například být i přesvědčení některých lékařů pro dospělé, že tato dávka je určena pouze seniorům. Ti z dotazovaných praktických lékařů pro dospělé, kteří se lépe orientovali v problematice příspěvku na péči a byli lépe informováni o tom, kdo a jakým způsobem může tuto dávku získat, byli rovněž více nakloněni tyto informace sdílet se svými pacienty.
- **spolupráce praktických lékařů a posudkových lékařů a zpětná vazba** - navzdory tomu, že podklad od praktického lékaře je pro posudkového lékaře klíčovým podkladem, ke spolupráci či alespoň komunikaci mezi praktickými lékaři a posudkovými lékaři podle našich poznatků prakticky nedochází. Celkové kontakty mezi praktickými a posudkovými lékaři jsou, jak plyne z výpovědí praktických lékařů, minimální a spíše formalizované, případně se odehrávají nepřímou, např. přes administrativního pracovníka. Praktičtí lékaři také nemají od posudkových lékařů žádnou zpětnou vazbu o tom, jakým způsobem a co bylo z jejich podkladů využito, ani jak řízení dopadlo. Mnozí účastníci výzkumu vnímali toto nastavení jako demotivační. Někteří z nich toto nastavení dále interpretovali jako signál, jak mají vlastní roli pojímat – tzn. jako spíše

administrátora zdravotnických informací, který se nemusí zajímat o širší souvislosti daného řízení.

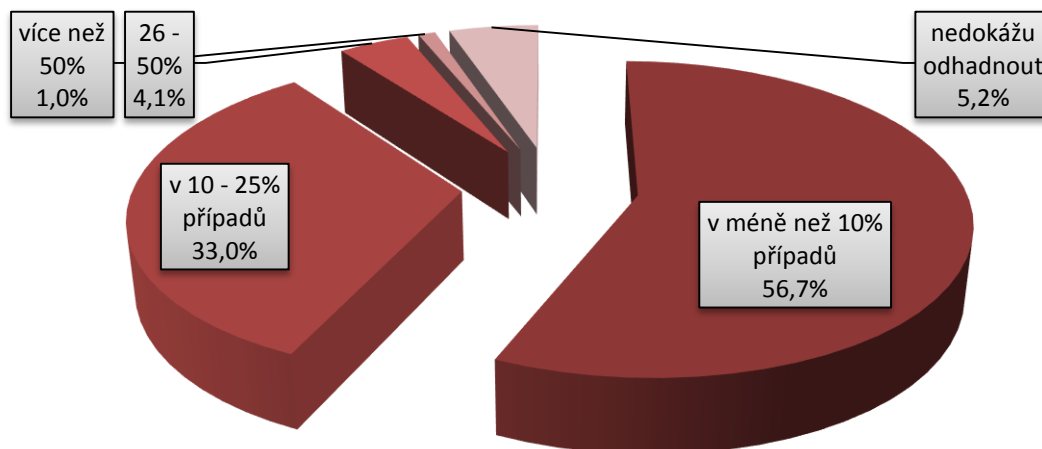
- **možnost dalšího rozšíření role praktických lékařů** – co se týče širšího chápání vlastní role ve vztahu k systému příspěvku na péči a k možnosti případného rozšíření této role, byli to pediatři, kdo z praktických lékařů zapojených do našeho šetření byli této možnosti více otevření. V postojích pediatriů bylo možno zachytit povědomí o významu jejich role pro pacienty, kdy představují jenak zdroj poznatků a informací o PnP, ale mohou být také zdrojem zkušeností s fungováním systému pomoci. Také si silněji uvědomovali, že kvalita jejich práce v oblasti podkladů pro posudkové lékaře následně může ovlivnit rozhodování o stupni závislosti v PnP. U praktických lékařů byla ve většinou patrná větší rezervovanost vůči myšlence, že by se jejich role v souvislosti s řízením o příspěvku na péči mohla v tomto ohledu ještě posílit. Někteří lékaři by spíše uvítali, kdyby jejich role byla spíše redukována, tzn. preferovali oproti stávajícímu stavu ještě úžeji pojaté podání informace o zdravotním stavu pacienta. Naopak názor, že by praktičtí lékaři mohli či měli hrát v řízení o příspěvku na péči významnou či možná ústřední roli, vzhledem ke své pozici toho, kdo zná pacienta, jeho zdravotní historii i aktuální stav a zároveň má ucelený přehled o všech jeho zdravotních problémech, se mezi námi dotazovanými praktickými lékaři objevoval jen ojediněle.

II.3.1.3. Lékaři - specialisté

Odborné podklady od lékařů-specialistů z různých oborů medicíny vstupují do posouzení stupně závislosti především dvěma způsoby:

1. **posudkový lékař si sám vyžádá vyšetření od příslušného lékaře-specialisty** - pokud posudkový lékař zjistí, že v informacích o zdravotním stavu žadatele např. chybí některé informace, případně jsou podklady nejednoznačné či budí pochybnosti, může si vyžádat další vyšetření posuzovaného lékařem-specialistou. Z dotazníkového šetření posudkových lékařů vyplývá, že většina z nich této možnosti využívá relativně málo – téměř 57% dotazovaných posudkových lékařů uvedlo, že o další vyšetření lékařem-specialitou žádají v méně než 10% posuzovaných případů (viz graf 2).

Graf 2. Odhadovaný podíl posuzovaných případů, kdy je žádáno posudkovým lékařem vyšetření specialisty.



- doložením zpráv od specialistů, které jako přílohu lékařského nálezu poskytuje posudkovému lékaři praktický lékař** - toto je v současné době nejobvyklejší způsob, jak se vyjádření specialistů k různým stránkám zdravotního stavu žadatele dostávají do rukou posudkových lékařů.

V souvislosti s rolí specialistů se ve výstupech z našich výzkumných činností vyskytují dva zdánlivě protichůdné názory (viz níže), které však souhlasně naznačují, že by bylo vhodné při využívání specialistů postupovat uvážlivěji a diferencovaněji:

- názor: roli specialistů je třeba v některých případech posílit** – účastníci i Fokusní skupiny I považovali za žádoucí, aby se význam vyjádření specialisty v některých případech zvýšil, případně aby podklady pro posudkového lékaře připravil pouze příslušný specialista a nebylo již nutné, aby byl dodáván celý vyplněný tiskopis od praktického lékaře, který považují za redundantní zejména v případech, kdy žadatel kromě dané diagnózy nemá žádné další významné zdravotního potíže a omezení. Jako typický příklad byli uváděni lidé s duševním onemocněním, pokud neměli žádné přidružené diagnózy, kdy nejpopovolanějším lékařem, který může posudkovému lékaři zprostředkovat představu o funkčních omezeních plynoucích z duševního onemocnění daného žadatele, je právě psychiatr;
- názor: je třeba omezit důležitost zpráv od specialistů** - řada zkoumaných praktických lékařů různými způsoby vyjadřovala přesvědčení, že nutnost doklázat všechny stránky zdravotního stavu žadatele aktuálními vyšetřeními u specialistů by se měla redukovat. Praktičtí lékaři jsou si většinou vědomi nezbytnosti doložit všechny aktuální zprávy od specialistů a žadatele motivují k tomu, aby vyšetření absolvoval, někdy i u speciality, k němuž žadatel jde jen v souvislosti s žádostí o PnP. Několik praktiků připustilo, že začali rutinně posílat své pacienty v souvislosti s žádostí o PnP ke specialistům až po té, co na základě zkušeností zjistili, že jejich vlastní vyjádření k některým zdravotním problémům, není v očích posudkových lékařů relevantní, pacienty to znevýhodňuje a jejich šance na to, že žádost o příspěvek na péči bude úspěšná, klesá. Praktičtí lékaři tedy nesouhlasí s tím, aby se takový význam zprávám od specialistů přisuzoval plošně. Poukazovali na to, že takovýto postup zahrnuje speciality, prodražuje se a prodlužuje celé řízení, neboť objednáci lhůty u některých specialistů se

pohybují v řádu měsíců, v neposlední řadě pak zatěžuje samotné pacienty a jejich rodinné příslušníky. Praktičtí lékaři se domnívali, že řadu zdravotních obtíží žadatelů jsou schopni sami fundovaně posoudit, a proto vnímají, jak bylo právě popsáno, nediferencované trvání na důležitosti nálezů od specialistů jako nadbytečné a neefektivní.

II.3.2. Stávající nastavení spolupráce mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři z hlediska konceptu multidisciplinarity

V této podkapitole shrnujeme především hlavní zjištění o rozsahu a podobě stávající spolupráce tak, jak se jeví na základě kvantitativních dat získaných z dotazníkových šetření jak sociálních pracovníků agendy PnP při ÚP ČR, tak posudkových lékařů Lékařské posudkové služby, a dále hlavní zjištění vzešlá ze sekundární analýzy dat, případně doplňujeme poznatky z dalších relevantních dílčích výzkumných činností.

V závěru této podkapitoly (oddíl II.3.2.5) pak s využitím výše vymezeného teoretického modelu multidisciplinarity (viz kap. II.2) – tzn. pomocí vybraných dimenzí multidisciplinárního přístupu a podmínek pro uplatňování multidisciplinárního přístupu mezi sociálními pracovníky agendy PnP kontaktních pracovišť ÚP ČR a posudkovými lékaři Lékařské posudkové služby, předkládáme syntézu poznatků, které se týkají:

- podmínek, v nichž se spolupráce mezi sociálními pracovníky agendy PnP a posudkovými lékaři odehrává a
- jednotlivých dimenzí multidisciplinarity a podoby, jaké v daných dimenzích nabývá současná posudková praxe (chápaná v širším smyslu, viz kap. II.1).

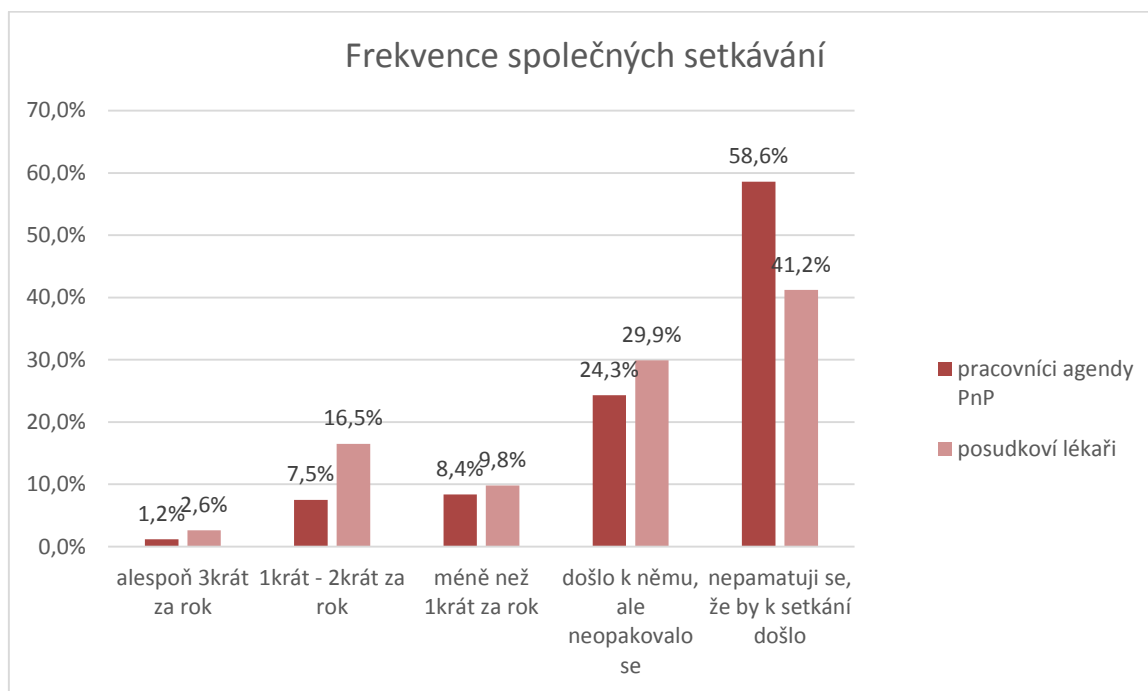
II.3.2.1. Absence nástrojů podporujících spolupráci

Podle našich poznatků nejsou systémovou součástí stávající posudkové praxe nástroje, které by posilovaly či alespoň umožňovaly užší spolupráci mezi sociálními pracovníky agendy PnP a posudkovými lékaři. Pokud se v určitých lokalitách mezi některými sociálními pracovníky agendy PnP a posudkovými lékaři spolupráce ustavila, jsou tyto příklady dobré praxe výsledkem individuální iniciativy na straně těchto pracovníků. Jako významné překážky spolupráce byla rozpoznána absence, či nízká frekvence společných setkávání, nepřítomnost společných metodik a sdíleného informačního systému.

Chybějící společná setkávání

Většina dotazovaných sociálních pracovníků i posudkových lékařů s žádnou formou společných setkávání zkušenost nemá. Ti, kteří něco podobného zažili, to uvádějí jako jednorázovou zkušenost. Pravidelná setkávání jsou dle shodných odpovědí sociálních pracovníků agendy PnP a posudkových lékařů menšinovou záležitostí (viz graf 3).

Graf 3. Frekvence společných setkávání pracovníků agendy PnP a posudkových lékařů.



Pracovníci agentury PnP a posudkoví lékaři na škále 1 - 6, hodnotili, do jaké míry by bylo užitečné společná setkávání v podobě společných školení a společných metodických dnů zavést. Čím vyšší číslo, tím užitečnější dané opatření z hlediska respondenta bylo. Z tabulky 4 je patrné, že o vzájemná setkávání tohoto typu více stojí pracovníci agentury PnP ÚP ČR než posudkoví lékaři, ale u obou skupin platí, že by zavedení společných setkávání různého typu a účelu považovali za dost užitečné.

Tabulka 4. Užitečnost vybraných typů společných setkávání (na škále 1 “zcela neužitečné” až po 6 “velmi užitečné”).

OPATŘENÍ ČI POSTUP	PRŮMĚR		MEDIÁN		MODUS	
	PRACOVNÍCI AGENDY PNP	POSUDKOVÍ LÉKAŘI	PRACOVNÍCI AGENDY PNP	POSUDKOVÍ LÉKAŘI	PRACOVNÍCI AGENDY PNP	POSUDKOVÍ LÉKAŘI
byla by organizována společná školení sociálních pracovníků a posudkových lékařů	4,68	3,79	5	4,0	6	6
byly by organizovány společné metodické dny sociálních pracovníků a posudkových lékařů	4,80	3,73	5	4,0	6	6

Chybějící společné metodiky

Pracovníci agentury PnP ÚP ČR a posudkoví lékaři činnosti a postupy nesdílí a míra vzájemné provázanosti jejich práce je nízká. Jednotné metodické vedení, které by nějakým způsobem zastřešovalo aktivity sociálních pracovníků a posudkových lékařů probíhajících v rámci řízení o příspěvek na péči, neexistuje. Nejsou vytvořeny rámcové metodické postupy. Kromě toho není vyvinut způsob, jakým by se sociální pracovníci mohli systematicky seznamovat s nároky a pokyny, které řídí práci posudkových lékařů a *vice versa*. Absence jednotného metodického rámce pak může mj. vést

také k tomu, že sociální pracovníci a posudkoví lékaři konkrétní zjištění týkající se životní situace žadatele o příspěvek na péči někdy interpretují odlišně. I když multidisciplinární model spolupráce nevyžaduje společné metodiky, z hlediska potřeb agendy PnP se určitý společný metodický základ jeví jako účelný. Posudkoví lékaři i sociální pracovníci agendy PnP by velmi uvítali, pokud by byli lépe obeznámeni s prací toho druhého a také, pokud by docházelo ke sdílení metodických materiálů (viz tabulka 5).

Tabulka 5. Užitečnost sdílení metodik a obeznámenosti se způsoby práce protějšku (na škále 1 – “zcela neužitečné” až po 6 – “velmi užitečné”).

OPATŘENÍ ČI POSTUP	PRŮMĚR		MEDIÁN		MODUS	
	PRACOVNÍCI AGENDY PNP	POSUDKOVÍ LÉKAŘI	PRACOVNÍCI AGENDY PNP	POSUDKOVÍ LÉKAŘI	PRACOVNÍCI AGENDY PNP	POSUDKOVÍ LÉKAŘI
posudkoví lékaři a sociální pracovníci sdíleli písemné metodické materiály	4,73	4,66	5	5,0	6	6
posudkoví lékaři a sociální pracovníci by byli lépe obeznámeni se způsobem práce toho druhého	4,93	4,24	5	5,0	6	6

Chybějící společný informační systém

Sociální pracovníci agendy PnP i posudkoví lékaři postrádají platformu, na které by mohli pružně a v reálném čase sdílet/zpřesňovat relevantní údaje. Na tom, že by bylo velmi užitečné mít k dispozici sdílený informační systém se pracovníci agendy PnP a posudkoví lékaři jednoznačně shodli – tato položka získala v hodnocení užitečnosti na škále 1 – 6 velmi vysoké skóre (viz tabulka 6).

Tabulka 6. Užitečnost sdíleného informačního systému (na škále 1 – “zcela neužitečné” až po 6 – “velmi užitečné”).

OPATŘENÍ ČI POSTUP	PRŮMĚR		MEDIÁN		MODUS	
	PRACOVNÍCI AGENDY PNP	POSUDKOVÍ LÉKAŘI	PRACOVNÍCI AGENDY PNP	POSUDKOVÍ LÉKAŘI	PRACOVNÍCI AGENDY PNP	POSUDKOVÍ LÉKAŘI
byl k dispozici informační systém, který by umožňovat sdílení informací mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři	4,51	4,27	5	5,0	6	6

II.3.2.2. Charakter komunikace a účel vzájemných kontaktů

Z rozhovorů i z kvantitativních dat získaných od sociálních pracovníků agendy PnP a posudkových lékařů plyne, že míra komunikace i o zcela praktických záležitostech, jako jsou např. administrativní náležitosti vyřizování žádosti o PnP, je nízká. V mnoha případech je navíc tato komunikace zprostředkovaná referentkami/tajemnicemi Lékařské posudkové služby. Většinou se jedná ale o komunikaci telefonickou či písemnou. Naopak k osobní komunikaci tváří v tvář mezi sociálním pracovníkem a

posudkovým lékařem dochází vzácně, zhruba 78% pracovníků agentury PnP a téměř 56% posudkových lékařů uvedlo, že k osobní komunikaci mezi nimi a jejich protějškem nedochází nikdy (viz tabulka 7)

Tabulka 7. Frekvence různých způsobů komunikace.

ZPŮSOB KOMUNIKACE	Jak často probíhá komunikace tímto způsobem							
	BĚŽNĚ		OBČAS		VÝJIMEČNĚ		NIKDY	
	PRACOVNÍCI AGENDY PnP	POSUDKOVÍ LÉKAŘI	PRACOVNÍCI AGENDY PnP	POSUDKOVÍ LÉKAŘI	PRACOVNÍCI AGENDY PnP	POSUDKOVÍ LÉKAŘI	PRACOVNÍCI AGENDY PnP	POSUDKOVÍ LÉKAŘI
osobní jednání	1,5%	4,1%	5,7%	10,8%	14,7%	29,4%	78,1%	55,7%
telefonický rozhovor	18,7%	26,8%	21,2%	36,1%	19,9%	24,2%	40,1%	12,9%
e-mailem	4,5%	7,7%	11,7%	16,5%	15,7%	35,6%	68,1%	40,2%
prostřednictvím někoho jiného (např. referentky)	16,8%	13,4%	18,5%	37,1%	10%	29,4%	54,7%	20,1%

V rozhovorech sociální pracovníci agentury PnP často uváděli, že nemají na posudkové lékaře přímý kontakt. Také z dotazníkových šetření jak pracovníků agentury PnP, tak posudkových lékařů vyplynulo, že tato skutečnost je vnímána jako velká překážka vzájemné spolupráce.

Pokud ke kontaktům mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři dochází, z dat získaných v rámci dotazníkového šetření vyplývá, že relativně nejčastěji se tak děje z vnějšího popudu, tj. pokud žadatel podá námitku. Celkově lze ale říci, že u většiny z dotazníkovým šetřením testovaných potenciálních oblastí komunikace mezi pracovníky agentury PnP a posudkovými lékaři převládala odpověď, že k ní dochází „výjimečně“ či „nikdy“ (viz tabulka 8).

Z rozhovorů také vyplývalo, že kontakty mají spíše charakter jednosměrného poskytování informací. Jen výjimečně sociální pracovníci hovořili o tom, že by takovýto kontakt měl charakter např. skutečné debaty nad tím, jak například některá zjištění sociálního pracovníka interpretovat, jaký pohled na určité prvky situace žadatele o příspěvek na péči má posudkový lékař a jaký sociální pracovník a dalo by se říci, že dochází ke společné snaze dobrat se závěru. Dobrou komunikací lze podle dotázaných sociálních pracovníků zmírnit negativní dopady buď nekompletní lékařské dokumentace, neúplného záznamu ze sociálního šetření, či jeho nedostatečného využití nebo pochopení posudkovým lékařem.

Tabulka 8. Frekvence komunikace v různých oblastech.

OBLAST KOMUNIKACE MEZI SOCIÁLNÍM PRACOVNÍKEM A POSUDKOVÝM LÉKAŘEM	Jak často ke komunikaci dochází							
	BĚŽNĚ		OBČAS		VÝJIMEČNĚ		NIKDY	
	PRACOVNÍCI AGENDY PNP	POSUDKOVÍ LÉKAŘI	PRACOVNÍCI AGENDY PNP	POSUDKOVÍ LÉKAŘI	PRACOVNÍCI AGENDY PNP	POSUDKOVÍ LÉKAŘI	PRACOVNÍCI AGENDY PNP	POSUDKOVÍ LÉKAŘI
vyjasňování či doplňování informací ze sociálního šetření	2,8%	6,7%	15,3%	40,7%	32,4%	37,1%	49,4%	15,5%
diskuse o konkrétním posuzovaném případě, pokud se pohled sociálního pracovníka a posudkového lékaře liší	2,2%	5,7%	14,2%	30,9%	27,8%	37,6%	55,7%	25,8%
v souvislosti s žádostí Úřadu práce, aby posudkový lékař doplnil posudek kvůli sladění posudku s výsledkem sociálního šetření	2,2%	2,6%	10,2%	25,8%	28,2%	40,2%	59,4%	31,4%
úprava administrativních a formálních náležitostí písemností, spojených s vyřizováním žádosti o příspěvek na péči	5%	1,0%	22,4%	34,0%	24,6%	44,3%	48%	20,6%
další jednání, pokud není žadatel spokojen, vznášá námitky apod.	6,5%	11,3%	20,9%	45,4%	22,9%	33,0%	49,6%	10,3%

II.3.2.3. Výstup z posouzení stupně závislosti a využití záznamu ze sociálního šetření

Různá praxe na různých pracovištích

Posudkový lékař určuje výsledek posouzení stupně závislosti především tím, že vyhodnotí, které informace z předložených podkladů je třeba považovat za relevantní, jakým způsobem je bude interpretovat a do jaké míry je zohlední ve svém posouzení. Z analýzy rozhovorů vyplývalo, že nejenom různá pracoviště LPS, ale i jednotliví posudkoví lékaři ze stejného pracoviště LPS zacházejí se zprávami ze sociálního šetření odlišně a shledávají jako relevantní různé typy informací.

Nesoulad struktury záznamu ze sociálního šetření a posuzovaných oblastí

Za jeden z problematických rysů vzájemného vyladění pohledu na situaci žadatele byla označována částečná nekompatibilita posuzování deseti základních životních potřeb a šesti oblastí, které popisují v záznamu ze sociálního šetření sociální pracovníci, přičemž sociální pracovníci často dle instrukcí posudkových lékařů tento nesoulad kompenzují tím, že šestibodový záznam ze sociálního šetření dále vnitřně strukturují tak, aby usnadňoval posudkovým lékařům orientaci v relaci k deseti posuzovaným základním životním potřebám. Také účastníci Fokusní skupiny I se shodovali na tom, že stávající podoba výstupu ze sociálního šetření je nevyhovující a špatně využitelná, a přikláněli se k tomu, že oblasti, které sociální pracovník zaznamenává, by se měly krýt s tím, od čeho se odvozuje stupeň závislosti – tzn. v současné době s 10 ZŽP.

V popisech obsažených v sociálním šetření se také často ztrácela vazba mezi tím, že dle zjištění sociálního pracovníka má žadatel se samostatným zvládnutím některých aktivit potíže, a příčinou či příčinami těchto potíží – ty vyplývaly ze záznamu ze sociálního šetření často pouze implicitně, případně bylo nutné domýšlet si příčiny z jiných sdělení uvedených na jiných místech záznamu ze sociálního šetření. Také posudkoví lékaři se shodovali v tom, že záznam by byl lépe využitelný, pokud by kopíroval strukturu 10 posuzovaných základních životních potřeb. Posudkoví lékaři se přikláněli spíše ke slovnímu popisu, ale s tím, že je důležité, aby popis potíží žadatele sociální pracovníci dávali do souvislosti s konkrétními aktivitami a zároveň uváděli důvody, proč žadatel danou aktivitu samostatně nevykonává. To mimo jiné posudkovým lékařům umožňuje zhodnotit, nakolik udávané příčiny ladí nebo neladí s lékařskou dokumentací a pokud neladí, tak vědí, jakým směrem mají objektivizaci zdravotního stavu zacílit.

Malá míra využívání více zdrojů informací při sociálním šetření

Dále posudkoví lékaři považují za důležité, aby bylo v záznamu ze sociálního šetření patrné, z jakého zdroje daná informace pochází. Také část účastníků Fokusní skupiny I a rovněž Fokusní skupiny II vyjadřovala názor, že by bylo vhodné využít i další zdroje, zejm. profesionály dalších organizací, které s žadatelem o příspěvek na péči pracují, jako jsou pracovníci škol, sociálních služeb, atd. Když posudkoví lékaři v dotazníkovém šetření hodnotili kvalitu záznamu z hlediska různých kritérií, jako největší nedostatek se ukázalo právě to, že důležité informace nejsou podloženy z více zdrojů.

II.3.2.4. Podmínky spolupráce mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři

Systémové podmínky

- Právní rámec - Hlavní systémovou podmínkou, která určuje hranice toho, jak lze v rámci činností a procesů spojených s posuzováním stupně závislosti nastavit způsob, intenzitu a postupy spolupráce zejména mezi posudkovými lékaři a sociálními pracovníky agendy příspěvku na péči, je platný právní rámec, kterým se agenda příspěvku na péči řídí. Současná právní úprava směřuje k multidisciplinárnímu typu spolupráce, i když spolupráce spíše limitované. Nicméně ani tento potenciál tohoto omezeného pojetí spolupráce zúčastněných odborností není ve výsledku využit, a to zejména v tom, že bez ohledu na to, jak pečlivou práci sociální pracovník odvede, není garantováno, že bude výstup ze sociálního šetření využit jako plnohodnotný vstup pro práci a závěr posudkového lékaře. Sociální pracovník navíc nemá zpětnou vazbu nad tím, co, v jakém rozsahu a jakým způsobem je při posouzení stupně závislosti zohledněno. Podrobná právní analýza je k dispozici v příloze k této zprávě.
- Pojetí příspěvku na péči a pojetí posuzování nároku na něj - Mezi systémové podmínky lze zahrnout i celkovou koncepci příspěvku na péči. Tato koncepce samozřejmě souvisí s právní úpravou, která této koncepci odpovídá, resp. je snaha právní úpravu vyladit tak, aby odpovídala koncepci této dávky. Způsob, jakým je tato dávka koncipována, částečně předurčuje některé parametry řízení o této dávce včetně posuzování nároku, a do určité míry vysvětluje nejen praxi, která se v rámci daných právních mantinelů v této oblasti ustavila, ale také problémy či někdy přímo kontroverze, které tato praxe vyvolává:
 - jednotná dávka pro všechny osoby závislé na péči jiné osoby téměř bez ohledu na jejich věk a nezávisle na tom, o jaký typ či typy zdravotního postižení se jedná i na tom, kdo se o tuto osobu stará;

- jedinými podmínkami je věk žadatele o příspěvek nad jeden rok a délka trvání nepříznivého zdravotního stavu alespoň jeden rok, či dle poznatků lékařské vědy očekávaná délka trvání nepříznivého zdravotního stavu alespoň jeden rok;
- podat žádost, která musí být přijata a standardně vyřízena, si může každý, kdo má pocit, že jeho zdravotní stav již vyžaduje péči jiné osoby, a žádost může být podávána opakovaně;
- všichni žadatelé o příspěvek na péči procházejí stejným řízením a jednotným způsobem posuzování podle univerzálních kritérií;

Řízení o příspěvku na péči včetně posuzování stupně závislosti je tedy vysoce standardizováno a zároveň ho doprovází požadavek na velkou míru transparentnosti a objektivity. Zároveň je ale zdravotní stav a situace všech klientů, žadatelů i příjemců, velmi individuální.

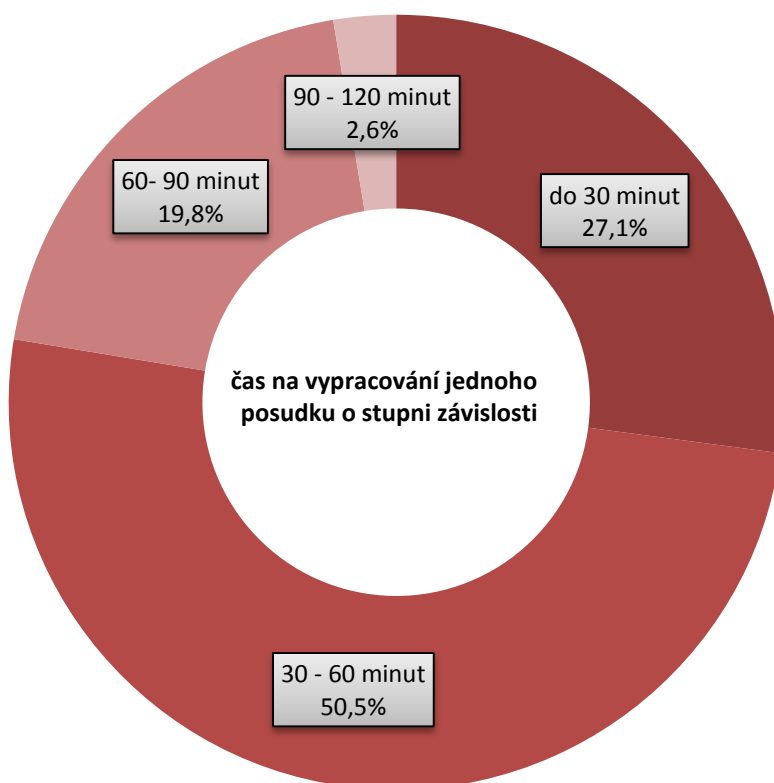
Organizační podmínky

- Personální obsazení pracovišť - Jednou z klíčových podmínek je personální vybavení pracovišť Lékařské posudkové služby i pracovišť nepojistných sociálních dávek na kontaktních pracovištích ÚP ČR co do počtu pracovníků zabývajících se agendou příspěvku na péči vzhledem k počtu žádostí, které jsou na těchto pracovištích vyřizovány. Ze všech výzkumných aktivit jednoznačně vyplynulo, že počty posudkových lékařů jsou kriticky nízké a také obsazení agendy příspěvku na péči není dostatečné. Vysoká pracovní zátěž posudkových lékařů i sociálních pracovníků může podporovat tendenci k rutinnímu zpracovávání celé žádosti, tzn. na straně sociálních pracovníků k formalizovanému a spíše administrativnímu vedení sociálního šetření včetně zpracování záznamu, na straně posudkového lékaře spíše k povrchnímu posouzení stupně závislosti, bez možnosti hlouběji zkoumat předložené dokumenty. V dotazníkových šetřeních jak sociální pracovníci, tak i posudkoví lékaři označovali vysokou pracovní zátěž zejména na straně posudkových lékařů jako jednu z vážných překážek větší vzájemné spolupráce.
- Časový prostor na klíčové činnosti - Tímto je myšleno, kolik skutečně mají pracovníci času na výkon zásadních činností. Na obou stranách pak vysoký počet zpracovávaných žádostí a velká pracovní zátěž spolu s nedostatkem času na každý z vyřizovaných případů může vést nejen k neochotě řešit komplikovanější či méně jasné případy ve spolupráci, ale může jim i bránit takové případy včas identifikovat.

Na straně sociálních pracovníků v této souvislosti hraje roli i celková časová dotace na provedení sociálního šetření, která se ale neodvívá pouze od poměru pracovníků a počtu žádostí, ale i od dalších podmínek jako je např. dostupnost služebních vozidel atd. Sociální pracovníci vypovídali, že někdy jsou nuceni provést i 5 - 6 sociálních šetření v jednom dnu. Uváděná délka sociálního šetření se pohybovala mezi 20 – 45 minutami.

Také na straně posudkových lékařů se zdá, že chybí dostatečný časový prostor na posouzení žádosti. Více než 50% posudkových lékařů v dotazníkovém šetření uvedlo, že doba k tomu potřebná se obvykle pohybuje v rozmezí 30 – 60 minut. Nicméně více než ¼ respondentů stačí, či musí stačit doba maximálně půl hodiny a zhruba jen 1/5 respondentů naopak vypracovává posudek hodinu až hodinu a půl (viz graf 4).

Graf 4. Doba potřebná dle posudkových lékařů k vypracování posudku o stupni závislosti.



- Organizace předávání informací - Stávající způsob předávání informací je spíše jednostranný a odehrává se často přes datové schránky, asistenty atd. Jak již bylo řečeno výše, neexistuje žádné „zastřešení“ informačním systémem, posudkoví lékaři a sociální pracovníci tak nemají k dispozici vzájemně přístupný informační systém, který by sdílení a práci s informacemi činil flexibilnější. Sociální pracovníci a posudkoví lékaři také na sebe často nemají přímé kontakty – telefonní čísla, emaily.

Předávání informací je spíše odosobněná záležitost, sociální pracovníci nemají často ani představu, u koho přesně informace skončí, např. kdo z posudkových lékařů záznam ze sociálního šetření dostane a případ bude posuzovat. V rámci dotazníkové šetření jsme zjišťovali, zda jednotliví sociální pracovníci vědí, který posudkový lékař bude posuzovat stupeň závislosti u těch žadatelů, jejichž žádost zpracovávají. Z odpovědí respondentů vyplývá, že tuto informaci pracovníci agentury PnP většinou nemají – dohromady cca 83% dotázaných uvedlo, že toto nikdy či většinou nevědí (viz tabulka 9).

Tabulka 9. Informovanost pracovníků agentury PnP o tom, který posudkový lékař žádost posuzuje.

povědomí, který PL žádost posuzuje	četnost	procenta
ano, vždy to vím	31	4,2%
většinou to vím	94	12,8%
většinou to nevím	100	13,5%
ne, nikdy to nevím	512	69,5%
CELKEM	737	100,0%

Interakční podmínky

- Profesní respekt - Profesní respekt posudkových lékařů vůči sociálním pracovníkům agentury PnP se může projevat zejména ochotou akceptovat to, jak sociální pracovník vnímá a hodnotí situaci žadatele z perspektivy své profese a jak s ohledem na to, že navštěvuje žadatele v jejich přirozeném prostředí, vnímají a v záznamu ze sociálního šetření prezentují situaci a stav žadatele. Z hlediska zkušeností, o kterých sociální pracovníci hovořili, jde spíše o okrajový jev, kdy by posudkový lékař vůči sociálnímu pracovníkovi vystupoval takovýmto způsobem, který by byl zároveň jak projevem respektu k druhému oboru, tak snahou dosáhnout vzájemně komplementárního pohledu na situaci žadatele při posouzení stupně závislosti.
- Pochybnosti o odbornosti sociálních pracovníků - Na ochotě posudkových lékařů ke komunikaci a spolupráci se sociálními pracovníky se velmi často projevovaly postoje posudkových lékařů vůči sociálním pracovníkům a oboru sociální práce, které jim bránily v plné šíři se zabývat výstupem ze sociálního šetření, případně se sociálním pracovníkem konzultovat, vést s ním partnerskou komunikaci atd. Posudkoví lékaři měli sklon domnívat se, že provádění sociálního šetření není dostatečně odborná činnost. U posudkových lékařů bylo možné zaznamenat tendenci nevnímat sociální pracovníky jako profesionály a nepřiznávat jim erudici. Na sociálního pracovníka pohlíží posudkoví lékaři nejrůzněji jako na laika, což představuje další faktor, který posudkovým lékařům brání akceptovat výstupy ze sociálního šetření jako relevantní. K tomu je třeba dodat, že takto bylo dle našich poznatků sociální šetření vnímáno někdy i na samotných kontaktních pracovištích ÚP.
- Sebereflexe posudkových lékařů ohledně vlastních limitů při posuzování stupně závislosti - Pokud si posudkový lékař uvědomuje, že může být v některých případech ovlivněn vlastními předsudky či stereotypy, vlastními životními zkušenostmi, či že není expert na všechny posuzované zdravotní stavy, že nemusí být obeznámen s tím, co obnášejí či mohou obnášet některé diagnózy, může i toto být faktorem, který ho vede k tomu, aby využíval sociální šetření jako relevantní zdroj informací, případně jako impuls k dojištění či verifikaci určitých informací.

II.3.2.5. Povaha spolupráce mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem v posudkové praxi z hlediska konceptu multidisciplinarity - shrnutí

Resumé hlavních poznatků o současné podobě a podmínkách spolupráce ve vztahu k výše vymezenému teoretickému modelu multidisciplinarity a jeho dimenzím prezentujeme v následující tabulce 10.

Tabulka 10. Současná podoba spolupráce mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem z hlediska konceptu multidisciplinarity.

Dimenze	Charakteristika dané dimenze multidisciplinarity	Identifikované rysy stávající praxe spolupráce mezi sociálními pracovníky agentury PnP a posudkovými lékaři u sledované dimenze
CÍLE	Individuální cíle v rámci jednotlivých oborů či profesí	<ul style="list-style-type: none"> Byť to není z hlediska zde využitého teoretického konceptu multidisciplinární spolupráce podmínkou uplatnění multidisciplinarity, sociálním pracovníkům příspěvku na péči i posudkovým lékařům <u>schází společný obecnější cíl, na němž by se mohli příslušníci obou oborů shodnout a který by spojoval smysl jejich práce se smyslem a účelem příspěvku na péči.</u> Chybí a i vydefinování dílčích cílů každého z oborů v rámci agentury příspěvku na péči zvlášť, a to takových cílů, které by byly vzájemně slučitelné, komplementární a byly srozumitelné i druhé druhému oboru – tzn. včetně toho, že by bylo zřejmé i to, jak spolu tyto cíle souvisejí. Sociální pracovníci i posudkové lékaři sledují spíše dílčí cíle instrumentální a administrativní povahy (dodržet lhůty, dodat správné podklady, mít v pořádku formální náležitosti), často implicitní – tzn. i v rámci každého ze zúčastněných oborů chybí explicitně definovaný cíl, který by byl odvozen od účelu příspěvku na péči. Situace nejasných cílů vede pak i k situacím, kdy se sociální pracovníci a posudkoví lékaři domnívají, že cíle sociální práce a posudkové medicíny v příspěvku na péči nejenže nejdou slučitelné, ale někdy je vnímají jako částečně protichůdné.
ZPŮSOB ZAPOJENÍ OBORŮ	Práce <u>za účasti</u> více disciplín	<ul style="list-style-type: none"> Posuzování příspěvku na péči <i>de jure</i> vyžaduje účast dvou disciplín, a to sociální práce a posudkové medicíny. Bez zákonem stanoveného okruhu činností, které v rámci řízení o příspěvek na péči musí sociální pracovníci a posudkoví lékaři vykonat, nelze řízení o PnP dokončit a rozhodnutí vydat. Jakým způsobem má de facto tato účast více disciplín v praxi probíhat není zákonem ani jinými právními předpisy podrobněji upraveno. Na naplnění zákona stačí minimální spolupráce v podobě předávání stanoveného okruhu informací.
ZPŮSOB (SPOLU) PRÁCE ODBORNÍKŮ	Příslušníci různých oborů pracují nezávisle na různých aspektech projektu, pracují <u>paralelně</u> nebo <u>návazně</u>.	<ul style="list-style-type: none"> V tomto případě pracují spíše <u>návazně</u>, tzn. nejdříve sociální pracovník vykoná sociální šetření, posudkový lékař, předá všechny potřebné podklady posudkovému lékaři, ten zajistí medicínskou část dokumentace, určí stupeň závislosti a posudkový závěr zašle zpět sociálnímu pracovníkovi. Činnosti sociálních pracovníků a posudkových lékařů probíhají do značné míry vzájemně izolovaně; sociální pracovníci mají i velmi malou a spíše nahodilou zpětnou vazbu o tom, do jaké míry a jakým způsobem jsou jejich zjištění ze sociálního šetření v posudku zohledněna. <u>Paralelní způsob (spolu)práce není</u> nikde formálně <u>zakotven</u> ani pro něj nejsou vytvořeny vhodné organizační podmínky (viz níže), tzn. zejm.:

		<ul style="list-style-type: none"> - není k dispozici platforma, na které by byli sociální pracovníci a posudkoví lékaři mohli průběžně sdílet informace potřebné pro paralelní spolupráci (např. vhodný IS); nejsou ustaveny komunikační kanály, které by paralelní spolupráci umožňovaly; není stanoveno, v jakých případech/situacích/u jakého typu problémů je paralelní situace vhodná či žádoucí; - nejsou ustanoveny modely paralelní spolupráce, <u>nejsou pro ni ustaveny potřebné systémové, organizační ani interakční podmínky</u> (viz níže) – tzn. jak konkrétně by měla probíhat, kdo by ji měl iniciovat, co by mělo být výsledkem atd.; pro paralelní spolupráci pravděpodobně chybějí na řadě; - někdy chybí i interakční podmínky (viz níže), zejm. vzájemný profesní respekt, podmínky rovnocenné spolupráce; - k interakci mezi posudkovým lékařem a sociálním pracovníkem/ mezi poznatky jednotlivých oborů ve fázi přípravy a vydání závěru posudkového lékaře obvykle nedochází, rozhodnutí o stupni závislosti ve většině případů není doprovázeno oborovou spoluprací; - případy paralelní spolupráce, či pokusy o paralelní spolupráci, tzn. snaha řešit nějaký případ spolu, byly v našem výzkumu zachyceny, ale nebyla to systémové záležitost, ale ojedinělá a častí i nahodilá (tzn. ne vždy na pracovišti, kde k takové spolupráci došlo, toto bylo pravidlem) a záležela na osobním přístupu a osobních postojích jak daného sociálního pracovníka tak především příslušného posudkového lékaře; - na příkladu těchto ojedinělých případů paralelního řešení problému a dále na základě analýzy případů disabilit, které se mohou v rámci návazné spolupráce jevit jako obtížně či zbytečně zdlouhavě řešitelné (viz níže) lze demonstrovat, že <u>paralelní způsob spolupráce mezi posudkovým lékařem a sociálním pracovníkem by bylo vhodné institucionalizovat</u>; - <u>absence institucionalizovaného paralelního způsobu spolupráce</u> posudkových lékařů a sociálních pracovníků může řízení v některých případech prodlužovat (např. opakované podávání námitek), případně přispívat k celkovému zahlcování agendy PnP a <u>zvyšování pracovní zátěže</u> (odvolání, opakované žádosti, okamžitě podávané žádosti o zvýšení příspěvku atd.).
METODOLOGIE	Oddělené metodologie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Metodické vedení je roztržštěné</u> i v rámci jednotlivých zúčastněných oborů. ▪ Sociální pracovníci a posudkoví lékaři nemají jasnou představu o metodickém vedení druhého oboru. ▪ sociální pracovníci jsou někdy metodicky vedeni i ze strany LPS (rovněž ne vždy jednotně), což se ale týká spíše jednotlivostí ve formulacích či struktuře záznamu ze sociálního šetření, či uvedení do toho, co posudkový lékař z perspektivy svého oboru považuje od sociálního pracovníka za relevantní.
MÍRA SETRVÁNÍ V ROLI DANÉ ODBORNOSTÍ	Účastníci mají oddělené ale vzájemně	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oba zúčastněné obory si udržují vlastní oborové role, pracují v hranicích vlastního oboru a k propojení v podstatě nedochází. Z výsledků analýzy rozhovorů se jeví, že zejm. posudkové lékaři jsou

	propojené role; účastníci si udržují vlastní oborové role	<p>velmi citliví na to, co považují za narušení vlastní role sociálním pracovníkem (tzn. pokud dle jejich názoru sociální pracovník vstupuje na pole medicíny).</p> <ul style="list-style-type: none"> Pokud k určitému „propojení“ pohledů a rolí obou odborností dochází, děje se tak na poli medicíny, resp. snahou sociálních pracovníků přimět zejm. způsobem záznamu ze sociálního šetření opatrně „expandovat“ do teritoria posudkového lékaře a snažit se dosáhnout toho, aby lékař ze své pozice k některým věcem přihlédl.
UDRŽOVÁNÍ HRANIC OBORŮ	Nezpochybňuje hranice oborů	<ul style="list-style-type: none"> Posudkoví lékaři mají tendenci omezovat vliv oboru sociální práce na celkový výsledek posouzení tím, že určují, co má být pro sociálního pracovníka relevantní, případně z toho, co považuje sociální pracovník za relevantní, filtrují to, co jsou ochotni akceptovat – tzn. obrana vlastní role a zužování role druhého ze zúčastněných oborů.
VYUŽÍVÁNÍ POZNATKŮ OBORŮ	Instrumentální; využívá komplementární znalosti a perspektivy při řešení otázky ; souhrn, juxtapozice oborů , aditivní přístup	<ul style="list-style-type: none"> Při určování stupně závislosti není pohled oboru sociální práce a odbornost sociální práce vnímán v praxi jako komplementární; posudkoví lékaři mají tendenci nepohlížet na sociální práci jako na odbornost, nevnímat sociální pracovníky jako odborníky v dané oblasti a poznatky sociálních pracovníků o situaci žadatele často označují za příliš subjektivní a málo spolehlivé (viz podrobněji interakční podmínky). V současné době není právně zakotveno ani jinak (např. metodicky) upraveno, jaký význam a jakou váhu má mít výstup ze sociálního šetření, tzn. jakým způsobem mají poznatky ze sociálního šetření ovlivnit či se promítnout do závěru posudkového lékaře. Výsledek práce posudkového lékaře a sociálního pracovníka obvykle nemá „aditivní charakter“ ve smyslu, že každý obor k celkovému obrazu stavu a funkčních schopností žadatele dodává své. <u>Nesourodost a nejednotnost jednotlivých podkladů – tzn. ani sociální šetření ani podklady od ošetřujícího lékaře nejsou obsahem a strukturou dostatečně přizpůsobeny posudkovým kritériím, podle nichž je stanoven stupeň závislosti – tzn. z hlediska případné interakce poznatků jednotlivých odborností a aditivní povahy víceoborové spolupráce je stávající posudková praxe velmi netransparentní.</u>
POVAHA VÝSTUPU	Výsledek je sumou jednotlivých částí	<ul style="list-style-type: none"> V současné době není výsledek sumou sociálního šetření a medicínských informací a ani pro takový výsledek není opora v zákoně. Výsledek se většinou zakládá na diagnóze/diagnózách a jejich dopadu z medicínského hlediska. Vliv jednotlivých informací na konečný závěr posudkového lékaře nelze dodatečně rozpoznat. Vnější i vnitřní soudržnosti výstupu se v současné posudkové praxi právě kvůli nedostatku spolupráce a nedostatečné komunikaci různých perspektiv dosahuje velmi obtížně.

II.4. Identifikace rizikových cílových skupiny posuzovaných osob v kontextu současné posudkové praxe

Pokud jde o možné důsledky či rizika stávající posudkové praxe včetně nedostatečného uplatňování multidisciplinární spolupráce, bylo možné empiricky rozlišit různé typy situací, zdravotních stavů a okolností, které jsou z hlediska dat získaných v rámci dílčích výzkumných činností realizovaných během tohoto projektu rizikové v tom, že mohou vést k neadekvátnímu posouzení zdravotního stavu a přiznání neodpovídajícího stupně závislosti.

II.4.1. Způsoby vymezení rizikových skupin případů v kontextu stávající posudkové praxe

Situace či stavy, které mohou být z tohoto hlediska v rámci současné posudkové praxe komplikované, výrazně nejednoznačné či přímo rizikové, vymezovali a popisovali různí účastníci našeho výzkumného projektu různě, uplatňovali různá hlediska a akcentovali různé aspekty těchto případů či situací, a to také na různé úrovni obecnosti. Následující hlediska, z nichž byly (potenciálně) rizikové případy empiricky definovány, se vzájemně nevylučují, ale naopak překrývají, tzn. konkrétní případ může být rizikový z více či všech takto empiricky vymezených hledisek.

A. Případy rizikové v důsledku úzké interpretace či opomíjení některých právních ustanovení

Z analýzy kasuistik, Fokusní skupiny I a rozhovorů se sociálními pracovníky analyzovanými v rámci sekundární analýzy plyne, že posudkoví lékaři mají často potíže s adekvátním posouzením případů, u nichž je nezbytné důsledné uplatňování zejména následujících ustanovení zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách:

☐ ze zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách § 3:

• písmeno c) - vymezení dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu

- Pro účely zákona o sociálních službách se rozumí: „*dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem je zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok, a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládání základních životních potřeb*“.
- Vzhledem k tomu, že žádný právní předpis neošetřuje, za jak dlouho po změně/zhoršení zdravotního stavu je možné žádat o příspěvek na péči, a s ohledem na to, že intenzivní péči je třeba zajišťovat od samého vzniku potřeby péče, vede deficit v důsledném uplatňování této právní úpravy k poškozování toho segmentu žadatelů o PnP, jejichž zdravotní stav vznikl nečekaně nebo se zhoršil prudce, tzn. situace náhlé a rozsáhlé závislosti na pomoci jiné fyzické osoby.

• písmeno d) – vymezení přirozeného sociálního prostředí

- pro účely zákona o sociálních službách se rozumí „*přirozeným sociálním prostředím rodina a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, se kterými sdílí domácnost, a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity*“.
- Úzké chápání toho, co vše konstituuje přirozené prostředí žadatele, či v některých případech i určitá rezignace na posuzování soběstačnosti v kontextu přirozeného prostředí může vést v některých případech k celkovému přecenění soběstačnosti žadatele.

☐ z vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, se zde z poznatků, které přinášejí analyzované kasuistiky, nejčastěji v plném rozsahu neuplatňuje:

- **ustanovení § 2 odst. (1)** „*Při hodnocení schopnosti osoby zvládat základní životní potřeby se posuzuje, zda z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu je rozsah duševních, mentálních, tělesných a smyslových funkčních schopností dostatečný k pravidelnému zvládání základní životní potřeby a zda je fyzická osoba schopna rozpoznat, provést a zkontrolovat správnost zvládnutí základní životní potřeby. Přitom se přihlíží k tomu, zda dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav trvale ovlivňuje funkční schopnosti, k výsledku rehabilitace a k adaptaci na zdravotní postižení.*“

Ze získaných dat plyne, že posudkoví lékaři se někdy úzce soustředí jen na to, zda posuzovaný dokáže konkrétní aktivitu nějakým způsobem fyzicky provést, ale již opomíjejí důsledně zhodnotit, zda k tomu potřebuje vedení, instrukce, dohled apod., tzn. chybí uplatňování zejm. této části citovaného ustanovení: „a zda je fyzická osoba schopna rozpoznat, provést a zkontrolovat správnost zvládnutí základní životní potřeby.“ Zejména u některých typů zdravotních omezení (např. duševní onemocnění, autismus, lehká a střední mentální retardace apod.) se při posouzení běžně odhlíží od toho, že rozpoznání a kontrolu správnosti zvládnutí základní životní potřeby často v plném rozsahu zajišťuje pečující osoba a samotný žadatel je schopen pouze lépe či hůře konkrétní úkony fyzicky vykonat.

- **ustanovení § 2 odst. (2)** „*U osob, u nichž průběžně dochází ke zhoršování a zlepšování zdravotního stavu, trvá sledované období rozhodné pro posouzení závislosti zpravidla jeden rok; funkční schopnost zvládat základní životní potřebu se v takovém případě stanoví tak, aby odpovídala převažujícímu rozsahu schopnosti ve sledovaném období.*“

V souvislosti s výše uvedenými typy případů se jeví, že nedůsledné a nedostatečné uplatňování tohoto ustanovení znepřehňuje posuzování vede k tomu, že se z posouzení vytrácí dlouhodobý obraz choroby a nejsou dostatečně brána v úvahu období, kdy dochází ke zhoršení a žadatel se stává výrazně či zcela závislý na péči ze strany okolí. Např. při posuzování stupně závislosti zejména u osob s duševním onemocněním se jako jedna z důležitých překážek posouzení stupně závislosti v současné době ukazuje právě skutečnost, že posouzení je, zejm. v oblasti sociálního šetření, závislé na aktuální zdravotní situaci žadatele.

B. Případy spadající do některých typů zdravotních omezení či situací daných zdravotním stavem

Na základě dat od zkoumaných osob, účastníků Fokusních skupin i na základě analýzy kasuistik je možné vymezit několik obecnější typů zdravotních omezení, které s větší pravděpodobností zahrnují případy, které mohou být z hlediska stávající posudkové praxe rizikové. Jedná se o tyto na základě analýzy dostupných dat identifikované typy zdravotních omezení:

- **Kolísavý zdravotní stav** - Kolísavý zdravotní stav se může vázat na řadu diagnóz či kombinací různých diagnóz. Pokud posudkový lékař dostatečně nezohlední, že k těmto výkyvům u konkrétního žadatele dochází, nezjišťuje podrobněji frekvenci a míru těchto výkyvů a jako výchozí stav pro posouzení stupně závislosti bere ten, kdy žadatel je schopen své životní potřeby zajistit sám, může se stát, že celková potřeba péče je i podhodnocena, resp. přiznaný stupeň závislosti neodpovídá tomu, do jaké míry je žadatel v dlouhodobějším časovém horizontu skutečně odkázán na pomoc jiné fyzické osoby.
- **Nemoci, kde hrozí nebezpečí akutních stavů/situací** - nemoci, u nichž hrozí riziko rychlého rozvoje akutního stavu, a to zejména u dětí, farmakorezistentní choroby apod. (jako příklady byly uváděny např. farmakorezistentní epilepsie, nekompensovaný diabetes). V tomto případě je často obtížné vystihnout stav žadatele a rozsah potřebné péče a dohledu pomocí kategorií, které tvoří posudková kritéria.
- **Kumulace více zdravotních potíží (více chorob či postižení)** – zejména stavy komorbidit, u nichž nemusí být jasné, do jaké míry jedno onemocnění ovlivňuje jiné/jiná a jak v individuálním případě působí na žadatelovy funkční schopnosti.

- **Výrazně nejasný budoucí vývoj onemocnění** - situace týkající se zejména některých žadatelů ve vážném zdravotním stavu, kteří žádají ještě před tím, než uplynul rok trvání tohoto nepříznivého stavu, a zároveň se jedná o takový zdravotní stav, jehož vývoj je obtížné předvídat (jako příklad uváděny např. různé komplikované poúrazové stavy).
- **Vzácná onemocnění /málo zavedené diagnózy** - část účastníků výzkumu se domnívala, že stávající posudková praxe je zatížena tím, že někteří posudkoví lékaři jsou málo obeznámeni a ani nemají kapacitu na to být obeznámeni se všemi typy např. vzácných diagnóz a jejich projevy, případně mají problémy akceptovat některé diagnózy, zejména jedná-li se o zdravotní postižení či omezení, která se začala systematictěji diagnostikovat až v relativně nedávné době.
- **Nejasná diagnóza** - situace, kdy k přesnému stanovení diagnózy není k dispozici specialista nebo nepříznivý zdravotní stav trvá dlouho, ale není jasná diagnóza.

C. Situace, které vyplývají ze samotného řízení o příspěvku na péči a posuzování stupně závislosti

V tomto případě byly indicie pro to, že se může jednat o rizikový či obtížně posouditelný případ určovaný podle některých momentů, které se mohou týkat samotného procesu podávání žádosti/průběhu zpracování žádosti/posouzení:

- **opakované podávání žádosti** - situace, kdy žadatel opakovaně neúspěšně žádá o PnP/zvýšení PnP v krátké době, např. více než 2 žádosti během roku, případně více žádostí za časové období delší než rok;
- **nesoulad názorů/informací** - situace, kdy dochází k velké diskrepanci mezi pohledem sociálního pracovníka a posudkového lékaře, případně kdy se výrazně liší informace ze sociálního šetření a od praktického lékaře apod.;
- **krátká délka platnosti posudku** – řada zkoumaných aktérů (sociální pracovníci, příjemci, zástupci zájmových/pomáhajících organizací) upozorňovala na velmi časově omezené platnosti posudků a z toho plynoucí nutnosti neustálého přeposuzování. Dochází tak i k opakovanému přeposuzování zdravotních stavů, které jsou ve skutečnosti víceméně neměnné. Systém tak sám sebe zahrnuje a dále dochází k zatížení jak pečujících osob, tak i žadatelů.

D. konkrétní diagnózy či skupiny diagnóz

V souvislosti s obtížně posouditelnými či z hlediska současné posudkové praxe rizikovými případy byly jmenovány také konkrétní diagnózy či skupiny diagnóz. Ty, které byly jmenovány nejčastěji, většinou spadají zároveň do jednoho či více typů rizikovosti z výše uvedených hledisek. V zájmu uceleného pohledu na problematiku rizikových skupin disabilit v rámci stávající posudkové praxe je třeba tuto perspektivu zahrnout:

- **duševní onemocnění** - mezi zkoumanými aktéry se velmi často objevoval názor či zkušenosti, že posuzování nároku na příspěvek na péči lidem s duševním onemocněním v současné posudkové praxi naráží na řadu problémů. Posudková kritéria nevyhovují a není dostatečně bráno v úvahu kolísání stavu, mizení a objevování symptomů. Samotná diagnóza, kvůli které byla žádost o příspěvek na péči podána, může vést ke zkreslení výstupu ze sociálního šetření. Sociální pracovník předem neví, jakým onemocněním posuzovaný žadatel o PnP trpí, a nemůže tedy adekvátně tomu sociální šetření přizpůsobit a zároveň v relaci např. k dané diagnóze zvážit věrohodnost a spolehlivost tvrzení žadatele a případně přistoupit k zpřesnění informací s využitím dalších zdrojů. Pokud je sociální šetření navíc prováděno v období zlepšení (přičemž v období ataky nemoci nemocný není schopen šetření absolvovat, nebo ani nemůže, je-li např.

hospitalizován v psychiatrické léčebně), může žadatel závažnost stavu popírat, nemusí počítat s tím, že může nastat relaps, může se domnívat, že zlepšení je už trvalé.

- **rannější fáze demencí** - kdy se jako jediné omezení jeví zhoršená orientace a stav klienta není posuzován v kontextu péče poskytované v pobytové službě, která je komplexní a zahrnuje také pomoc v dalších oblastech potřeb (hygiena, zhoršující se mobilita), tzn. (příznivý) stav klienta je ovlivněn působením této intervence, přičemž toto není zohledněno. Podobné postupy se dotýkají také posuzování situace klientů se smyslovým postižením, zvláště pokud bylo získáno ve vyšším věku a adaptace klienta na postižení je pomalá a limitovaná.
- **poruchy autistického spektra/lehká MR** - (děti a dospělí) - potřebuje-li žadatel celodenní péči ve formě dohledu, pokynů, kontroly, vedení, neustálou osobní asistenci navzdory fyzické schopnosti úkony vykonat.
- **symptom geriatrické křehkosti** - snížená soběstačnost je spíše důsledkem vysokého věku a celkové křehkosti než konkrétní diagnózy či zdravotního postižení.

E. Děti

Napříč všemi výzkumnými činnostmi a od všech typů do výzkumu zahrnutých aktérů bylo možné zaznamenat názor a zkušenosti, že není optimální uplatňovat stejný postup posuzování a téměř stejnou sadu posudkových kritérií na děti i na dospělé. Rovněž zahraniční posudková praxe směřuje spíše k odlišnému způsobu posuzování dětí do určitého věku. Například v Rakousku se odlišně se posuzují děti a mladiství od narození po dovršení 15. roku věku: u těchto žadatelů se posuzuje pouze péče, jejíž rozsah přesahuje péči, která je žádoucí u dětí a mladistvých stejného věku, ale bez postižení.

Z našich dat plyne, že děti se posuzují obtížně, a to obzvláště jedná-li se o dítě s nefyzickým postižením. Účastníci odborné fokusní skupiny (Fokusní skupina II, viz kap. II.1) se shodovali, že právě u dětí nejčastěji dochází k neadekvátnímu posouzení stupně závislosti, a to jak k podhodnocení, tak k nadhodnocení. Příčiny nepřesného posouzení stupně závislosti vznikají již na úrovni shromažďování podkladů, kde je mnohdy složité provést již samotné sociální šetření. Účastníci fokusní skupiny I zase upozorňovali na specifikum dětí s postižením v tom, že se nepřihlíží k potřebě rozvoje a fixování dovedností a zvýšeným nárokům v oblasti vzdělávání dětí, z nichž velkou část zajišťují právě pečující osoby, obvykle rodiče, a jedná se o náročnou a časově a často i finančně nákladnou péči.

Pediatři zdůrazňovali, že stávající struktura a obsah formuláře se pro vyjádření o zdravotním stavu dětí pro účely posouzení stupně závislosti nehodí, a to zejména pro popisování diagnóz spojených s hodnocením psychického stavu, mentální úrovně nebo s neurologickým postižením pacientů. U pacientů s těmito diagnózami se jeví jako obtížnější rozpoznání schopností dítěte. Důležitou otázkou je navíc i věk dítěte. Tady je patrná jejich snaha a někdy obtíže dobře rozlišit, zda je potřeba asistence ze strany druhé osoby daná nízkým věkem nebo právě typem onemocnění či postižení. Implicitně lze z výpovědí lékařů dovodit, že roli při posuzování sehrává zkušenost lékaře s rodinou dítěte a znalost celkového kontextu péče o dítě v domácím prostředí.

II.4.2. Důsledky nekonzistence posuzování některých typů případů pro vnímání posudkové praxe a silné a slabé stránky stávající posudkové praxe

To, že byly identifikovány typy případů, které mohou být z různých hledisek v kontextu současného nastavení posudkové praxe rizikové či obtížně posouditelné, ještě neznamená, že všechny případy,

které splňují některé z uvedených hledisek, lze za rizikové automaticky pokládat či dokonce, že posouzení u takového případu je vždy neadekvátní. Vymezená hlediska slouží spíše k lepší orientaci v tom, jakým typům případů je vhodné v rámci posuzování stupně závislosti věnovat větší pozornost a zejména, v jakých typech případů by mohlo být vhodné a užitečné zvažovat multidisciplinární posouzení (viz kap. IV. 2.3).

Kromě toho, že existuje určitý okruh případů či situací, u nichž může docházet v současném nastavení posudkové praxe k významně zvýšenému riziku neadekvátního posouzení a tato situace představuje ohrožení či znevýhodnění určitých žadatelů, ohrožuje nesoulad mezi mírou zdravotního postižení a stupněm závislosti či nekonsistence v posuzování některých (typů) případů legitimitu celého systému v očích uživatelů systému, a někdy i odborníků, kteří se s tímto problémem setkávají.

Nejen zástupci příjemců/žadatelů o PnP či pečujících osob, ale také sociální pracovníci agentury PnP či praktičtí lékaři hovořili o zkušenostech s nejednotnou praxí posuzování určitých typů případů na různých pracovištích a také o zkušenostech s nekonsistentním rozhodováním při odvolání. U některých diagnóz dochází podle jejich názoru k neodůvodněným rozdílům v přiznaných stupních závislosti u žadatelů s velmi podobným zdravotním stavem – kdy různí posudkové lékaři interpretují a používají posudková kritéria různým způsobem a přihlížejí či naopak nepřihlížejí k různým dopadům stejné diagnózy. Jako jeden z příkladů problematické praxe byl uváděn případ, kdy 3 různé posudkové komise posoudily u jednoho žadatele sice vždy stejný počet základních životních potřeb, které žadatel nezvládá, ale pokaždé označili jako nezvládané jiné ZŽP.

Lze se domnívat, že existence určitých z hlediska posuzování stupně závislosti komplikovaných či rizikových typů případů je důsledkem určitých atributů posudkové praxe, které vzhledem k nárokům celého systému a objemu žádostí, které je třeba zpracovat, jsou funkční, ale z hlediska specifických nároků určitých typů případů se stávají kontraproduktivní. Podíváme-li se na silné a slabé stránky stávající posudkové praxe z hlediska našich poznatků a fungování této praxe, pak lze stručně shrnout:

Silné stránky současného nastavení posudkové praxe v posuzování stupně závislosti:

- **Robustnost** – dle údajů ČSÚ např. v roce 2015 bylo v průměru měsíčně vyplaceno 337 tis. dávek, a celkové výdaje na tuto dávku za rok 2015 činily 21 167 000 000 Kč. Dle údajů získaných z GŘ ÚP ČR bylo v roce 2015 podáno 82 919 nových žádostí, dále 47 816 žádostí o změnu výše příspěvku na péči a k tomu bylo ještě zahájeno 29 178 řízení z moci úřední. Stávající systém posuzování nároku na příspěvek je tedy nastaven na zpracování velkého objemu žádostí a na maximální šíři škály typů žadatelů – tzn. všech věkových skupin a všech typů zdravotních omezení a postižení. Nejsou stanoveny omezení týkající se opakování podávání žádosti (které existuje např. v Rakousku) ani prvotní síto žadatelů, z nichž jen někteří absolvují kompletní proces posouzení stupně závislosti (což existuje např. na Slovensku).
- **Rychlost** – i když je proces vyřizování žádosti o příspěvek na péči často kritizován jako pomalý a z hlediska potřeb a životní situace pomalý je, ale vzhledem k jeho robustnosti a univerzálnosti ho lze považovat za ve většině případů a ve většině lokalit v ČR za přiměřeně rychlý. V Rakousku, kde je z hlediska svých parametrů systém nejvíce podobný našemu, běžně trvá posouzení žádosti měsíce (půl i tři čtvrtě roku), někdy i rok či dva (nicméně existují zálohové platby na překlenutí tohoto období a také platnost posudku není pak omezoována).
- **Velké množství podkladů** – schopnost a ochota investovat do získání velkého množství „dat“ vstupujících do posouzení, tzn. snaha shromáždit jako podklady pro posouzení stupně závislosti

řadu různých informací medicínského i sociálního charakteru, včetně návštěvy u každého žadatele (např. v roce 2015 bylo dle údajů z GŘ ÚP ČR provedeno 144 704 sociálních šetření), zpráv od téměř libovolného počtu lékařů-specialistů, možnosti vyžádaného dalšího vyšetření posudkovým lékařem.

Slabé stránky současného nastavení posudkové praxe v posuzování stupně závislosti:

- na straně „vstupů“, podkladů a jejich využití:
 - různorodá kvalita vstupů;
 - poměrně dost odborných vstupů bez předvídatelnosti způsobu jejich využití posudkovým lékařem;
 - ani velký počet vstupů nemusí vést k ucelenému popisu stavu a situace žadatele;
 - nedostatečně koordinované shromažďování podkladů vede často k jejich na jedné straně mezerovitosti, na straně druhé dublování.
- v nastavení procesu:
 - angažování poměrně velkého počtu odborníků je málo sladěné;
 - fragmentace procesu vedoucího ke stanovení stupně závislosti;
 - nedostatečné kontakty a vzájemná důvěra aktérů, zejm. v jejich nezaujatosti;
 - přehnané nároky na posudkové lékaře z hlediska rozsahu znalostí, zodpovědnosti (např. zodpovědnost za výsledek bez ohledu na kvalitu podkladů);
 - postupy a činnosti, které vedou k určení stupně závislosti a jsou koncipovány jako jednotné pro různé typy disabilit a zároveň jsou uplatňovány většinou velmi rutinně, řada věcí je prováděna spíše administrativně, důraz je kladen na proceduru, a mnoho důležitých specifik situace jednotlivých žadatelů může být přehlédnuto, podceněno, nedostatečně zohledněno.
- povaha výstupu:
 - i když každý udělá svůj úkol v procesu posouzení dobře, není zaručeno, že se to projeví v objektivitě výstupu (že posouzení odráží skutečný stav žadatele);
 - nízká transparence toho, co bylo/nebylo vzato v potaz a do jaké míry; někdy nejasné, jak posudkový lékař některé informace využil/interpretoval;
 - žadatelé (někdy i sociální pracovníci agentury PnP) vnímají posuzování jako nahodilé - konsekvence: odvolání, opakované žádosti další vyšetření, další dublování zpráv atd.

Řadu těchto slabých míst ve fungování posudkové praxe lze změnit či odstranit, či pokud se projeví, tak zmírnit případné dopady z hlediska výše identifikovaných rizik a rizikových skupin právě uvážlivým zavedením, uplatňováním a posilováním multidisciplinarity a multidisciplinárního posouzení stupně závislosti.

III. Odborné kompetence potřebné k posuzování nároku na příspěvek na péči ve vztahu k účelu poskytování dávky

III. 1. Absence jednotného rámce pro další vzdělávání v posudkové oblasti u příspěvku na péči

V současné době v posudkové praxi působí nebo do ní svými odbornými podklady vstupují zástupci odborností, kteří jsou kvalifikovaní odborníci ve svých disciplínách, ale s výjimkou posudkových lékařů, nemají specializaci či další vzdělávání či jinou speciální průpravu pro oblast posudkové praxe. Posudkovým lékařům, zase částečně chybí specializace či hlubší proškolení v oblasti příspěvku na péči, což je dávka v porovnání s jinými typy dávek, u nichž posuzují nárok na jejich přiznání, v mnoha ohledech specifická.

Především lze ale říci, že chybí koncepce určitého minimálního společného vzdělávacího programu pro odborníky působící či vstupující (byť v současné době jen svými podklady) do posuzování stupně závislosti u příspěvku na péči, a tedy svou činností a způsobem jejího výkonu ovlivňují posudkovou praxi i výsledek řízení o příspěvek na péči.

III.2. Náměty směřující ke zkvalitnění a sjednocení posudkové praxe

Za prvé, vytvořit **minimální společný vzdělávací základ pro všechny aktéry**, kteří participují či v budoucnu budou participovat (v případě ustavení multidisciplinárních týmů) na procesu posouzení stupně závislosti. Cílem by především mělo být usnadnění spolupráce mezi těmito aktéry tím, že dojde ke sladění chápání nejen podstaty a smyslu příspěvku na péči, ale také k lepší orientaci v posudkových kritériích a jejich uplatňování, ke sjednocení interpretace hlavních ustanovení právní úpravy týkající se posuzování příspěvku na péči, chápání role jednotlivých aktérů atd.

V této oblasti se lze částečně inspirovat v Rakousku, kde se systém příspěvku na péči (Pflegegeld) utváří od roku 1993 a sjednocování tohoto systému ve smyslu snahy o dosažení rovnocenných podmínek pro získání nároku na tuto dávku bylo dosahováno postupně a ještě v současné době není považováno za úplné. V současné době jsou jednotně upravena pravidla nároku a řízení o získání příspěvku na péči prostřednictvím zákona a vyhlášky, výkladu jednotlivých pojmů, stěžejních pro posuzování stupně závislosti. Jako další nezbytný krok ke sjednocení praxe bylo stanoveno v posledních letech také jednotné vzdělávání. V roce 2014 byla jako výsledek zákonem uložené povinnosti založena Akademie pro lékařské a pečovatelské odborné posuzování. Ta slouží k jednotnému průběžnému vzdělávání a doškolování posuzujících odborníků. Cílem je skrze společné proškolení dosáhnout jednotného přístupu všech osob účastnících se posuzování zdravotního stavu a posuzování stupně potřebné péče.

Za druhé, by bylo žádoucí vytvořit **jednotný rámec dalšího vzdělání** v oblasti posuzování stupně závislosti **pro jednotlivé hlavní odbornosti**, které jsou v současné době pro proces posouzení stupně závislosti klíčové: tedy sociální pracovníky, posudkové lékaře a praktické lékaře pro dospělé a praktické lékaře pro děti a dorost. Jeho koncepce by se odvíjela dle potřeb a role každé z těchto odborností v posudkové praxi. Základní doporučení k jeho možnému nastavení tak, jak to vyplývá z dat našeho výzkumu, shrnujeme níže.

Rozvoj kompetencí sociálních pracovníků

V současné době v posudkové praxi působí v činnostech, které jsou činnostmi sociální práce, kvalifikovaní sociální pracovníci dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. Podle výstupů z kvantitativního šetření mělo v době sběru dat přes 90% dotazovaných pracovníků agentury PnP, dokončenou nějakou formu vzdělání, kterou zákon o sociálních službách definuje jako předpoklad odborné způsobilosti pro výkon sociální práce. To bylo více respondentů, než kolik jich bylo zařazeno jako „sociální pracovník“. Ve výzkumném souboru převažovali pracovníci s bakalářským stupněm vzdělání v oboru, který vyžaduje zákon o sociálních službách jako odbornou způsobilost pro výkon sociální práce. Následovali pracovníci s titulem diplomovaný specialista a třetím nejčastějším bylo magisterské vzdělání. Část dalších respondentů uvedla jiné formy dosažení odborné způsobilosti vyžadované pro sociální práci zákonem o sociálních službách – necelých 10% respondentů má střední vzdělání s maturitní zkouškou v oboru sociálně právním, alespoň 10 let praxe výkonu povolání sociálního pracovníka a absolvovaných alespoň 200 hodin akreditovaných kurzů. Naopak varianta vysokoškolského vzdělání v jiném oboru, alespoň 5 let praxe výkonu povolání sociálního pracovníka a absolvovaných alespoň 200 hodin akreditovaných kurzů se mezi našimi respondenty vyskytovala jen okrajově – v necelých 2% případech.

Z toho plyne, že po stránce splnění zákonných předpokladů pro výkon činností sociální práce není u pracovníků agentury PnP žádný problém. Další rozvoj odborných dovedností by u pracovníků působících v oblasti agentury příspěvku na péči měl podle našich poznatků směřovat:

- k nácviku a rozvoji schopností komunikovat s různými typy žadatelů a pečujícími v různých životních situacích - sociální pracovníci agentury PnP se v rámci sociálních šetření dostávají do kontaktu s mimořádně širokým spektrem lidí různého věku a s různými zdravotními handicap, z nichž mnohé často výrazně omezují možnost běžné komunikace s těmito lidmi, přičemž schopnost komunikovat v rámci sociálního šetření se žadateli a jejich blízkými je klíčová pro získání relevantních, ucelených a věrohodných podkladů pro posudkového lékaře;
- k posílení dovedností v přípravě připravit potřebné podklady – tzn. zpracování získaných podkladů, informací, poznatků o situaci žadatele způsobem, který by byl přehledně strukturovaný, bylo zřejmé, z jakých zdrojů informace pocházejí, informace byly zaznamenány ve své úplnosti apod. Podle našich poznatků je kvalita – tzn. zejména přehlednost, věrohodnost, jednoznačnost, přesnost, podloženost atd. záznamu ze sociálního šetření a informací v něm obsažených klíčovým faktorem ovlivňujícím míru využití tohoto záznamu při stanovování stupně závislosti posudkovým lékařem. V této souvislosti doporučujeme proškolení sociálních pracovníků ve využívání příslušných částí certifikované metodiky „*Metodika sociálního šetření v rámci řízení o příspěvku na péči*“;
- v právních aspektech řízení o PnP a v možnostech sociálního poradenství - zkvalitnění práce sociálních pracovníků v oblasti provedení klienta procesem vyřizování žádosti, schopnosti pro klienta srozumitelně zprostředkovat informace o právech a povinnostech, kultivace sociálního poradenství v oblasti dlouhodobé péče, služeb atd.

Rozvoj kompetencí posudkových lékařů

- zvládnutí využívání MKF v praxi.
- proškolení a sjednocení výkladu a využití platných právních předpisů - zejména v oblasti uplatňování zákonem vymezené definice dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu; ustanovení § 2 odst. (1) vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení

zákona o sociálních službách, tzn. interpretace a aplikace zejm. této části citovaného ustanovení: „a zda je fyzická osoba schopna rozpoznat, provést a zkontrolovat správnost zvládnutí základní životní potřeby.“

- prohlubování a rozšiřování odbornosti v oblasti vzácných/málo zavedených diagnóz.
- prohloubení poznatků o sociální dimenzi DNZS a zajištění dlouhodobé péče – a v této souvislosti posílení schopnosti důslednějšího zohledňování závěru ze sociálního šetření posudkovým lékařem.

Rozvoj kompetencí praktických lékařů pro dospělé a pro děti a dorost

- proškolení v oblasti účelu příspěvku na péči - na co je a na co není PnP určen; komu je určen ev. jakých životních situací se typicky týká;
- proškolení o průběhu posuzování- zprostředkovat lékařům základní představu o celém průběhu řízení o PnP a zejména roli jednotlivých aktérů podkladů od nich;
- školení v oblasti vyplnění tiskopisu – tzn. jak vyplnit tiskopis způsobem, který odpovídá potřebám posudkové praxe, tomu, jaká posudková kritéria jsou v současném posuzování stupně závislosti uplatňována a způsobu práce posudkových lékařů.

IV. Doporučení k posílení a rozšíření prvku multidisciplinarity v posudkové praxi posuzování stupně závislosti u příspěvku na péči

V této části nejprve obecně definujeme, jaký základní cíl a jaké obecné parametry by měl mít model posudkové praxe, v němž dojde k posílení, upevnění a rozšíření multidisciplinarity tak, aby tento model byl životaschopný, tzn. měl šanci na to, aby došlo k jeho zavedení a také akceptaci a skutečnému uplatňování pracovníky první linie posudkové praxe – tedy především sociálními pracovníky a posudkovými lékaři.

Z hlediska námi využitého teoretického konceptu multidisciplinarity a interdisciplinarity (viz tab. č. 1) naše návrhy směřují k takovému modelu spolupráce, který v sobě nese i prvky interdisciplinárního přístupu (zejm. na úrovni stanovení cílů, společného metodického základu, či společných školení). K rozšíření multidisciplinárního přístupu o prvky interdisciplinarit nás vedly tyto důvody:

- hlavním důvodem je nutnost zlepšení interakčních podmínek spolupráce, ke kterému by ale obtížně docházelo bez sblížení v oblasti cílů, metodik a vzdělávání;
- dalším důvodem je to, že v případě posudkové praxe agentury PnP nejde jen o jediný tým, či spolupráce v rámci jedné lokality, ale o bezpočet týmů a sociálních pracovníků a posudkových lékařů, kde způsob a výstupy jejich práce je žádoucí sjednotit;
- z dat získaných z kvalitativního šetření vyplynulo, že sociální pracovníci agentury PnP i posudkoví lékaři by určité parametry spolupráce, které odpovídají spíše interdisciplinárnímu modelu, považovali za žádoucí.

V druhé části této kapitoly rozpracováváme tři fáze, které povedou k posílení a rozšíření multidisciplinarit v posudkové praxi. Tyto fáze je možné uskutečnit všechny zároveň či postupně a jsou kompatibilní i s případnými dalšími úpravami posudkové praxe, ať již v oblasti personální, v oblasti procesní, oblasti posudkových kritérií apod.

IV.1. Cíle navrhovaného modelu multidisciplinárního posuzování stupně závislosti

Model multidisciplinárně založeného posuzování stupně závislosti by měl **směřovat k omezení dopadů stávajícího modelu na výše identifikované rizikové skupiny žadatelů (viz kap. II.3.) tím, že bude dosaženo diferencovanějšího a širšího pohledu na situaci žadatele, a to především těmito modifikacemi:**

- dojde k posílení jiných hledisek, než je hledisko úzce medicínské;
- posudkovým lékařem bude více zohledňován výstup ze sociálního šetření; současně budou zavedeny postupy a pravidla, která by jednoznačněji zavazovala posudkového lékaře se závěry sociálního šetření vypořádat a umožnila sociálnímu pracovníkovi toto vyžadovat, a to nejen pro forma; v této souvislosti pak doporučujeme zvážit právní posílení statusu sociálního šetření;
- bude umožněno, aby se k posudkovým lékařům dostával jako východisko při posuzování stupně závislosti i pohled na zdravotní omezení očima jiných profesí, a to v širším kontextu životní situace žadatele;
- jako samozřejmá součást sociálního šetření bude prováděno získávání informací i z dalších zdrojů, které lze považovat za přirozené sociální prostředí žadatele, a zavedeny mechanismy, jak toto umožnit (informovaný souhlas žadatele); nebude opomíjen pečující jako zdroj

informací či upřesnění informací; nebude se spoléhat pouze na tvrzení žadatele, informace budou ověřovány, zejména pokud se budou jevit nejednoznačné či protichůdné;

- dojde k rozšíření počtu odborníků, kteří se ke zdravotnímu stavu a funkčním dopadům nepříznivého zdravotního stavu, případně potřebám péče vyjádří – tzn. bude umožněno, aby (alespoň u některých žadatelů) bylo možné portfolio podkladů, které posudkový lékař vezme v úvahu, přímo rozšířit (tzn. nejen jako zdroj sociálního šetření, viz níže) i o vyjádření specialistů, kteří danému zdravotnímu omezení rozumí a zároveň se žadatelem v rámci své praxe zabývají;
- metodické vedení posudkových lékařů bude orientováno na podporu posudkových lékařů v uplatňování širšího pohledu na zdravotní stav a situaci žadatele s využitím širšího spektra podkladů (viz předchozí body).

IV.2. Žádoucí parametry multidisciplinárního posuzování stupně závislosti

V této části stručně vymezujeme **hlavní parametry**, které by měl alternativní model posudkové praxe splňovat.

1. Neměl by ohrožovat výhody (silné stránky) stávajícího modelu

Podrobněji viz výše závěrečná část podkapitoly II.3.2. To znamená, že by neměl příliš narušit robustnost celého stávajícího systému, jeho relativní rychlost a schopnost shromáždit o situaci a zdravotním stavu každého žadatele velké množství podkladů a informací. Naopak, právě poslední zmíněná vlastnost současného systému by měla být využita jako hlavní deviza při snaze posunout posudkovou praxi směrem k modelu multidisciplinárního posouzení.

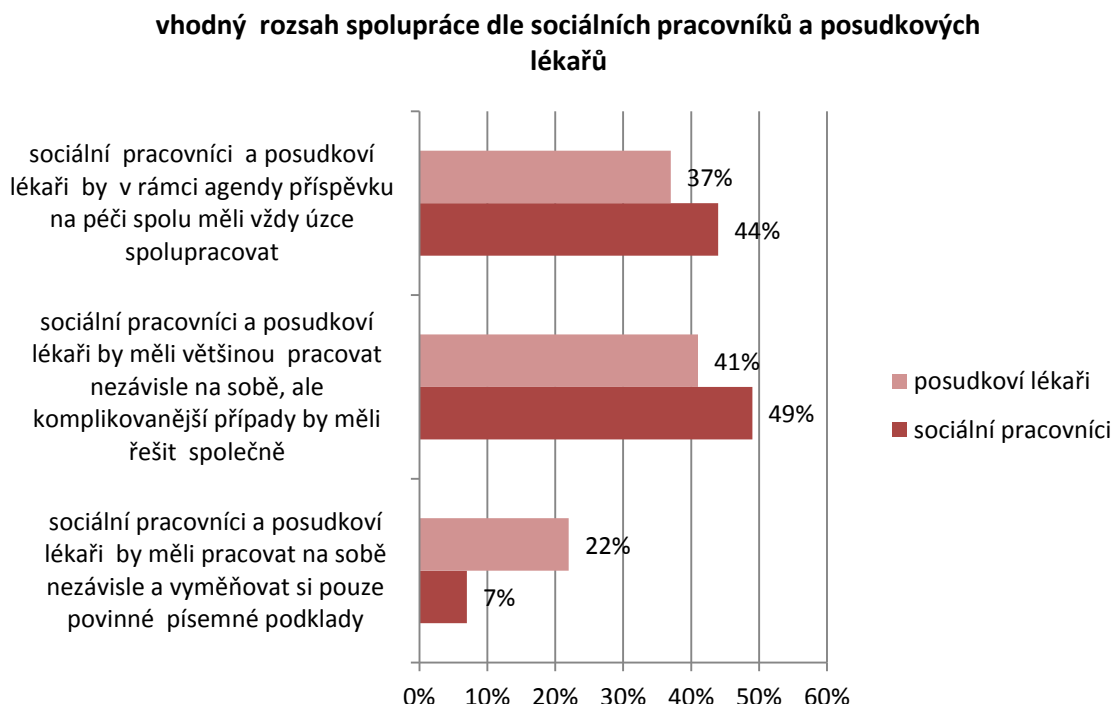
2. Měl by eliminovat či redukovat slabé stránky stávajícího modelu (prioritně vzhledem k rizikovým skupinám)

Cílem by mělo být omezení zmírněný slabých stránek současného nastavení posudkové praxe (viz kap. II.4.2.). Zejména snížení rizik, které stávající model posudkové praxe představuje pro určité typy případů či situací žadatelů.

3. Měl by být akceptovatelný ze strany pracovníků první linie

Změny směrem k posílení či rozšíření multidisciplinarity v posudkové praxi by měly být takové povahy a rozsahu, aby je byli pracovníci první linie ochotni podpořit či alespoň akceptovat a podílet se na zavádění změn do praxe. Z empirických dat získaných v dotazníkových šetřeních sociálních pracovníků agendy PnP a posudkových lékařů jednoznačně vyplývá, že ani jedni ani druzí si nepřejí zásadní změny stávající posudkové praxe. Posun k větší vzájemné spolupráci a v určitých případech i k zapojení dalších odborností by ovšem považovali za žádoucí či užitečný. Současný model, kdy se spolupráce omezuje v podstatě pouze na předávání povinných písemných podkladů, označilo za nejvhodnější model cca 22% posudkových lékařů a pouze 7% sociálních pracovníků.

Graf 5. Optimální rozsah vzájemné spolupráce.



4. Měl by být legitimní v očích uživatelů (žadatelů/pečujících osob/sociálních služeb)

Posílení a rozšíření multidisciplinarity v posudkové praxi by mělo zvýšit důvěru klientů systému v proces posouzení i výsledek posouzení – tzn. zejména v to, že:

- posouzení je objektivní;
- posouzení jejich případu je věnována pozornost, jakou jejich případ vyžaduje;
- v situaci, kdy by se objevily v posuzování jejich případu komplikace či vážné nejasnosti, jsou nastaveny mechanismy, které vedou k užší spolupráci zúčastněných odborností, případně otevírají možnost zapojení odborností dalších.

To znamená, že by uplatněním multidisciplinárního přístupu mělo dojít ke snížení pocitů arbitrárnosti rozhodování a přílišné závislosti výsledku posouzení na jediném člověku – tyto pocity bylo možno v postojích uživatelů/klientů systému v jejich zkušenostech se stávající posudkovou praxí často detekovat.

5. Měl by být transparentní - jasná práva, povinnosti, postupy, pravidla

Průběh celého řízení o příspěvku na péči, jeho pravidla, role jednotlivých aktérů v procesu posouzení stupně závislosti, a jejich povinnosti a pravomoci, vzájemné způsoby a kanály komunikace atd., to vše musí být jasné všem účastníkům procesu posuzování stupně závislosti. V této oblasti by bylo možné inspirovat se řešením, které vypracovali v dané oblasti v Rakousku – kdy ucelená informace o celém řízení je uspořádána v jednom dokumentu – v materiálu nazvaném „Slabikář posudkáře“ (Gutachterfibel, PVA 2012). Ten byl vydán primárně pro posuzující lékaře a pečovatele, ale je dostupný na internetu všem zájemcům. Na cca 130

stranách jsou podrobně rozebrány úkony péče a pomoci a jejich vyhodnocení; dále jsou zde všechny nezbytné formuláře – tj. formulář pro posudek posuzujícího lékaře a pro posudek diplomovaného pečovatele a dotazník, který je vyplňován v průběhu shromažďování informací o situaci žadatele, včetně instrukcí, jak s těmito formuláři pracovat; jsou zde uvedeny i organizační aspekty posudkové praxe a pravidla, vztahující se k náboru a činnosti posuzujících profesionálů. Materiál výrazně přispívá k transparentnosti tamní posudkové praxe, a to i pro žadatele.

6. Měl by zůstat otevřený průběžným změnám a ladění

Vzhledem k demografickým změnám, doprovázeným zejména změnami ve věkové struktuře a morbiditě obyvatelstva, stejně jako vzhledem k vyvíjejícím se koncepcím dlouhodobé péče je žádoucí, aby každý model posudkové praxe v sobě měl inherentně zabudovanou otevřenost vůči průběžným změnám a modifikacím.

IV.3. Tři fáze posílení a rozšíření multidisciplinarity v posudkové praxi posuzování stupně závislosti u příspěvku na péči

Na základě našich poznatků o stávající podobě posudkové praxe doporučujeme při posilování a rozšiřování multidisciplinarity v posudkové praxi soustředit se na tři fáze:

- I. **Zajištění větší compatibility a využitelnosti podkladů vstupujících do posuzování stupně závislosti**
- II. **Posílení a rozvoj spolupráce mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři agendy příspěvku na péči**
- III. **Rozšíření posuzování stupně závislosti o multidisciplinární poradní týmy**

První fáze je zaměřená především na větší standardizaci posudkové praxe, což je vzhledem k mohutnosti této agendy zejména co se týče objemu posuzovaných žádostí nezbytný krok. Druhá fáze se týká hlavně dosahování celkové vyšší spolehlivosti a objektivity posouzení stupně závislosti a předcházení situaci, kdy v důsledku chybějící paralelní spolupráce vyjdou případné nejasnosti a nesoulad najevo až po vydání prvního rozhodnutí. Třetí fáze, tzn. multidisciplinární poradní týmy, je zaměřena z různých důvodů obtížně posouditelné případy, které se podle našeho názoru budou po realizaci prvních dvou fází pohybovat spíše v řádu procent.

Tři navržené fáze lze připravit a realizovat zároveň či postupně, ale platí, že podmínkou úspěšného uskutečnění druhého kroku je uskutečnění prvního, a podmínkou uskutečnění třetího kroku je realizace prvních dvou.

IV.3.1. Fáze I: Zajištění větší compatibility a využitelnosti podkladů vstupujících do posuzování stupně závislosti

Hlavními podklady, které v současné době do posouzení stupně závislosti vstupují, jsou:

- ☐ záznam ze sociálního šetření vypracovaný sociálním pracovníkem ÚP ČR, který provedl sociální šetření v přirozeném prostředí žadatele;
- ☐ tiskopis „Lékařský náález pro posouzení zdravotního stavu...“ a lékařské zprávy specialistů poskytnuté praktickým lékařem žadatele;

V této oblasti jde o dosažení:

- větší vzájemné kompatibility materiálů, které slouží jako podklady pro posouzení stupně závislosti,
- většího souladu materiálů, které slouží jako podklady pro posouzení stupně závislosti, s platnými posudkovými kritérii, tzn. s tím, jaké informace posudkoví lékaři v těchto podkladech potřebují nalézt,
- celkově vyšší kvality těchto podkladů, tedy i celkově jejich vyšší věrohodnosti z hlediska posudkových lékařů.

Modifikace v oblasti Záznamu ze sociálního šetření

V obsahu a struktuře záznamu ze sociálního šetření je třeba zejména:

- změnit uspořádání záznamu tak, aby odpovídalo struktuře toho, co se posuzuje (tedy ZŽP a jednotlivým aktivitám v rámci ZŽP);
- vést sociální pracovníky k průkaznějšímu způsobu zaznamenávání informací zjištěných v rámci sociálního šetření, jednoznačnému a přesnému vyjadřování;
- umožnit sociálnímu pracovníkovi vyjádřit se z hlediska sociální práce k tomu, jakým způsobem žadatel u jednotlivých ZŽP dosahuje uspokojení dané potřeby samostatně, a které ze ZŽP/konkrétních aktivit/ nedokáže uspokojit samostatně, proč a jakou pomoc potřebuje;
- uvádět zdroje informací a vést sociálního pracovníka, aby využíval širší škálu zdrojů informací;
- zavést takovou podobu formuláře záznamu ze sociálního šetření, která jak sociálnímu pracovníkovi jako tvůrci záznamu, tak i posudkovému lékaři (případně asistentovi posudkového lékaře apod.) jako uživateli záznamu, umožní rychlou kontrolu, že záznam je úplný a obsahuje informace ke všem relevantním oblastem, a rychlou orientaci při využití těchto informací.

Pro dosažení těchto atributů záznamu ze sociálního šetření doporučujeme implementovat do praxe Záznam ze sociálního šetření tak, jak je navržen a rozpracován v certifikované metodice *Metodika sociálního šetření v rámci řízení o příspěvku na péči* (2015), a to včetně inovovaného formuláře záznamu ze sociálního šetření, vysvětlení principů tohoto záznamu a návodu na jeho vyplnění. Tato metodika byla vytvořena s cílem posílení významu sociální práce v řízení o příspěvku na péči a design formuláře byl navržen tak, aby posudkovým lékařům usnadnil využívání informací ze sociálního šetření při posuzování stupně závislosti.

Modifikace v oblasti podkladů od praktických lékařů

K dosažení celkové vyšší kvality podkladů od praktických lékařů, jejich většímu sladění s posudkovými kritérii a zvýšení jejich využitelnosti pro posudkové lékaře doporučujeme zejm.:

- přistoupit k vytvoření pružnějšího formuláře (tiskopisu „Lékařský nálezn...“) či více variant formuláře (tiskopisu):
 - odlišný formulář alespoň pro dospělé a děti;
 - nastavit formulář tak, aby přesněji odrážel posudková kritéria, podle nichž se řídí posudkový lékař;
 - zároveň tak, aby formulář umožňoval praktickému lékaři:

- diferencovat, tzn. mít větší autonomii rozhodnout se, k čemu se vyjádří obšírněji a k čemu v odůvodněných případech vůbec (zejm. je třeba vzít v úvahu poukazy řady ze zkoumaných praktických lékařů na nevhodnost formuláře pro zprostředkování komplexní informace o lidech s duševním onemocněním bez doprovodného fyzického handicapu);
- formulovat vlastní vyjádření v případech, kdy podle jejich názoru samotný popis dílčích aspektů zdravotního stavu žadatele a výčet diagnóz nestačí k postižení míry, v jaké je snížena soběstačnost žadatele a v jaké je žadatel celkově závislý na pomoci a dohledu jiné osoby (u dospělých typicky v případech tzv. geriatrické křehkosti, u dětí uváděny případy opožděného psychomotorického vývoje zatím bez stanovené diagnózy);
- zvážit flexibilnější nastavení lhůt – např. aby lékař mohl jednoduše oznámit, že lhůta nebude dodržena (např. byl nemocen, měl mít dovolenou, je období zvýšené nemocnosti atd. a nebyl upomínán) a necítil se tak nucen vyplnit formulář i za cenu nižší kvality poskytnutých informací;
- poskytovat lékařům zpětnou vazbu – informovat praktické lékaře o tom, jak byl daný případ posouzen. Praktičtí lékaři tak získají přesnější představu, jaký zdravotní stav odpovídá získání příspěvku na péči a v jakém stupni (tzn. mohou se cítit jistější i při informování pacientů); postupně získají zkušenost, jaké informace jsou pro posudkové lékaře využitelné, čemu posudkoví lékaři zejm. potřebují věnovat pozornost; poskytnutí zpětné vazby je také signál pro lékaře, že v procesu zpracování žádosti o příspěvek na péči nejsou pouze administrátoři zdravotních informací, ale partneři;
- facilitovat možnost komunikace a spolupráce mezi praktickými lékaři a posudkovými lékaři – např. doplnit písemné informace osobním (i např. telefonickým) projednáním případu či některých jeho aspektů, event. nejasností atd.
- posílit pozici praktického lékaře a informací, které poskytne – tzn. redukovat nároky, které na pacienta a celý systém zdravotní péče klade rutinní posílání k specialistům pouze kvůli žádost o příspěvek na péči – tzn. ve vzájemné spolupráci mez posudkovým lékařem a praktickým lékařem rozšiřovat počet případů, kdy postačí vyjádření praktického lékaře;
- zvážit rozšíření spolupráce sociálních pracovníků kontaktních pracovišť úřadu práce, které působí na agendě příspěvku na péči, o komunikaci/spolupráci s praktickými lékaři – několik s námi zkoumaných praktických lékařů tento aspekt zmínilo s tím, že jim vadilo možné dublování (poskytovaných informací), nejasně vymezené a překrývající se oblasti zjišťování informací o žadateli. Několik praktických lékařů v této souvislosti naznačovalo potřebu větší provázanosti jejich práce s prací sociálního pracovníka v této oblasti.

IV.3.2. Fáze II: Posílení a rozvoj spolupráce mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři agendy příspěvku na péči

Úzkou spoluprací mezi sociálními pracovníky agendy PnP ÚP ČR a posudkovými lékaři je nezbytné ustavit jako samozřejmou součást posudkové praxe. Vzhledem k tomu, že sociální práce a posudková medicína jsou dvě odbornosti, na nichž posudková praxe posuzování stupně závislosti u příspěvku na péči stojí od samotného zavedení této dávky, ustavila se různá míra a intenzita spolupráce v určitých lokalitách mezi některými sociálními pracovníky a posudkovými lékaři spontánně. Jak jednoznačně ukázala kvantitativní data z dotazníkových šetření jak pracovníků agendy PnP, tak posudkových lékařů, setkávání, komunikace a spolupráce sociálních pracovníků a posudkových lékařů je spíše výjimkou. Z kvalitativních dat (např. Fokussní skupina II) však jasně vyplývá, že tam, kde lze příklady dobré praxe v oblasti spolupráce najít, dochází k celkovému zkvalitnění posudkové praxe.

Doporučení ke změně a/či ustavení charakteristik a různých typů podmínek spolupráce

Při formulaci níže uvedených doporučení vycházíme z analýzy stávající praxe v rámci teoretického modelu multidisciplinarity - viz. teoretické vymezení multidisciplinárního modelu spolupráce v kapitole II.2., a dále závěr kapitoly II.3.2. „Shrnutí: povaha spolupráce mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem v posudkové praxi z hlediska konceptu multidisciplinarity“. Na základě poznatků z jednotlivých výzkumných činností doporučujeme směřovat ke změnám, rozšíření či zpřesnění spolupráce a nastavení podmínek spolupráce mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři zejména v následujících oblastech:

Nastavení charakteristik spolupráce

❑ Cíle:

- **explicitní vymezení cílů práce jednotlivých odborností** /tedy sociálních pracovníků a posudkových lékařů/ - je třeba výslovně vymezit, co je v rámci posuzování stupně závislosti pro příspěvek na péči cílem práce jednotlivých odborností; tyto cíle nebudou vyplývat z administrativních a procedurálních potřeb agendy příspěvku na péči, ale půjde o meritorní cíl/cíle - tedy o cíle vyplývající ze smyslu a účelu dávky PnP a jejího poskytnutí. Takto definovaný cíl může být stejně či odlišně definovaný pro různé zúčastněné obory, ale v případě, že různé odbornosti budou sledovat různé cíle, budou tyto cíle definovány tak, aby byly vzájemně komplementární a druhý (další) ze zúčastněných oborů bude vědět a chápat, jaké cíle druhé (další) odbornosti naplňují.
- **explicitní stanovení cíle/cílů vzájemné spolupráce** - vymezit, k čemu má spolupráce mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři směřovat, co má být výsledkem spolupráce. Bez vymezení cíle/cílů vzájemné spolupráce by nebylo možné posoudit, zda spolupráce přináší očekávané výsledky.

❑ Jasně vymezení rolí a popis činností jednotlivých odborností:

Role sociálních pracovníků a posudkových lékařů v posuzování stupně závislosti je třeba jasně popsat a teprve z tohoto popisu vyvodit jednotlivé činnosti. Tedy nikoliv naopak, tzn. nevyvozovat roli z činností, které jednotliví aktéři v rámci řízení o PnP v současné posudkové praxi vykonávají. Vymezení rolí a činností musí být dále vzájemně srozumitelné, a bylo mj. jasné, proč některé činnosti dělají, co se od nich očekává atd.

❑ Metodiky a metodické vedení – vytvoření jednoznačných a srozumitelných metodik a přehledného metodického vedení:

- některé oblasti metodik a metodického vedení mohou posudkoví lékaři a sociální pracovníci sdílet. **Tento společný metodický základ** by měl obsahovat zejména:
 - definice základních pojmů, vymezení účelu příspěvku na péči;
 - popis průběh celého řízení o příspěvek na péči a jeho pravidla;
 - práva a povinnosti jednotlivých aktérů řízení o příspěvku na péči – tzn. nejen sociálních pracovníků a posudkových lékařů, ale i dalších aktérů, např. praktických lékařů, žadatelů, atd.
 - role a základní činnosti sociálních pracovníků a posudkových lékařů;

- povinnosti a pravomoci sociálních pracovníků a posudkových lékařů;
- popis způsobů a prostředků komunikace mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři;
- pravidla spolupráce mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři;
- kasuistiky – rozpracované případy dobré posudkové praxe, zejm. zaměřené na uplatňování spolupráce mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem při řešení nejednoznačných/ komplikovaných případů.
- **specifické metodické materiály a pokyny** - další metodické materiály mohou být v závislosti na specifických cílech, specializovaných činnostech a rolích a typu odbornosti odlišné, ale nesmějí:
 - se vzájemně vylučovat;
 - být v rozporu se společnými metodikami/metodikou.

Zároveň je žádoucí, aby sociální pracovníci a posudkoví lékaři byli alespoň rámcově obeznámeni s tím, jaké specifické metodické pokyny se vztahují na práci jejich protějšku v posuzování stupně závislosti, a aby tyto metodiky byly vzájemně dostupné.

☐ **Institucionalizace paralelního způsobu spolupráce:**

To znamená zavedení takových způsobů spolupráce do posudkové praxe, které umožní řešit konkrétní případy či konkrétní problémy společně z pozic každého ze zúčastněných oborů současně, nikoliv se k nim vyjadřovat pouze následně.

☐ **Zajištění větší komplementarity výsledků práce jednotlivých oborů a aditivní povahy konečného výstupu z posouzení:**

Větší vzájemná komplementarita dílčích výsledků práce jednotlivých odborností bude pravděpodobně dosažena už jasným vymezením cílů a rolí a vytvořením adekvátních metodik a metodického vedení. Nicméně aby potenciál komplementarity byl reálně využit v konečném výstupu, tzn. aby se ve výstupu skutečně adekvátním způsobem odrážel přínos a perspektiva jednotlivých zúčastněných odborností a aby se zároveň s tím dosáhlo větší vnitřní a vnější koheze tohoto výstupu (tzn. jednotlivé „nálezy“ a „závěry“ nejsou v rozporu a celkový posudkový závěr není v rozporu se zdravotním stavem, mírou funkčních deficitů a potřebou péče u daného žadatele) je **nutné jasně formálně stanovit parametry posudkového závěru** (tzn. jak má být posudkový závěr formulován; jaká má být jeho struktura; co má být bráno v úvahu; jak se řeší případné nesoulady hledisek různých odborností; jak má být odůvodněn).

Nastavení podmínek spolupráce

☐ **Systémové podmínky**

- **právní rámec a jeho interpretace/aplikace** - stávající právní rámec spolupráci mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři nebrání, ale ani ji neusnadňuje/explicitně nevyžaduje. Není tedy překážkou rozvoje spolupráce mezi těmito odbornostmi, ale změna legislativního rámce směrem k posílení kooperace či k povinnosti kooperovat a k vyrovnání pozic jednotlivých odborností by mohla rozvoj spolupráce mezi sociálními pracovníky sjednotit v rámci všech lokalit ČR, tj. neponechat rozvoj spolupráce jen na vstřícnosti jednotlivých pracovníků/pracovišť.

- **forma a struktura záznamu ze sociálního šetření** - je třeba sjednotit a strukturovat záznam ze sociálního šetření tak, aby jeho obsah a uspořádání odpovídalo uplatňovaným posudkovým hlediskům, tedy ZŽP, jednotlivým aktivitám v rámci ZŽP, vyhláškou stanovenému způsobu hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby.
- **vymezení typů případů, které vyžadují užší spolupráci** - vymezení typů případů či situací, v níž je nezbytná úzká spolupráce mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem. Vymezení těchto typů případů by mohlo být součástí pravidel spolupráce v rámci společných metodických materiálů;
- **pravidla a povinnosti v oblasti spolupráce** - jasná jednotná úprava formálních pravidel a rámce spolupráce (zahájení spolupráce, povinnost reagovat na výzvu je spolupráci, ev. lhůty).

❑ Organizační podmínky

- **personální vybavení a pracovní zátěž** - je třeba rozšířit prostor pracovníků pro vzájemnou spolupráci snížením jejich aktuální pracovní zátěže navýšením personálního obsazení pracovišť nejen co se týče o počty sociálních pracovníků a posudkových lékařů, ale rovněž administrativních pracovníků, případně asistentů, kteří zajistí formální a administrativní správnost řízení. Stávající vysoká pracovní zátěž zejména na straně posudkových lékařů byla označována jako jedna z vážných překážek větší spolupráce. Na straně sociálních pracovníků by navýšení jejich počtu mělo přispět také ke zvýšení reálné časové dotace na provedení sociálního šetření a zpracování záznamu ze sociálního šetření.
- **organizace zpracování žádosti** - to se týká především agendy PnP na kontaktních pracovištích ÚP, zejména omezení či zrušení využívání externích pracovníků na provádění sociálního šetření; zajištění kontinuity vyřizování žádosti s tím, že se v ideálním případě jeden sociální pracovník bude žádostí zabývat od jejího přijetí, přes provedení sociálního šetření, po vydání rozhodnutí a zajistí i nezbytnou kooperaci s posudkovým lékařem, zapojení dalších odborností, apod. a bude zodpovídat za správnost a úplnost posouzení. Taková organizace vyřizování žádosti nevylučuje zapojení administrativních pracovníků, ale jde o to, aby jeden sociální pracovník měl přehled o vyřizování žádosti, vykonával činnosti sociální práce, které prolínají celým řízením o příspěvek na péči, a měl přehled o situaci žadatele – a z této pozice dokázal pak informovaně spolupracovat s posudkovým lékařem.
- **organizační nastavení vzájemné komunikace** - je nezbytné vytvořit uživatelsky jednoduchý způsob komunikace a možnosti výměny/projednání informací, podkladů, problémových aspektů konkrétního případu/žádosti: Nezbytný je adresný a přímý (nezprostředkovaný) kontaktu mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem, kteří mají danou žádost na starosti:
 - vždy musí být jasné, kdo ze sociálních pracovníků vyřizování žádosti řídí a kdo prováděl sociální šetření a na druhé straně, kdo z posudkových lékařů provádí posouzení stupně závislosti;
 - je třeba zajistit, aby sociální pracovníci i posudkoví lékaři na sebe měli přímé telefonní a emailové kontakty;
 - vytvořit platformu v podobě společného informačního systému, kde by část informací mohli posudkoví lékaři sdílet/ladit/doplňovat paralelně.

- institucionální podpora případových setkání, kdy by komplikovanější či nejasné a nejednoznačné aspekty konkrétních žádostí byly řešeny na osobních setkáních sociálního pracovníka a posudkového lékaře/případně v širším týmu;
- zavedení společných setkávání - organizace pravidelných společných porad/metodických setkání/školení atd.

❑ Interakční podmínky

- **posilování vzájemného profesního respektu** -
 - je třeba systémově (viz výše právní rámec; pravidla v oblasti spolupráce) a organizačně oslabovat možnosti uplatňování dominance jednoho z oborů;
 - směřovat ke kultivaci rovnocenné spolupráce a omezování rivality mj. snahou o to, aby každý z aktérů chápal roli, význam, cíle a smysl činností obou zúčastněných odborností;
 - zavedení supervize;
 - možnost mediace komunikace v případě, že mezi některými posudkovými lékaři a sociálními pracovníky spolupráce dlouhodobě nefunguje či dojde k vážnému konfliktu;
- **jazyk oborů** – společný jazyk posudkové praxe:
 - vyhnout se v maximální možné míře nadužívání žargonu daných oborů; vyjadřovat se vzájemně srozumitelně;
 - snažit se předcházet používání jazyka, termínů, zkratk atd., o nichž je možné předpokládat, že druhý obor může mít potíže jim porozumět;
 - vést příslušníky obou odborností k tomu, aby neměli sklon demonstrovat fundovanost či dokonce převahu nadužíváním specifického profesního jazyka;
 - sjednotit používání termínů/terminologie posudkové praxe
- **standardy mezioborové komunikace** - v rámci kultivace multidisciplinární spolupráce a vzájemné komunikace by bylo vhodné formulovat principy a vytvořit standardy dobré spolupráce a komunikace a ustavit příklady či modely dobré praxe v této oblasti.

IV.3.3. Fáze III: Rozšíření posuzování stupně závislosti o multidisciplinární posouzení v širším týmu

Napříč všemi zkoumanými skupinami včetně posudkových lékařů se určitá část účastníků výzkumu přiklání k názoru, že v určitých případech či situacích by bylo žádoucí, aby byly do posouzení stupně závislosti zapojeny i další odborníci/odbornosti, a to z oblasti medicínské i nemedicínské.

Zapojení dalších odborníků/odborností do posuzování stupně závislosti je na rozdíl od dvou předchozích kroků /tedy snaze o větší vzájemnou kompatibilitu podkladů a jejich větší konsistenci s posudkovými kritérii; snaze dosáhnout multidisciplinární povahy spolupráce mezi sociálními pracovníky agendy PnP a posudkovými lékaři/ úplně nový prvek posudkové praxe. Zatímco předchozí dva navrhované kroky vyžadují spíše vnesení přesnější struktury a pravidel do stávající posudkové praxe, případně modifikace a zpřesnění jejích parametrů, zapojení dalších odborníků do posuzování stupně závislosti a rozhodování v týmu znamená rozpracovat a implementovat novou součást posudkové praxe. Proto právě u implementace tohoto prvku je třeba nejvíce dbát na to, aby forma,

rozsah a způsob, jakým bude zaveden do praxe odpovídal obecným parametrům, které jsme vymezili výše v části VI.1 a 2.

Především jde o to, aby vnesením tohoto prvku do posudkové praxe nebyla narušena robustnost systému a zároveň tento prvek byl schopen přispět k redukci identifikovaných rizik v míře, která vyváží náklady spojené se zavedením a fungováním tohoto prvku. Proto je třeba promýšlet zejména rozsah, v jakém bude tento prvek do posudkové praxe zapojen, a to především z těchto hledisek:

- **velikost týmu a rozsah odborností, které by participovaly na týmovém posouzení** - kolik členů budou multidisciplinární poradní týmy mít, jaké odbornosti bude třeba do týmu zařadit, kdo bude určovat složení týmu v daném případě, to vše bude ovlivňovat především rychlost a flexibilita fungování tohoto prvku posudkové praxe;
- **počet/podíl případů, kterých by se posouzení v multidisciplinárním poradním týmu týkalo** - tedy to, 1/ jak budou vymezeny případy, které by měly být předmětem týmového posouzení; a 2/ do jaké míry bude toto vymezení obligatorní. To jsou hlavní faktory, který ovlivní, jaký podíl ze všech posuzovaných případů projde týmovým posouzením, a tedy jak rozsáhlý bude muset být tento nový prvek posudkové praxe;
- **míra závaznosti/povinností, které budou s multidisciplinárním týmem svázány** - kromě míry závaznosti co se složení poradního týmu a vymezení týmem posuzovaných případů týče, bude záviset efektivita, plynulost a celkový přínos poradních týmů na nastavení pravidel, míře závaznosti a povinností spojených s fungováním poradních týmů – nízká závaznost, nedostatečné upravení pravidly a povinnostmi by snižovalo transparentnost fungování tohoto prvku posudkové praxe a ohrožovalo jeho legitimitu, naopak příliš striktní svázání pravidly by ohrožovalo akceschopnost poradního týmu a schopnost situačního přístupu k posuzování daného případu.

Toto jsou tedy tři hlavní hlediska, která je třeba zvažovat a která byla mj. také v centru pozornosti a debaty účastníků expertní fokusní skupiny (Fokusní skupina II), zaměřené právě na různé aspekty fungování multidisciplinárních poradních týmů.

IV.3.3.1. Složení multidisciplinárních poradních týmů

Zapojení dalších oborů a odborností do posuzování nároku na příspěvek na péči v případech, u jejichž posouzení může zapojení dalších odborností přispět k přesnějšímu určení stupně závislosti, není v zahraničí u podobných dávek neobvyklé. V Rakousku, jehož systém má našemu asi nejbližší, stanoví Vyhláška spolkové ministryně práce, zdraví a sociálních věcí z roku 1999 o posouzení potřeby péče podle spolkového zákona o příspěvku na péči, která rozpracovává všechna bližší ustanovení ohledně posouzení potřebnosti péče, že v případě potřeby komplexního posouzení situace žadatele v oblasti péče je třeba přizvat odborníky i z jiných oblastí, než je posudková medicína, např. speciální pedagogika, sociální práce, psychologie či psychoterapie.

Dále platí, že v Rakousku od 4. stupně závislosti posuzuje profesionální diplomovaný pečovatel. Na základě pilotního projektu se totiž ukázalo, že potřebu péče u žadatelů s vyššími stupni vyhodnocují profesionální pečovatelé přesněji než lékaři. Proto se tento model včlenil do celorakouské praxe. Právní úprava či další úpravy posudkové praxe v Rakousku dále posuzujícímu lékaři/diplomovanému specialistovi ukládá, že povinně musí získávat informace o situaci žadatele nejen z lékařských zpráv, vlastního vyšetření a rozhovoru se žadatelem, ale i:

- od osob, které o žadatele pečují, a to jak v domácnosti, tak v zařízení;

- z dokumentace o péči u žadatelů v zařízení a žadatelů s ambulantní/terénní službou;
- dále u osob, které vyžadují speciální péči vymezenou zvláštním zákonem, musí být zohledněna sdělení pečovatelských (Betreuungskräfte), a zohledňuje se i dokumentace o péči a domácí účetnictví. Pečovatelé jsou povinni podat vyžádané informace.
- při posuzování osob s psychickým nebo duševním postižením se obzvláště doporučuje zohlednit i dokumentaci vztahující se k péči a zprávy o péči (Pflegeberichte), a je-li to třeba, mají se k posouzení přizvat i odborní lékaři z oboru neurologie nebo psychiatrie.

V České republice v posudkové praxi posuzování příspěvku na péči v první instanci zkušenost s přímou participací dalších odborností/odborníků není, ale dosavadní zkušenosti s posudkovou praxí ukazují, že by některé typy odborností bylo žádoucí zapojit. Co se týče konkrétních odborníků/odborností, které by z hlediska zkušeností z dosavadní posudkové praxe bylo vhodné do poradních týmů spolu s posudkovými lékaři zapojit, shodovali se účastníci výzkumu včetně expertů účastnících se Fokusní skupiny II, že v různých situacích a různých případech má opodstatnění zapojit do poradních týmů odborníky medicínských i nemedicínských oborů a odborností:

Nejčastěji byly jmenovány tyto **obory/odbornosti**:

- medicínské - jako členové posudkového týmu, tedy nad rámec toho, že se lékařské zprávy z těchto a dalších oborů běžně stávají součástí lékařských podkladů, na jejichž základě posudkový lékař rozhoduje:
 - pediatrie,
 - praktické lékařství pro dospělé,
 - geriatrie,
 - neurologie,
 - psychiatrie,
 - revmatologie,
 - ortopedie.
- Dle účastníků expertní fokusní skupiny musí být splněna podmínka, že pokud to není již v samotné povaze daného oboru /pediatrie, geriatrie/, musí být členem poradního týmu odborník, který je v rámci dané specializace zároveň odborníkem na danou věkovou skupinu – tzn., např. dětský neurolog, pedopsychiatr, apod.
- nemedicínské:
 - sociální pracovník – dle cílové skupiny, na kterou se zaměřuje;
 - sociální pracovník agentury PnP;
 - speciální pedagog - dle cílové skupiny, na kterou se specializuje (např. děti s autismem);
 - psycholog/klinický psycholog;
 - klinický logoped;
 - fyzioterapeut/ergoterapeut.

Nemedicínské obory byly častěji zmiňovány v souvislosti s posuzováním stupně závislosti u dětí.

Pokud jde o **velikost multidisciplinárních poradních týmů**, názory účastníků výzkumu, zejména expertů, se klonily nejčastěji k tomu, že:

- je to situační záležitost, tzn. nejen zastoupení konkrétních odborností, ale i počet členů týmu se bude odvíjet od posuzovaného případu – např. v některých případech komorbidit, kdy není snadné určit, jak se kombinace různých onemocnění či zdravotních postižení může projevit na celkové soběstačnosti posuzovaného.
- nicméně je pravděpodobné, že praxe se ustálí obvykle na dvou až tříčlenných týmech, které se budou nejčastěji skládat z:
 - posudkového lékaře a specialisty daného medicínského či nemedicínského oboru/specializace;
 - posudkového lékaře, sociálního pracovníka agendy PnP a specialisty daného medicínského či nemedicínského oboru/specializace;
 - posudkového lékaře a dvou specialistů daného medicínského či nemedicínského oboru/specializace;
- z širokého spektra posuzovaných případů by dále bylo možné vytipovat okruh případů, které by mohl posoudit multidisciplinární tým bez účasti posudkového lékaře - tato varianta by vyžadovala výraznější zásah do stávající právní úpravy, nicméně její úspěšné vyladění, pilotování a zavedení do praxe by představovalo úlevu pro posudkové lékaře, co se kvantitativně posuzovaných případů týče. Pro tuto variantu byly účastníky výzkumu jmenovány nejčastěji následující alternativy:

- sociální pracovník agendy PnP, praktický lékař
- sociální pracovník PnP, geriatr

zmiňováno zejména u žadatelů vysokého věku, u nichž je pravděpodobné, že v důsledku geriatrické křehkosti přispěvek potřebují, i kdyby neměli vážnou diagnózu

- sociální pracovník agendy PnP, pediatr
- sociální pracovník agendy PnP, specialista medicínského oboru se zaměřením na děti

zmiňováno u malých dětí, cca do věku 7 let, např. s nejasnou dg., kolísavým zdravotním stavem apod.

IV.3.3.2. Vymezení případů pro multidisciplinární poradní týmy

To, jaké přesně bude složení multidisciplinárního týmu a jaké odbornosti budou participovat, bude záležet především na tom, jakým způsobem budou vymezeny situace/případy, v nichž bude multidisciplinární tým rozhodovat.

Vymezení případů by mělo být odvozeno od toho, jaké typy případů/situací byly v současné posudkové praxi identifikovány jako rizikové (viz kap. II.4). Je otázka, jak závažně a na jaké rovině obecnosti. Ze získaných poznatků o zkušenostech a názorech relevantních aktérů, zejm. zástupců jednotlivých

odborností (např. Fokusní skupina II) vyplývají následující doporučení týkající se způsobu určení případů, v nichž by mělo být využito multidisciplinárního poradního týmu:

1. CO NENÍ VHODNÉ ŘEŠENÍ a PROČ:

- není žádoucí taxativní výčet zdravotních stavů/diagnóz, který by přesně definoval, v jakých situacích je závazné svolat multidisciplinární tým. Takové řešení by bylo v rozporu s tím, že posudková praxe a nároky na posudkovou praxi se vyvíjejí, mj. i spolu s tím, jak se mění složení žadatelů o příspěvek na péči (např. v souvislosti s demografickým vývojem);
- způsob vymezení případů pro posuzování v multidisciplinárním týmu není vhodné zakotvit v právních předpisech – tzn. ve vyhlášce nebo v zákoně, a to z důvodu složitosti a délky případného změnového procesu; legislativa není schopna pružně a časově úměrně reagovat na potřebné změny, úpravy, posun v nárocích na posudkovou praxi atd.

2. CO JE VHODNÉ a PROČ

- vytvořit závazný Metodický pokyn, v němž by byl způsob a jasně stanovená pravidla určení případů pro posouzení poradním týmem podrobně rozpracován. Dle současné praxe a v souladu s legislativně zajištěným svobodným přístupem k informacím jsou Metodické pokyny na oficiálních webových stránkách (např. ČSSZ), což zaručuje přijatelnou míru transparentnosti a předvídatelnosti pro uživatele systému; metodický pokyn je pružnější, co se týče potřebných změn a upřesnění, které vzejdou jednak ze zkušeností s multidisciplinárním posuzováním, a dále pak z vývoje posudkové praxe a změn nároků na posudkovou praxi;
- vymezení okruhu případů, které mají být předmětem multidisciplinárního posouzení je úkolem pro metodiky, ale obecně lze doporučit:
 - vymezení parametrů případů/situací, které multidisciplinární posouzení vyžadují;
 - v některých situacích/případech stanovit posouzení v multidisciplinárním týmu jako závazné, v jiných jako doporučené a u doporučených se omezit na jejich demonstrativní výčet, tzn. ponechat prostor zúčastněným profesionálům rozhodnout, kdy svolat multidisciplinární tým. Podrobněji viz níže.
 - konkrétní diagnózy či skupiny diagnóz nepoužívat jako parametr definování případů, v nichž je třeba angažovat multidisciplinární poradní tým, ale využívat je v metodickém pokynu jako příklady či upozornit na to, jakých diagnóz či konkrétních zdravotních stavů se daná situace typicky týká (např. bude-li situace definována jako „kolísavý zdravotní stav“, může být jako ilustrace uvedena např. farmakoresistentní epilepsie apod., viz kap. II.4.)
 - součástí metodického pokynu by měly být rozpracované příklady multidisciplinárně posuzovaných případů.

3. NÁVRH VYMEZENÍ PŘÍPADŮ POSUZOVANÝCH MULTIDISCIPLINÁRNÍM PORADNÍM TÝMEM:

- Situace a případy, v nichž by bylo posouzení v multidisciplinárním poradním týmu POVINNÉ:
 - situace vážného rozporu - pokud dojde k výraznému nesouladu mezi informacemi v podkladech, které posudkový lékař obdrží od sociálního

pracovníka a od praktického lékaře; pokud jsou výrazně rozdílná stanoviska a náhled na situaci a míru soběstačnosti žadatele u sociálního pracovníka, který prováděl sociální šetření a u posudkového lékaře, který danou žádost posuzuje;

- situace, kdy není daná diagnóza či některá z diagnóz, pokles soběstačnosti je dlouhodobý, ale míra omezení a oblasti, v nichž dochází k omezení funkčních schopností, nejsou v důsledku nejasné příčiny snadno posouditelné; situace, kdy diagnózu lze stanovit, ale na její stanovení se v důsledku nedostatku specialistů v dané oblasti neúměrně dlouho čeká – např. půl roku a déle.
- **Situace a případy, v nichž by bylo posouzení v multidisciplinárním týmu DOPORUČENÉ:**
 - obecně v případech, které se některému ze zúčastněných profesionálů jeví jako **sporné** (např. některé případy infantilního autismu);
 - když **nejde o nemoc**, ale o „soubor příznaků“ – (např. syndrom geriatrické křehkosti);
 - případy opakovaných neúspěšných žádostí o příspěvek na péči či o jeho zvýšení.
- **Situace a případy, u nichž by bylo VHODNÉ UVÁŽIT posouzení multidisciplinárním týmem:**
 - vzácné choroby;
 - zdravotní stavy s nejasnou prognózou, (např. stavy po úrazech);
 - výrazně kolísavé zdravotní stavy;
 - zdravotní stav či zdravotní postižení, které jako hlavní formu péče vyžaduje dohled, ale rozsah dohledu a schopnost zvládat některé úkony bez dohledu se obtížně posuzuje;
 - situace, kdy nastává nebo je možné očekávat vážný nesoulad až roztržku mezi žadatelem/pečující osobou/rodinou a profesionály v procesu posouzení (sociální pracovníky, posudkovými lékaři).

IV.3.3.3. Podmínky fungování multidisciplinárních poradních týmů

Pro práci multidisciplinárních poradních týmů je třeba připravit podmínky, které by fungování těchto týmů umožňovaly. Tyto podmínky bude třeba upřesňovat a ladit dle zkušeností s fungováním multidisciplinárních poradních týmů, tzn. bez alespoň prvotní pilotáže je obtížné stanovit optimální podmínky fungování multidisciplinárních poradních týmů.

Nastavení základních podmínek fungování multidisciplinárních poradních týmů bylo jedním z klíčových témat zejm. expertní fokusní skupiny (Fokusní skupina II). Z hlediska konceptu multidisciplinarity rozpracovaného v části II.2., zejména podmínek multidisciplinární spolupráce, lze doporučení vyplývající z poznatků našeho výzkumu shrnout následovně:

Systémové podmínky

- možnost posuzování v multidisciplinárním týmu je třeba zakotvit do platné legislativy a legislativně ošetřit status multidisciplinárních poradních týmů;
- je třeba legislativně ošetřit status/pravomoci členů týmu;

- je třeba konkrétním specialistům, kteří se budou na multidisciplinárním posouzení podílet, zajistit základní proškolení v příspěvku na péči a v posuzování nároku na příspěvek;
- na úrovni krajů vytvořit síť vhodných odborníků různých oborů; v případě velmi málo zastoupených odborností na úrovni celorepublikové, tedy není vždy nutné, aby multidisciplinární tým rozhodoval v místě, kde žadatel žije;
- je třeba alokovat finanční zdroje a určit způsob a výši úhrad činnosti členů multidisciplinárního týmu; výše odměn za participaci v týmu musí být motivační (*účastníci expertní fokusní skupiny navrhovali jako jedno z řešení způsob a výši odměn analogickou odměňování specialistů posudkových komisí MPSV, tj. 2. instance*).

Organizační podmínky

- je potřeba vytvořit podmínky/prostředí, v němž se mohou členové multidisciplinárního týmu sejit; to, aby se tým skutečně sešel, je nezbytné, nemůže jít např. o písemnou, telefonickou domluvu;
- vytvořit IT platformu, kde lze řešit organizační záležitosti týkající se svolání týmu, sdílet informace, které se daného případu týkají, mít snadný přístup k materiálům (metodikám, právním předpisům atd.) upravujícím posudkovou praxi;
- stanovit kompetence, co se týče rozhodnutí o svolání týmu. V tomto bodě se účastníci expertní fokusní skupiny přiklonili k jako nejvhodnějším řešení, že:
 - rozhodnutí svolat multidisciplinární tým činí posudkový lékař;
 - sociální pracovník agendy PnP má právo svolání multidisciplinárního týmu posudkovému lékaři písemně navrhnout a uvést důvody;
 - pokud posudkový lékař návrhu sociálního pracovníka nevyhoví, musí toto písemně odůvodnit;
 - ideální situace je svolání týmu na základě komunikace a po vzájemném konsensu mezi sociálním pracovníkem agendy PnP a posudkovým lékařem;
- stanovit, kdo má po organizační stránce koordinaci členů týmu a svolání multidisciplinárního týmu v popisu práce, tedy určit, kteří z administrativních pracovníků budou mít logistiku svolávání týmu na starosti – nejen oslovování specialistů, ale i řízení efektivního využití svolaného týmu tak aby, pokud se tým sejde, mohl projednat více případů, které lze projednat ve stejném složení týmu. Tato koordinace bude zahrnovat spolupráci s dalšími pracovišti LPS.
- stanovit určité uspořádání a časový rámeček jednání multidisciplinárního týmu - respektovat předem danou strukturu a délku jednání poradního týmu (*např. že jednání uvede ten, kdo jednání týmu inicioval, vysvětlí důvody, co je konkrétně je třeba vyjasnit; prostor pro vyjádření jednotlivých odborníků; kdo povede diskusi atd.*)
- vytvořit způsob zaznamenání průběhu a výsledků jednání multidisciplinárního poradního týmu – tzn. proškolení administrativního pracovníka, který bude schopen jednání týmu zapsat či zajistit zaznamenání (např. nahrávku) a na základě záznamu vytvořit strukturovaný *Protokol o výsledku jednání poradního týmu*. Tento protokol se stane součástí spisové dokumentace.

Interakční podmínky

- je třeba jasně vymezit role členů multidisciplinárního týmu;

- vytvořit rámec, v němž mají jednotlivé obory/odborníci rovnocenné postavení; vzájemný respekt vůči ostatním zúčastněným oborům;
- zajistit, aby každý z přítomných specialistů měl adekvátní prostor se k posuzovanému případu vyjádřit;
- komunikaci mezi členy týmu vést tak, aby nešlo pouze o jednostrannou výměnu informací, *např. aby nesměřovalo jen vyjádření specialisty směrem k posudkovému lékaři či obousměrnou výměnu informací, tedy účastníci si jen vymění stanoviska k případu, ale o skutečnou součinnost – tzn. společné posuzování případu*;
- určit, jak bude probíhat jednání o stupni závislosti a kdo provede finální rozhodnutí o stupni závislosti v posuzovaném případě; s ohledem na to, že v současné době nese konečnou zodpovědnost za vydání posudkového závěru posudkový lékař, je třeba toto zohlednit i v kompetencích posudkového lékaře, co se týče konečného rozhodnutí. Jednou z možností proto je:
 - členové multidisciplinárního týmu se seznámí s podklady (záznam ze sociálního šetření, tiskopis vyplněný praktickým lékařem, zprávy z vyšetření specialistů) a společně podrobněji proberou posuzovaný případ;
 - jednu po druhé diskutují základní životní potřeby (ZŽP) a zaměří se na to, do jaké míry z jejich hlediska posuzovaný zvládá či nezvládá uspokojení každé z těchto ZŽP;
 - snaží se dospět ke shodě o tom, v jakých základních životních potřebách je žadatel závislý na pomoci druhé osoby;
 - u každé ZŽP je zaznamenáno, zda všichni členové týmu došli v otázce jejího zvládnutí či nezvládnutí ke shodě či nikoliv;
 - pokud ke shodě nedojde, je třeba tyto ZŽP v týmu znovu projednat a zvážit argumenty, které mají jednotliví členové pro či proti uznání uspokojení dané ZŽP jako nezvládnuté bez pomoci jiné fyzické osoby;
 - u ZŽP, u nichž nedojde ani po opakovaném projednání ke shodě, zaznamenat, jaký byl názor jednotlivých členů týmu;
 - u ZŽP, u nichž nedošlo ke shodě mezi všemi členy týmu, má rozhodující slovo posudkový lékař. Svoje rozhodnutí musí odůvodnit – ať již se rozhodne pro uznání či neuznání uspokojení dané ZŽP jako nezvládnuté bez pomoci jiné fyzické osoby. *(např. pokud nebyl členem týmu sociální pracovník agentury PnP, který provedl sociální šetření, může být u některých ZŽP pro rozhodnutí důležitá informace ze záznamu ze sociálního šetření)*;
 - pokud se členové multidisciplinárního týmu nemohou v daném případě výrazně shodnout, tzn., že se jejich stanoviska liší ve 3 a více posuzovaných ZŽP, musí posudkový lékař zajistit zpřesnění podkladů a svolání týmu zopakovat, případně přizvat dalšího specialistu.

IV.3.3.4. Výstup z posouzení multidisciplinárním týmem

Jak už bylo zmíněno výše, z jednání multidisciplinárního poradního týmu bude pořízen záznam a strukturovaný *Protokol o výsledku jednání poradního týmu*. Tento protokol by měl obsahovat zejména:

- kdo dal návrh na svolání multidisciplinárního týmu;
- z jakých důvodů bylo k multidisciplinárnímu posouzení přikročeno;
- kdo byli členové týmu;

- jak byly jednotlivé ZŽP posouzeny – u ZŽP, u nichž došlo ke shodě všech členů týmu, stačí uvést, že se členové týmu shodli na tom, že žadatel uspokojení dané ZŽP zvládá/nezvládá bez pomoci jiné fyzické osoby; u ZŽP, u nichž ani po opakovaném projednání nedošlo ke shodě, je třeba rozepsat, k jakému názoru se jednotliví členové poradního týmu přiklonili;
- v případě ZŽP, u nichž tým nedošel ke shodě, uvést, k jakému rozhodnutí dospěl posudkový lékař a odůvodnění;
- v případě výrazné neshody – tzn. u tří a více ZŽP je třeba popsat, jaký další postup posudkový lékař navrhuje.

V samotném posudkovém závěru bude v případě, že půjde o multidisciplinární posouzení, navíc oproti jeho stávající podobě uvedena ve zkrácené formě informace z Protokolu:

- kdo byli členové týmu;
- u kterých ZŽP došlo ke shodě a u kterých nikoliv;
- u ZŽP, u nichž nedošlo ke shodě, bude uvedeno a odůvodněno, jakým způsobem se posudkový lékař s touto neshodou vyrovnal a jak u těchto ZŽP rozhodl.

IV.4. Pozitivní dopady, rizika a náklady na zavedení multidisciplinárního posuzování

Hlavní problémem této oblasti z hlediska predikce a analýz je komplikovaná práce s primární datovou základnou. Na systému příspěvku na péči včetně samotného posuzování stupně závislosti se podílí více subjektů. Ty však nejsou schopny rychlé, efektivní komunikace v reálném čase. Pokud by se vyjádřily náklady na jednotlivé úkony při posuzování nároku na PnP, myšleno v jeho jednotlivých částech, včetně nepřímých nákladů zainteresovaných subjektů, v takovém případě by mohly být vytvořeny simulace, které by odhadovaly dopad jednotlivých změn / Ukázkou může být duplikace návštěv specialistů při posuzování nároku na PnP. Žadatelé o PnP jsou svými praktickými lékaři odesíláni ke specialistům, mnohdy však dochází k opětovnému zaslání žadatelů ke specialistovi posudkovým lékařem. Instituce tak neberou dostatečnou zřetel na zvýšené náklady zdravotních pojišťoven/ Dostupná data o systému příspěvku na péči však takovou analýzu neumožňují.

Vzhledem k budoucímu vývoji populace by bylo více než prozíravé se připravit na sběr potřebných dat vhodných k evaluaci systému. Samotná data by mohla prokázat smysluplnost opatření a to ať již současných nebo budoucích. Stejně jako se jeví správnou volbou vytvoření jednotného informačního systému, který by čím dál větší agendu pomohl spravovat a snížil by administrativní náklady. Nedílnou součástí jednotného informačního systému musí být možnost exportu dat na základě základních kritérií.

Nicméně i na základě těch dat, která k dispozici jsou a především na základě získaných poznatků o fungování systému příspěvku na péči a především současné posudkové praxe /neboť je to změna posudkové praxe, nikoliv celého systému příspěvku na péči, která je předmětem řešení projektu/ je nezbytné uvážit rizika, benefity i případné náklady navrhovaných inovací. Navrhované změny posudkové praxe směrem k zavedení a uplatňování multidisciplinárního modelu spolupráce mezi zúčastněnými odbornostmi a případnému rozšíření počtu zúčastněných odborností jsou samozřejmě vedeny s cílem dosáhnout pozitivních dopadů pro klienty systému a zároveň fungování systému učinit přehlednější a uspokojivější i pro profesionály, kteří v posudkové praxi působí – tzn. odstranit či zmírnit identifikovaná rizika na straně některých skupin žadatelů o příspěvek na péči a uspořádání posudkové praxe směrem k uplatňování multidisciplinarity tak, aby to celkově vedlo k přesnějšímu posuzování stupně závislosti. Na druhé straně je třeba počítat s tím, že jako u každé změny do existujícího způsobu

fungování nějakého systému, s sebou i zásah do fungování posudkové praxe ponese určitá rizika a náklady. Tato rizika a náklady lze obecně vymezit jako dvojího typu:

- *rizika spojená se zaváděním změn do posudkové praxe*
- *rizika způsobená změnou posudkové praxe*
- *náklady vzniklé zaváděním změn do posudkové praxe*
- *trvalé náklady spojené s multidisciplinární posudkovou praxí*

V následujících dvou podkapitolách stručně nastiňujeme, v jakých oblastech se mohou objevovat rizika, ale také benefity navrhovaných změn a také v jakých oblastech mohou vznikat náklady, ale případně, zejména dlouhodobě, úspory realizovaných změn posudkové praxe. Zároveň je možné a bylo by žádoucí z těchto oblastí vyvodit, jaká data a jaké ukazatele a v jaké struktuře začít o příspěvku na péči a nákladech spojených s tímto systémem začít uceleně evidovat, aby bylo možné na makrodatech v dlouhodobé perspektivě vyhodnocovat nejen náklady/přínosy změn, ale také dopady na některé typy identifikovaných rizik. V současné době jsou různá data shromažďována fragmentovaně různými subjekty (GŘ ÚP ČR, různé odbory MPSV, ČSSZ), některá data či důležité ukazatele se nesledují vůbec, jiná nejsou k dispozici v potřebném detailu (např. v některých oblastech se neoddělují informace o nákladovosti administrace jednotlivých nepojistných sociálních dávek apod.).

IV.4. 1. Rizika a přínosy navrhovaných změn

IV.4.1.1. Možná rizika

Rizika spojená se zaváděním změn do způsobu posudkové praxe

Tato rizika by měla být pouze dočasná a jejich minimalizace by mělo být dosaženo dobrou přípravou změn, materiálů, formulářů postupů, jejich pilotováním před plošným zavedením změn do praxe atd. Uvedená rizika lze předpokládat zejména v souvislosti:

- s možným „rozkolísáním“ stávajícího systému;
- se zvýšenými nároky na pracovníky v oblasti implementování nových postupů;
- se zvýšením objemu práce jednotlivých pracovníků, pokud implementaci změn nebude bezprostředně předcházet navýšení počtu pracovníků;
- s nesázami s přípravou a nácvikem využívání nových metodik a nových formulářů;
- s komplikacemi s vytvořením sítí specialistů, kteří by mohli působit v multidisciplinárních poradních týmech – zejména s ohledem na nedostatek, velkou vytíženost a špatnou dosažitelnost některých specialistů.

Tato rizika či komplikace mohou vést k:

- přechodnému zpomalení vyřizování (některých) žádostí o příspěvek na péči. V této souvislosti je důležité zdůraznit, že rychlost a plynulost vyřizování žádosti o příspěvek na péči je sice důležitým parametrem posudkové praxe, ale nemůže se stát hlavním měřítkem efektivity systému – tzn. nelze systém nastavit primárně dle potřeb kvantity a rychlosti, na úkor kvality a přesnosti posouzení. Podle statistik Generálního ředitelství úřadu práce byla v roce 2015 průměrná doba vyřizování žádosti v počtu dnů **od podání žádosti do vypracování prvního rozhodnutí 101 dní**. To lze, vzhledem ke komplexnosti situace, kterou je třeba posoudit, počtu a rozsahu informací, které je třeba jako podklad pro posouzení stupně závislosti zajistit, poměrně krátká doba. Zkušenosti ze zahraničí ukazují, že posouzení nároku na službu/dávku z oblasti dlouhodobé péče je časově náročná záležitost. Např. v Rakousku není neobvyklé, že posouzení stupně závislosti si vyžádá řadu měsíců, půl roku, rok. Obtížnou finanční situaci žadatelů/pečujících/ lze řešit po tuto dobu jinak (v Rakousku např. zálohovými platbami). Tzn.

prodloužení průměrné doby vyřizování žádosti v souvislosti s implementací změn, které povedou k přesnějšímu posuzování stupně závislosti, lze považovat za přijatelné riziko implementace změn.

- přechodnému nárůstu využívání podávání námitek a odvolání - je třeba se připravit na to, že v době, kdy změny systému nebudou ustáleny, budou mít klienti systému (žadatelé o PnP) větší tendenci podávat námítky nebo se odvolávat, protože budou mít pocit/důvod se domnívat, že v jejich případě nebylo dostatečně/správně využito možností, které plynou z multidisciplinárního posouzení.

Rizika způsobená změnou posudkové praxe

Tato rizika jsou předem obtížně odhadnutelná, ale některá z nich by bylo možné identifikovat již na základě pilotování navržených změn. Je třeba počítat s tím, že změny v posudkové praxi mohou generovat nová rizika - plynoucí např. z toho, že se trvale nebude dařit naplnit některé z důležitých předpokladů toho, aby multidisciplinarita v posudkové praxi vedla ke zvýšení kvality posuzování (viz IV.1. „Žádoucí parametry multidisciplinárního posuzování stupně závislosti“).

Hlavní rizika lze spatřovat v tom, že se z přechodných rizik stanou trvalé součásti posudkové praxe, tzn.:

- dojde přinejmenším u části žádostí k trvalému prodloužení doby vyřizování žádosti (u žádostí, kde bude nutná užší spolupráce mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem, či dokonce svolání multidisciplinárního týmu). Jak je již vysvětleno výše, rychlost vyřizování žádosti nelze brát jako hlavní měřítko efektivity praxe, pokud úzká spolupráce více odborností povede k přesnějšímu posouzení stupně závislosti. Jako kompenzaci tohoto rizika by bylo možné zavést pravidlo, že posudky v případech posouzených multidisciplinárním týmem nebudou mít kratší dobu platnosti než minimálně 5 let, ve zvláště odůvodněných případech 3 roky.
- nárůst počtu odvolání a podávaných námitek bude trvalý – což by bylo známkou toho, že se přinejmenším z hlediska uživatelů nepodařilo po provedených změnách posudkovou praxi stabilizovat, učinit transparentní a z hlediska uživatelů legitimní a konsistentní. V této souvislosti je třeba si také všimnout, zda narůstá také počet odvolání, které končí změnou stupně závislosti – což by indikovalo, že se zatím nejen nepodařilo legitimizovat posudkovou praxi v očích žadatelů, ale že skutečně není stabilizována. Ukazatelem úspěšného zavedení změny by měl být naopak postupný mírný pokles v počtu odvolání a především snížení změnivosti. Jak je vidět z tabulky 11, podíl odvolání, ale co je důležitější a také podíl změnivosti neustále stoupá, což lze interpretovat jako jeden z indikátorů toho, že je skutečně třeba přispět ke zvýšení efektivity posudkové praxe v oblasti zpřesnění posuzování v 1. instanci.

Tabulka 11. Vývoj počtu a podílu odvolání a procenta změnivosti.

		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
LPS - žádosti ukončené posudky		278900	307 021	141 814	144290	133286	156 139	144 085	138390	142018	
počet posudků PK MPSV - hodnocení stupně závislosti	celkem	3642	8389	10171	9650	10788	9 076	11 839	10393	11626	
	z toho podíl změn	26,6	28,4	27,1	32,1	35,8	43,1	43,3	51,3	52,3	
podíl posudků PK MPSV z ukončených posudků I. Instance v daném roce, tj. podíl odvolání		1,3	2,7	7,2	6,7	8,1	5,8	8,2	7,5	8,2	
zdroj: MPSV		LPS na ÚP		LPS při ČSSZ							
		PnP na obci					PnP na ÚP				
		36 potřeb SP na obci					6 oblastí sociálního šetření				
		36 potřeb PL					10 základních životních potřeb pro PL				

Důležité změny a jejich dopady je proto nutné podrobněji monitorovat a počítat s potřebou průběžných modifikací posudkové praxe, což je postup u podobných systémů obvyklý (např. Rakousko). K monitoringu rizik spojených s uplatňováním multidisciplinárního přístupu je třeba sledovat větší množství dat a ukazatelů, než jaká jsou v současné době k dispozici. Je třeba zejména podrobněji sledovat: parametry odvolání (dle vybraných charakteristik žadatele – typu zdravotních potíží, věku atd.) a výsledky odvolání (dle téhož), námítky a změny autoremedurou, žádosti, u kterých nedošlo k přiznání stupně závislosti (opět dle vybraných charakteristik žadatele), opakované neúspěšné žádosti o přiznání/zvýšení stupně závislosti (opět dle vybraných charakteristik žadatele);

IV.4.1.2. Předpokládané přínosy

Celá změna posudkové praxe směrem k posílení a rozšíření prvku multidisciplinarity v posuzování nároku na péči je navržena s předpokladem významných pozitivních dopadů a benefit těchto změn – které jsou přímo v textu definovány jako redukce či úplné odstranění slabých stránek současné posudkové praxe a identifikovaných rizik ve vztahu k posuzování různých žadatelů s určitými typy zdravotních stavů/postižení. Pokud stručně rekapitulujeme očekávané přínosy, pak:

- se jedná o významný krok ke sjednocení celého systému zejména díky tomu, že zavedení změn předpokládá sjednocení metodik a proškolení v dané oblasti;
- ustálení posuzování v určitých typech případů, redukce zjevných disproportioní, k nimž v současné době dochází a referují o nich jak uživatelé systému, tak i sociální pracovníci i posudkoví lékaři;
- zvýšená péče o specifické případy;

- zpřesnění vyplácení příspěvku na péči – dle zkušeností odborníků dochází jak k podhodnocení, tak nadhodnocení (tzn., výsledná suma vyplacených PnP by mohla zůstat stejná, ale přiměřeněji alokovaná), tedy zlepší se naplnění účelu dávky;
 - zvýšení transparentnosti, je pravděpodobné, že by se zvýšila míra předvídatelnosti výsledku posouzení obdobných případů napříč republikou;
 - zvýšení legitimacy - z hlediska uživatelů, ale i zúčastněných profesionálů „spravedlivější“ a stabilnější systém by mohl vést k menšímu počtu odvolání a menšímu podílu změn u odvolání;
- zvýšení komfortu pro posuzující v případě sporných/komplikovaných případů:
 - možnost opřít se při rozhodování o názor nezávislého odborníka z daného oboru;
 - možnost přímo projednat případ v týmu a dosáhnout vyšší objektivity vyšší jednoznačnosti výsledku;
 - tým se může lépe bránit nátlaku (např. rodiny) než jednotlivec;
 - podloženěji odůvodnit rozhodnutí o stupni závislosti.

IV.4.2. Ekonomické a demografické souvislosti zavedení inovací multidisciplinárního hodnocení Náklady vzniklé zaváděním změn do posudkové praxe

Samotná příprava změn a jejich implementace s sebou ponese náklady, s nimiž je třeba počítat, jako jsou např.

- náklady na přípravu metodik a metodických materiálů,
- vývoj a zavedení nových typů formulářů,
- pilotáže,
- úvodní proškolení pracovníků agendy příspěvku na péči,
- případně vývoj a zavedení vhodného informačního systému a dalších komunikačních platforem, které multidisciplinaritu podporují.

Tyto náklady mohou být zejména, pokud by došlo k vývoji potřebného informačního systému, relativně vysoké, nicméně je třeba vzít v úvahu, že vzhledem k očekávanému stále rostoucímu tlaku na agendu příspěvku na péči (viz níže) nebude možné se obejít bez vývoje posudkové praxe směrem k větší sofistikovanosti a přehlednosti, která bude předpokládat i efektivní informační systém zajišťující komunikaci a sdílení informací a dat mezi zúčastněnými subjekty i profesionály posudkové praxe. Bylo by proto efektivní toto spojit zároveň se zaváděním inovací směrem k posílení multidisciplinární spolupráce v posudkové praxi.

Trvalé náklady spojené s multidisciplinární posudkovou praxí

V souvislosti se zavedením navrhovaných změn by vznikly i trvalé náklady, např.:

- navýšením počtu sociálních pracovníků agendy PnP, v ideálním případě i posudkových lékařů, dále administrativních pracovníků a dalšího podpůrného personálu zejména na straně lékařské posudkové služby;
- na odměny specialistům lékařských poradních týmů atd.;
- na průběžná školení, vzdělávání, organizaci metodických dnů atd.,
- na zvýšenou komunikaci – telefony atd.

Je ale třeba brát v úvahu, že část těchto nákladů, zejména v oblasti personálního zajištění agendy PnP, v budoucnu vznikne v každém případě, s tím, jak zejména v souvislosti s demografickým vývojem bude počet žádostí o tuto dávku i nadále stoupat. Podíváme-li se na vývoj od roku 2007 do roku 2015 (viz tabulka 12), je tento nárůst jak v počtu vyplacených dávek, tak ve výdajích na PnP patrný.

Tabulka 12. Vývoj průměrného měsíčního počtu vyplacených dávek a výdajů na příspěvek na péči v letech 2007 – 2015.

ROK	Průměrný měsíční počet vyplacených dávek PnP (v tisících)	Výdaje na PnP (v milionech Kč)
2007	259,9	14 608
2008	308,6	18 252
2009	308,3	18 697
2010	314,2	19 599
2011	307,4	18 084
2012	309,4	18 391
2013	321,3	19 545
2014	332,0	20 402
2015	337,0	21 167

Zdroj: ČSÚ.

Srovnáme-li údaje z Rakouska (viz tabulka č. 13), které je méně lidnaté než ČR, s podobnými údaji za ČR, je patrné, že budoucí nárůst může být rasantní. Srovnáme-li např. údaje o počtu příjemců na péči v Rakousku za prosinec 2015 (dle pohlaví a stupně závislosti), s průměrným měsíčním počtem příjemců v roce 2015 v ČR (rovněž dle pohlaví a věku, údaj v této struktuře jen za prosinec se nepodařilo získat, ale pro účel daného srovnání toto plně postačuje) viz tabulka č. 14, je patrné, že v Rakousku byl ve stejném roce počet příjemců příspěvku na péči o více než 100 tis. vyšší.

Rakousko k 1.1. 2015 mělo 8 579 747 obyvatel (zdroj Wikipedia). Podle údajů PVA (Jahresbericht 2014) žádalo v Rakousku o příspěvek na péči v roce 2014 celkem 164 079 osob, což byl meziroční nárůst žádostí o 3,3 %. Z toho bylo 49 % prvožadatelů a 51 % žádostí o zvýšení PnP. Mezi žadateli o PnP převažovaly ženy, tvořily 60, 5 % mezi prvožadateli a 69 % mezi žadateli o zvýšení dávky. Podle údajů PVA se míra přiznaných příspěvků vůči podaným žádostem stabilně pohybuje kolem 67 %.

Tabulka 13. Rakousko - příjemci příspěvku na péči dle pohlaví a stupně závislosti prosinec 2015.

STUPEŇ	PŘÍJEMCI CELKEM	z toho	
		MUŽI	ŽENY
celkem	445 969	157 651	288 318
1	110 605	37 009	73 596
2	118 090	42 825	75 265
3	78 605	28 668	49 937
4	63 368	22 935	40 433
5	47 246	15 377	31 869
6	18 938	7 535	11 403
7	9 117	3 302	5 815

Zdroj: Handbuch, 2016.

Tabulka 14. ČR – průměrný měsíční počet příjemců příspěvku na péči dle pohlaví a stupně závislosti.

STUPEŇ	PŘÍJEMCI CELKEM	z toho	
		MUŽI	ŽENY
celkem	335 798	126 565	209 413
1	108 106	37 873	70 233

2	109 462	41 856	67 606
3	75 017	30 199	44 818
4	43 213	16 637	26 576

Zdroj: zpracováno dle dat ČSÚ.

S demografickým stárnutím bude žádostí i počet příspěvků na péči stoupat. I když je tato dávka určena všem osobám se zdravotním postižením, které jsou závislé na péči jiné osoby, nejvyšší počty příjemců dávek se týkají lidí nad 60 let – např. v roce 2015 pobírali více než 73% všech vyplacených dávek.(viz tabulka č. 15).

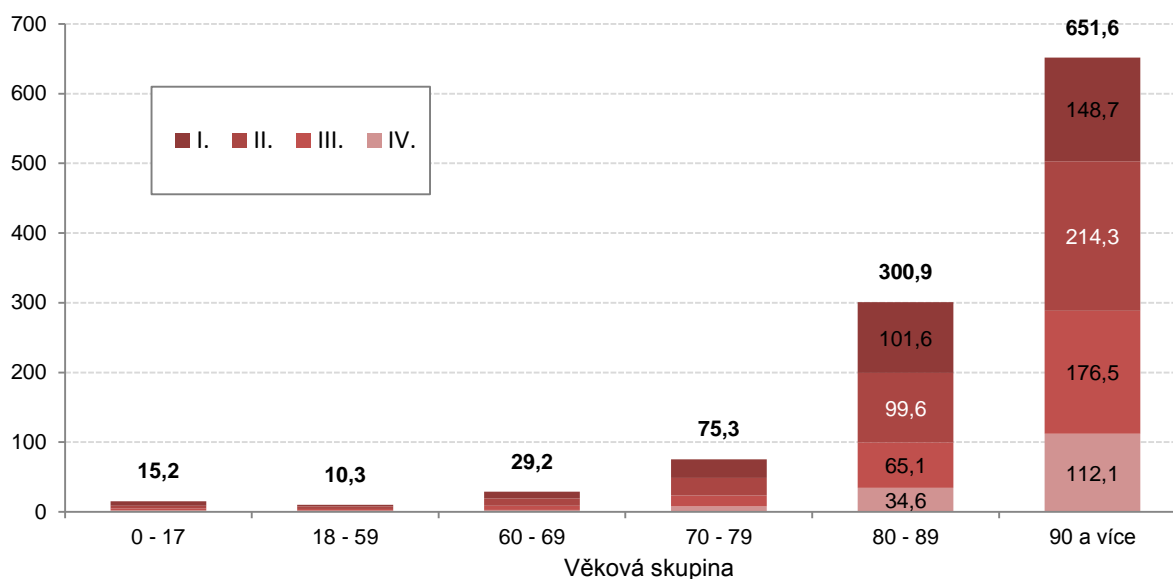
Tabulka 15. Průměrný měsíční počet vyplacených příspěvků na péči podle stupně závislosti a věku osoby v roce 2015.

Věková skupina	Příspěvky na péči celkem		stupeň závislosti			
			I.	II.	III.	IV.
	Počet v tis.	Podíl				
0 - 17	28,7	8,5%	11,9	7,2	5,0	4,6
18 - 59	62,0	18,4%	16,3	20,3	15,5	10,0
60 - 69	41,0	12,2%	13,9	14,5	8,7	3,8
70 - 79	60,6	18,0%	21,5	20,1	12,7	6,2
80 - 89	110,5	32,8%	37,3	36,6	23,9	12,7
90 a více	34,0	10,1%	7,8	11,2	9,2	5,8
celkem	336,8	100%	108,8	109,9	75,0	43,1

Zdroj: ČSÚ, dopočítáno.

Procentuálně největší kategorii příjemců příspěvku na péči tvoří senioři ve věku 80 – 89 let. Výrazně menší podíl ze všech příjemců tvoří lidé ve věkové kategorii 90 a více, ale na druhé straně to platí, že z lidí ve věkové kategorii 90+ pobírá příspěvek na péči téměř 2/3 osob, jak lze vyčíst z grafu č. 6, který znázorňuje průměrný měsíční počet dávek na 1000 obyvatel podle stupně závislosti a věku v roce 2015. S rostoucím počtem lidí v těchto vyšších věkových kategoriích tak lze s jistotou očekávat i nárůst žadatelů o PnP.

Graf 6. Průměrný měsíční počet dávek příspěvku na péči na 1000 obyvatel podle stupně závislosti a věku v roce 2015.



Zdroj: ČSÚ.

I z hlediska výběrových šetření o osobách se zdravotním postižením, realizovaného v ČR v roce 2013 ČSÚ v roce 2007 a v roce 2013 lze očekávat pokles míry soběstačnosti, kdy podle zjištění z těchto šetření vyplývá, že podíl počtu zdravotně postižených osob se mezi lety 2007 – 2013 zvýšil 9,9% na 10,2%, přičemž výrazně vyšší zvýšení bylo šetřením zjištěno u žen.

K tomu zpráva ČSÚ dodává, že mezi lety 2007 a 2013 „se zvýšily rovněž i absolutní počty zdravotně postižených osob (celkově o 62 125 osob, v tom o 22 334 mužů a o 39 791 žen). Tempo růstu počtu osob se zdravotním postižením tak bylo vyšší než tempo růstu počtu obyvatel ČR - přírůstek celkového počtu osob se zdravotním postižením mezi oběma šetřeními činil 6,1%, zatímco celkového počtu obyvatel ČR jen 2,1% (rozdíl jsou 4 procentní body).“ (Výběrové šetření zdravotně postižených osob – 2013, ČSÚ, <https://www.czso.cz/csu/czso/vyberove-setreni-zdravotne-postizenych-osob-2013-qacmwuvwsb>).

Z důvodů očekávatelného nárůstu tlaku na systém příspěvku na péči je z dlouhodobého hlediska efektivní spojit přípravu systému na nárůst žádostí a příjemců příspěvku na péči právě s implementací změn a inovací směrem k posílení a rozšíření multidisciplinarity s cílem zpřesnění posuzování stupně záležitosti a tedy zaměřit se na zefektivnění celého procesu posuzování stupně závislosti. Zároveň pro potřebu reformovat systém příspěvku na péči hovoří i počet samotných posudkových lékařů ve vyšším věku, a to zejména v souvislosti se služebním zákonem a budoucí vývoj počtu obyvatel starších 65 let představuje nebezpečnou kombinaci pro budoucí chod systému posudkové služby jako celku.

Demografický vývoj České republiky je charakteristický rychlým stárnutím populace. Ta je podmíněna zejména dvěma faktory: nízká porodnost a zvyšující se hodnota ukazatele střední délka dožití, která pro muže činí 76 let a pro ženu 82 let v roce 2015. Přičemž střední délka dožití se neustále zvyšuje. Z tohoto důvodu je očekávaný nárůst tlaku na systém příspěvku na péči patrný z vzrůstu počtu obyvatel České republiky starší 65 let. Toto lze doložit prognóza Českého statistického úřadu o vývoji počtu obyvatel v letech 2020 a 2025, viz tabulka č. 16. Podle odhadu Českého statistického úřadu bude nárůst počtu lidí nad 65 let věku bude pokračovat až do roku 2055, kde bude kulminovat okolo

hodnoty 3,21 mil. obyvatel. Takto daleká prognóza je však zatížena značnou chybovostí, oproti prognóze s desetiletým výhledem.

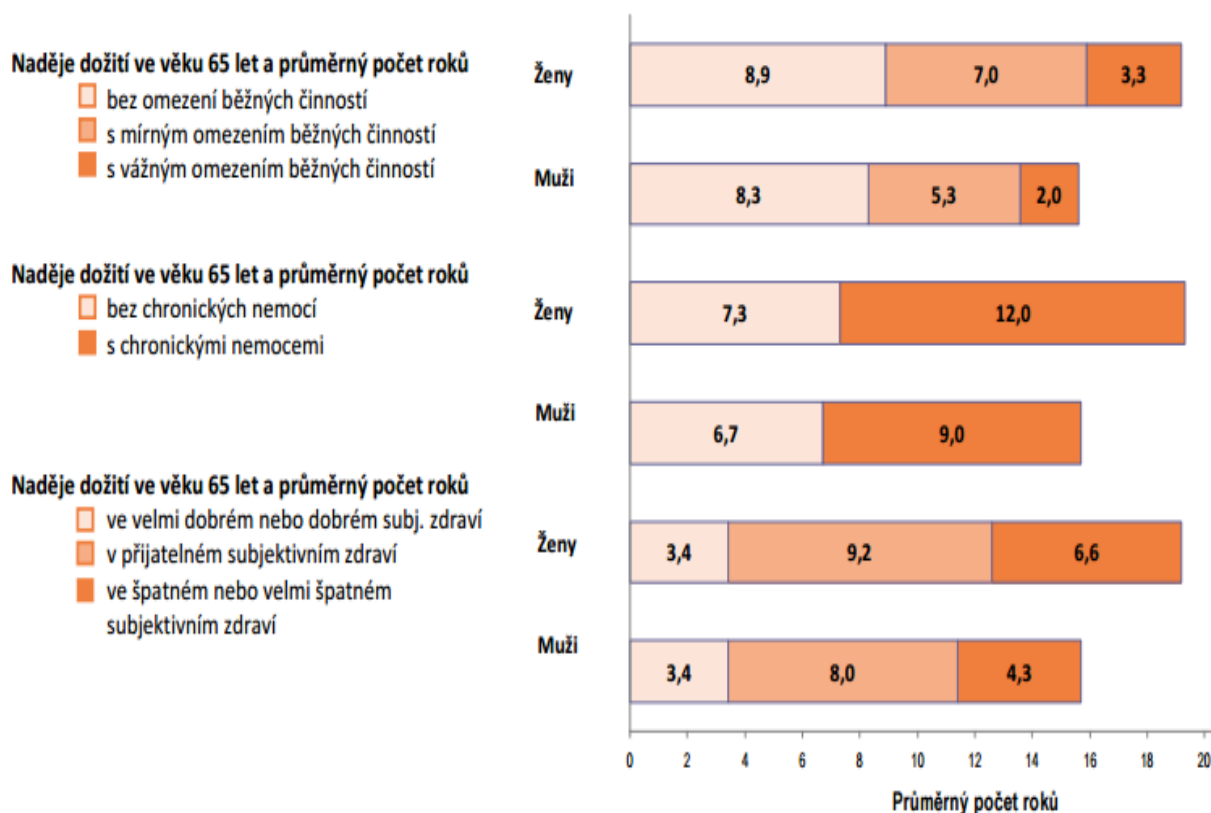
Tabulka 16. Popisná statistika skupiny obyvatelstva ve věku 65+ v České republice v letech 2015, 2020, 2025.

	Rok		
	2015	2020	2025
Věk 65 + (v mil.)	1,93	2,16	2,34
% podíl na celkové populaci	18,3	20,5	22,3
% podíl žen na skupině věk 65 +	58,4	57,6	57,0

Zdroj: zpracováno dle dat ČSÚ.

Graf č. 6 a prognózu uvedenou v tab. č. 16 lze doplnit ještě o data z European Health and Life Expectancy Information System o zdravotním stavu obyvatel ve věku 65 let, týkající se zdravé délky života. Podle zjištění z dat SILC 2012 se obyvatelé České republiky dožívají sice vyššího věku, ale tento delší prožitý věk je spojený s životem v nemoci. Tento jev je snáze sledovatelný u žen, kdy delší část svého života prožily ve špatném zdravotním stavu a s větší pravděpodobností tuto část života prožily s vážnějšími zdravotními problémy. (European Health & Life Expectancies) Zde je možné hledat i vysvětlení, proč jsou žadatelem o PnP s vyšší četností ženy. Podle šetření SILC se sice v čase naděje dožití zvyšuje, ale toto zvýšení je spojeno s horším zdravotním stavem. Jisté je, že se jedná o riziko, které v blízké budoucnosti bude zvyšovat zátěž v nezanedbatelné výši na systém příspěvku na péči, jak v oblasti počtu posudků a tím výkonu posudkových lékařů, tak i v oblasti výplat PnP. (viz graf č. 7)

Graf 7. Naděje dožití a naděje dožití podle zdravotního stavu ve věku 65 let založené na omezení běžných činností (délka života ve zdraví - HLY), chronické nemocnosti a subjektivním zdraví v České republice (údaje o zdraví ze šetření SILC 2012).



Zdroj: European Health & Life Expectancies: EHLEIS Národní zprávy 8. vydání - únor 2015: Naděje dožití podle zdravotního stavu v České republice, str. 3.

Na provedení podrobnějších analýz souvislostí mezi socioekonomickými a demografickými charakteristikami obyvatelstva a čerpáním PnP a tedy na sofistikovanější odhady budoucího čerpání PnP (a tedy i počtu žádostí a zátěže systému) nejsou v současné době v ČR data. Z důvodu nedostupnosti ucelených dat je možné se pokusit pouze o odvození některých souvislostí jen např. z dostupných dat z úrovně krajů. V budoucnu by bylo vhodné se zaměřit na objasnění struktury četnosti PnP. Nejvyšších nadprůměrných hodnot dosahují kraje Moravskoslezský, Jihomoravský, Středočeský, Ústecký a Hl. m. Praha. Důvodem vhodnosti vysvětlení tohoto fenoménu je, že celá odpověď se nenachází v počtu obyvatel v krajích. (viz tab. č. 17). Existuje ještě další faktor či faktory, které ovlivňují strukturu četnosti PnP v jednotlivých krajích. Podrobnější statistika, například na základě diagnóz, by mohla pomoci odhalit odpověď na vliv na takovouto strukturu PnP.

Tabulka 17. Struktura příspěvku na péči v podobě výdajů v mil. Kč a průměrného měsíčního počtu vyplacených dávek v krajích v roce 2015.

Kraje	Příspěvek na péči			
	Výdaj na PnP (v mil. Kč)	% podíl	Průměrný měsíční počet vyplacených dávek	% podíl
Česká republika	21 167	100,00	336 838	100
Hl. m. Praha	1 664	7,86	28 906	8,58
Středočeský	2 102	9,93	34 650	10,29
Jihočeský	1 335	6,31	21 166	6,28
Plzeňský	1 198	5,66	18 298	5,43
Karlovarský	548	2,59	8 676	2,58
Ústecký	1 800	8,50	29 074	8,63
Liberecký	897	4,24	14 513	4,31
Královéhradecký	1 135	5,36	18 572	5,51
Pardubický	1 170	5,53	18 469	5,48
Vysočina	1 157	5,47	17 987	5,34
Jihomoravský	2 608	12,32	40 530	12,03
Olomoucký	1 360	6,43	22 068	6,55
Zlínský	1 465	6,92	22 327	6,63
Moravskoslezský	2 728	12,89	41 602	12,35
Průměr	1 512	7,14	24 060	7,14

Zdroj: zpracováno dle dat ČSÚ.

Z tabulky č. 17 by se mohlo jevit zřejmé, že kraje, které mají hodnoty na průměrem, jsou kraje, kde převládá těžký průmysl, fyzický náročná práce v podobě opakujících se manuálních úkonů či lidským konáním došlo k zhoršení životního prostředí. Hl. m. Praha je výjimkou jako u všech ostatních statistik, v kterých představuje odlehlou hodnotu ve vztahu k celé České republice. Podíl obyvatelstva nad 65 let tvoří v Praze 22 % z celkového počtu obyvatelstva, což při geografické rozloze kraje představuje potencionální velkou zátěž pro systém PnP z důvodu nevyužívání vícegeneračního bydlení. Významnou budoucí hrozbu však pro systém PnP mohou také představovat kraje s nižší hodnotou, než je průměrná, protože se jedná o kraje, kde je evidováno větší procento vícegeneračního soužití. V těchto krajích převládají obce vesnického typu (bez velkých aglomerací). Právě z důvody struktury rodin v těchto krajích se může projevit snížená informovanost na straně potencionálních klientů dávky PnP, popřípadě fenomén „non take-up“. V takovém případě hrozba spočívá v navýšení žádostí o PnP, které do současnosti nemusely být využívány v plné míře.

VI.4.3. Předpokládané oblasti úspor a zvýšení efektivity posuzování nároku na příspěvek na péči dosažené zavedením navrhovaných inovací

V předcházejících částech textu jsme se zabývali možnými riziky i benefity navrhovaných změn, a také demografickými a dalšími souvislostmi, které v každém případě povedou jednak k stálému zvyšování tlaku na systém příspěvku na péči a také k potřebě posuzování stupně závislosti změnit. Předložili jsme k úvaze, že by bylo vhodné změny, které budou v každém případě nevyhnutelné, spojit s námi navrhovanými inovacemi směrem k posílení multisisciplinarit v posudkové praxi. Z hlediska našich poznatků o současném fungování posudkové praxe se domníváme, že zavedením navrhovaných opatření směrem k posílení multidisciplinarit budou **redukovány některé pravděpodobné zdroje neefektivity a prodražování v rámci stávající posudkové praxe**, např.:

- nízká míra spolupráce mezi hlavními profesionály posuzování stupně závislosti - tím, že spolu nekomunikují ani sociální pracovník a posudkový lékař, ani posudkový lékař a praktický lékař, ani sociální pracovník a praktický lékař, nemůže dojít ještě před samotným vydáním posudkového závěru k ujasnění toho, co např. se různými aktéry v životní situaci žadatele jeví odlišně, vysvětlit/doplnit to, co je zdrojem nesouladu sociálního šetření a zdravotní dokumentace atd.,
 - každý z aktérů tak funguje izolovaně a strategie či postupy, který každý z nich individuálně uplatňuje, mohou jít (nezáměrně) i proti sobě;
 - včas nedoručené diskrepance jsou pak předmětem námitek/odvolání či důvodem k podání nové žádosti
- **pokud budou jednotliví profesionálové posudkové praxe vedeni k větší vzájemné komunikaci, ladění stanovisek a spolupráci, a budou jim k tomu vytvořeny potřebné podmínky, je větší šance, že k vydání rozhodnutí dojde až ve chvíli, kdy nedochází k závažným disproporcím mezi pohledy jednotlivých odborností.**

Sledovat a prokazovat úsporu efektivněji fungujícího systému na datech bude značně problematické, pokud nebude zároveň zahájeno sledování nákladovosti systému. Data o nákladnosti současného systému nejsou dostupná v míře, která by umožnila vytvořit podrobnou analýzu, dostupná nejsou.

- nízká míra důvěry mezi profesionály systému či dokonce zpochybňování odbornosti/nezaujatosti ostatních aktérů - zejm. na straně posudkových lékařů nedůvěra v dostatečnou odbornost a objektivitu informací, které dostávají od sociálního pracovníka a praktických lékařů vede 1) ke znehodnocení části nákladů na sociální šetření i na poskytnutí lékařských podkladů, pokud nejsou využity; 2) k zatěžování systému dalšími kroky – v případě nedůvěry v úsudek/odbornost/nezaujatost praktického lékaře jde zejm. o vyžadování, aby vše bylo podloženo ještě zprávami lékařů-specialistů (praktičtí lékaři z vlastní zkušenosti uváděli, že pokud se k zdravotnímu stavu/problému žadatele vyjádří a potvrdí jej pouze oni, často to není bráno posudkovým lékařem vůbec v úvahu). Jedna žádost tak může být „zatížena“ i několika různými dalšími vyšetřeními u specialistů, která jsou provedena jen kvůli žádosti samotné.
- **Multioborové posouzení a zvýšení významu stanovisek jednotlivých odborností, zvýšení významu stanoviska sociálního pracovníka i praktického lékaře, by mohlo vést k odlehčení v oblasti posudků od specialistů – funkční multidisciplinární posouzení by mohlo být důvodem**

ke zvážení toho, kolik posudků specialistů a jak často lze pro posouzení stupně závislosti vyžadovat.

Opět platí, že bez dostatečné současné datové základny nelze provést výpočet, jak moc jsou zatěžovány rozpočty nyní a jak by mohly být zatěžovány v budoucnu, kdyby byl snížen náklad na posudky od specialistů. Doporučujeme data v příslušném detailu začít evidovat.

- způsob uplatňování posudkových kritérií, který vede k pochybnostem o správnosti posouzení u poměrně široké škály zdravotních omezení; identifikovali jsme řadu typů zdravotních omezení/situací, kdy velmi úzce pojaté medicínské posouzení vede pravděpodobně k nepřesnostem v posuzování, a ještě k pochybnostem na straně žadatelů/jejich pečujících/některých pomáhajících pracovníků a k odvoláním, opakovaným žádostem, pořizování dalších a dalších vyjádření specialistů.
- **Vymezení situací/typů disabilit, kdy je třeba závazně využít (tzn. zohlednit stanovisko, příp. přizvat do týmu) další odbornosti by mohlo vést ke zvýšení kredibility posuzování stupně závislosti, přesnosti výsledku posouzení a snížení počtu odvolání/opakovaných žádostí. Pokud by byl vytvořen transparentní systém multioborového posuzování, bylo by možné začít uvažovat o systémovém omezení možnosti podávat opakované žádosti.**
- **Transparentní systém multioborového posuzování by sebou nesl nejen peněžní úsporu, ale i posílil by i důvěru jeho uživatelů (klientů PnP), současně by se snížila úroveň tzv. morálního hazardu.**

V. Závěr

V předložené zprávě jsme provedli rozbor stávající posudkové praxe v příspěvku na péči z hlediska toho, jakým způsobem zde v současné době dochází ke spolupráci a jaké podmínky pro tuto spolupráci jsou či nejsou v současné době vytvořeny. Rovněž jsme identifikovali typy žadatelů nebo situací, u kterých může v současné posudkové praxi dojít při posuzování stupně závislosti k riziku nekonzistence /např. různá pracoviště či různí lékaři v daném typu případů rozhodují výrazně jinak/ a přiznání stupně závislosti, který výrazně neodpovídá zdravotnímu stavu a funkčním schopnostem žadatele, a to oběma směry – může dojít k výraznému podhodnocení či naopak nadhodnocení stupně závislosti. Jedna z možných reakcí na tato rizika je právě posílení a rozšíření prvku multidisciplinarity v posudkové praxi, což je řešení, které se nabízí zejména s ohledem na nesmírně širokou škálu a variabilitu zdravotních stavů a situací, v nichž se lidé žádající o příspěvek na péči nacházejí.

Z našich poznatků vyplývá, že stávající posudková praxe vyžaduje úpravy zejména směrem k jejímu sjednocení a zpřesnění posuzování stupně, proto považujeme za efektivní případné koncipování změn a uspořádání posudkové praxe v příspěvku na péči spojit právě s posílením prvku multidisciplinarity. Zároveň se domníváme, že právě řada z námi navrhovaných opatření by mohla vnést vyšší míru konsistence a přehlednosti do posudkové praxe. A to nejen ta opatření, která k tomu explicitně míří (tzn. zejména řada návrhů týkajících se sjednocení „informačních vstupů“, tedy podkladů pro posudkové lékaře, a spolupráce mezi sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem), ale rovněž multidisciplinární poradní týmy (MDPT) jako úplně nový prvek systému.

Funkce MDPT tak, jak je v našem návrhu nastavena, spočívá v řešení zejména nestandardních, výrazně sporných či „nepřehledných“ případů – tzn. MDPT by se měl zabývat situacemi, které dosud v posuzování stupně závislosti nikdo systémově neřešil. Domníváme se, že prostřednictvím uplatňování MDPT může posudková praxe učit sama sebe tím, že se postupně ustanoví způsoby, jak na některé typy případů či situací nahlížet, jak je při posuzování stupně závislosti řešit, a potřeba řešit je v týmu ustoupí. Naopak je pravděpodobné, že s tím, jak se budou celkově měnit potřeby v oblasti dlouhodobé péče, se budou objevovat nové typy případů a situací, které se posuzující odborníci budou učit řešit – tzn. multidisciplinární poradní týmy mohou fungovat také jako nástroj vývoje posudkové praxe.

Rovněž na úrovni tvorby koncepce, metodik a řízení změn posudkové praxe by měl být uplatňován princip multidisciplinarity. Evaluace průběhu implementace změn, návrhy na další úpravy apod. by měly být prováděny multidisciplinárním týmem, v němž budou zastoupeny ty odbornosti, které budou nejčastěji participovat v MDPT. V optimálním případě by se na řízení vývoje posudkové praxe měli přímo podílet i ti odborníci, kteří budou mít zkušenost s prvoinstančním posuzováním stupně závislosti a prací v MDPT. Jak zdůrazňujeme v části věnující se žádoucím parametrům posudkové praxe, je důležité udržovat posudkovou praxi otevřenou změnám a průběžnému ladění. Je žádoucí toto průběžné ladění a zpřesňování posudkové praxe chápat jako vlastnost posudkové praxe inherentní a nastavit ho tak, aby probíhalo v úzkém sepětí se zkušenostmi pracovníků první linie.

Zdroje

Bundespflegegeldgesetz (BPGG) ke 4.5.2016[on-line]. [cit. 20.6.2016] Dostupné z: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008859&ShowPrintPreview=True>

COUTURIER, Yves, et al. The interdisciplinary condition of work in relational professions of the health and social care field: A theoretical standpoint. *Journal of Interprofessional Care*, 2008, 22.4: 341-351.

Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2016. 2016 [on-line]. Wien: Hauptverband der österr. Socialversicherungsträger. [cit. 20.6.2016]. Dostupné z: www.socialversicherung.at.

HAVLÍKOVÁ, Jana; HUBÍKOVÁ, Olga. Role sociální práce a uplatňování situačního přístupu v rámci řízení o příspěvku na péči. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2015. - 116 s.

HUBÍKOVÁ, Olga; HAVLÍKOVÁ, Jana; MUSIL, Libor; KUBALČÍKOVÁ, Kateřina. Pracovní podmínky výkonu sociální práce v rámci agendy příspěvku na péči. - In: Sociální práce/Sociálna práca. Roč. 15, č. 2 (2015), s. 3124 (22 s.).

CHOI, Bernard CK; PAK, Anita WP. Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical and investigative medicine*, 2006, 29.6: 351.

CHOI, Bernard CK; PAK, Anita WP. Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 2. Promotors, barriers, and strategies of enhancement. *Clinical & Investigative Medicine*, 2007, 30.6: 224-232.

KONOPÁSKOVÁ, J. 2014. Posudková činnost ve vybraných evropských zemích: Rakousko. *FÓRUM sociální politiky*, č. 4 (2014), s. 21-24.

Konsensuspapier zur einheitlichen, ärztlichen und pflegerischen Begutachtung nach dem Bundespflegegeldgesetz (BPGG) Fassung September 2015 [on-line]. [cit. 20.6.2016] Dostupné z: https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/7/8/0/CH3434/CMS1461763269279/2015.09.01_konsensuspapier_fassung_september_eingearbeitete_kommentare.pdf

KORAZIM-K'ORÖSY, Yossi, et al. Professional determinants in community collaborations: Interdisciplinary comparative perspectives on roles and experiences among six disciplines. *Journal of Community Practice*, 2014, 22.1-2: 229-255.

Metodika sociálního šetření v rámci řízení o příspěvku na péči“, Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i, Praha 2015.

MUSIL, L., HUBÍKOVÁ, O., HAVLÍKOVÁ, J. : Rozdílné pohledy sociálních pracovníků a posudkových lékařů na roli sociálního pracovníka v rámci řízení o přiznání příspěvku na péči. Praha: VÚPSV

MUSIL, Libor; HAVLÍKOVÁ, Jana; HUBÍKOVÁ, Olga; KUBALČÍKOVÁ, Kateřina. Metodika sociálního šetření v rámci řízení o příspěvku na péči. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2015. - 144 s.

PVA. Gutachterfibel - Bundespflegegeld. 2012 [on-line]. [cit. 20.6.2016] Dostupné z: <http://www.pensionsversicherung.at/portal27/portal/pvportal/content/contentWindow?contentid=10007.707700&action=2>

PVA. Jahresbericht 2014 [on-line]. [cit. 20.6.2016] Dostupné z: <http://www.pensionsversicherung.at/portal27/portal/pvportal/content/contentWindow?contentid=10007.707620&action=2&viewmode=content>

STATISTICKÁ ROČENKA Z OBLASTI PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ 2014, MPSV , Praha 2015, http://www.mpsv.cz/files/clanky/22668/rocenka_prace_2014.pdf

internetové zdroje:

http://vseorakousku.cz/titulni_strana/rakousky_katalog/rakouske_pravni_predpisy/

<http://www.foerderportal.at/pflegegeld-oesterreich/>

<https://www.czso.cz/csu/czso/vyberove-setreni-zdravotne-postizenych-osob-2013-qacmwuvwsb>

<https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/252/Seite.2520000.html>

https://www.sozialministerium.at/site/Pension_Pflege/Pflege_und_Betreuung/Hilfe_Finanzielle_Unterstuetzung/Pflegegeld/

Příloha: Vliv právní úpravy posuzování nároku na příspěvek na péči na pojetí multidisciplinarity posuzování v současné praxi

Právní rámec mezioborové spolupráce

A. Multidisciplinarita z pohledu mezinárodního práva

Potřebu vnímání zdravotního postižení v širším než medicínském kontextu, vyžaduje zejména Úmluva o právech lidí se zdravotním postižením, kterou Česká republika ratifikovala v r. 2009, čímž se stala součástí právní úpravy. Již preambule tohoto dokumentu mluví o nutnosti zavedení tzv. sociálního, případně lidskoprávního modelu postižení, když ho definuje jako „pojem, který se vyvíjí a který je výsledkem vzájemného působení mezi osobami s postižením a bariérami v postojích a v prostředí, které brání jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti, na rovnoprávném základě s ostatními“. Přitom podle článku 4 písm. a) této úmluvy jsou státy povinny „přijmout veškerá odpovídající legislativní, administrativní a jiná opatření pro provádění práv uznaných v této úmluvě,“ tedy také změnit stávající systémy tak, aby odpovídali těmto definicím. Tato ustanovení pak přímo souvisí s článkem 28, který přiznává právo osob se zdravotním postižením na přiměřenou životní úroveň pro ně a jejich rodiny, který by měl být interpretačním rámcem pro jakékoliv legislativní opatření, či politiky v oblasti příspěvků na péči.

B. Zapojení různých odborností a jejich možnosti ovlivnit výsledek řízení

O přiznání příspěvku na péči rozhoduje v prvním stupni Úřad práce³, a to na základě vlastního sociálního šetření, posouzení stupně závislosti a případně dalších informací.

Sociální šetření provádí krajská pobočka Úřadu práce, přičemž pověřený zaměstnanec, který provádí šetření, musí být sociálním pracovníkem naplňujícím předpoklady dle § 110 zákona o sociálních službách.⁴ Při sociálním šetření se zjišťuje schopnost samostatného života osoby v přirozeném sociálním prostředí.⁵ Záznam ze sociálního šetření obsahuje kromě identifikačních údajů výčet zdrojů informací, stanovisko pečující osoby a vlastní popis situace a vyjádření k nutnosti podpory v následujících oblastech:

- a) péče o vlastní osobu, včetně orientace, hygieny, jídla a pití, běžných domácích prací, léčebného režimu, schopnosti pohybu a využití kompenzačních pomůcek
- b) výdělečná činnost, resp. školní povinnosti, včetně vzdálenosti školy, či zaměstnání od domu a způsobu dopravy, přiměřených úprav a příjmu jiných sociálních dávek
- c) rodinné vztahy, včetně intenzity a způsobu kontaktu

³ § 7 odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

⁴ Instrukce Ministerstva práce a sociálních věcí č. 5 /2015 ve věci postupu při vykonávání sociálního šetření v rámci řízení o příspěvku na péči podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

⁵ § 25 odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

- d) sociální (vztahový rámec) mimo rodinu, včetně volnočasových aktivit, rizik a ohrožujících situací a zapojení do komunity
- e) domácnost, včetně nakládání s majetkem a manipulaci s předměty denní potřeby a s běžnými domácími spotřebiči
- f) prostředí, včetně stavu bydlení, bezbariérovosti a dostupnosti služeb
- g) závěr – shrnutí a zjištění týkající se rozsahu a formy potřebné podpory pro posouzení závislosti⁶

Posouzení stupně závislosti fyzické osoby pro účely příspěvku na péči provádí Okresní správa sociálního zabezpečení,⁷ místně příslušná je pobočka OSSZ v místě bydliště posuzovaného, případně v místě jeho pobytu.⁸ Toto posouzení může provádět pouze lékař,⁹ který vychází zejména z nálezů ošetřujícího lékaře, z výsledku sociálního šetření, popřípadě výsledků funkčních vyšetření a výsledků vlastního vyšetření posuzujícího lékaře (tzv. zjišťovací prohlídka).¹⁰

Zákon tedy přímo nařizuje povinnost zahrnout do posuzování jak zdravotní složku, tak složku sociální. Kromě toho, v záznamu o sociálním šetření musí být zachyceno také stanovisko pečující osoby, včetně neformálních pečovatелů.¹¹ Žádná z těchto odborností nemá podle zákona „přednost,“ všechny získané informace musí být správním orgánem posouzeny ve vzájemném kontextu. To také vychází ze zásady materiální pravdy uplatňovanou v správním řízení.¹² Podle literatury jde o tzv. racionalizovanou zásadu materiální pravdy, tedy o to, že „správním orgán by se měl vydat cestou nejsnazší, ale současně cestou, která umožňuje spolehlivě zjistit stav věci, o němž nejsou důvodné pochybnosti. V daném ohledu proto jde o přesvědčení správního orgánu o tom, jaký je stav věci. Skutková stránka věci má být zjištěna bez důvodných pochybností, a to s využitím zásad legality, proporcionality, právní jistoty a v souladu s veřejným zájmem.“¹³

Multidisciplinarita by měla být aspoň z části zachována i u Posudkové komise MPSV, která je složena z minimálně tří členů, přičemž jejím předsedou může být jen lékař. Na druhou stranu, kromě tajemníka jsou ostatní členové také lékaři, i když se jedná o odborníky z jiných klinických oborů.¹⁴ Fakt, že zákon nevyžaduje, aby alespoň jeden člen z oboru sociální práce, pak může být považován za oslabení multidisciplinarity ve druhém stupni správního řízení.

C. Využití různých zdrojů informací

Základními zdroji informací pro vydání rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči jsou žádost, zápis o sociálním šetření a posouzení stupně závislosti. Kromě toho má sociální pracovník v rámci sociálního

⁶ Instrukce Ministerstva práce a sociálních věcí č. 5 /2015 ve věci postupu při vykonávání sociálního šetření v rámci řízení o příspěvku na péči podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

⁷ § 8 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení

⁸ § 8 odst. 5 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení

⁹ § 8 odst. 4 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení

¹⁰ § 8 odst. 8 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení ve spojení s § 25 odst. 3 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

¹¹ Instrukce Ministerstva práce a sociálních věcí č. 5 /2015 ve věci postupu při vykonávání sociálního šetření v rámci řízení o příspěvku na péči podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

¹² § 3 zákona č. 500/2004 Sb., správního řádu

¹³ POTĚŠIL, Lukáš, HEJČ, David, RIGEL, Filip, MAREK, David. Správní řád. 1. vydání. Praha: Nakladatelství C. H. Beck, 2016, s. 51. ISBN 978-80-7400-598-5

¹⁴ § 16b zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení

šetření povinnost zjistit **stanovisko pečující osoby**, tzn. „její popis a hodnocení průběhu poskytování potřebné podpory, místní a časová dostupnost, respektive limity a zdroje pečující osoby (např. zda potřebuje rovněž podpořit a jak). I neformálně pečující osoba by měla být schopna popsat průběh a povahu poskytované pomoci, které mohou být podkladem pro plánování péče i její ověřování.“¹⁵

Důležitým zdrojem informací u sociálního šetření je také **rozhovor s posuzovanou osobou**, případně ostatními zúčastněnými osobami – tedy **blízkými, či organizacemi podílejícími se na zajištění péče**.¹⁶ Sociální pracovník může tyto rozhovory provádět i bez přítomnosti žadatele a informace podané těmito osobami dále může ověřovat za pomoci dalších důkazů.

V případě, že má sociální pracovník poznatky svědčící pro latentní poruchu orientace, informuje sociální pracovník žadatele o možnosti **doplnění lékařského vyšetření** paměti a orientace. V případě zájmu žadatele, nebo jemu blízkých osob, dále sociální pracovník doporučí součinnost s praktickým lékařem žadatele, který může dát žadateli doporučení k místně dostupnému lékaři příslušné specializované odbornosti ke komplexnímu hodnocení orientace v kontextu zdravotního stavu. Pokud se už žadatel nachází v dlouhodobé péči specializovaného lékaře, sociální pracovník ho taktéž informuje o vhodnosti doplnění zprávy tohoto lékaře k žádosti. Nakonec, poučí žadatele o možnosti zaslání lékařských nálezů, které má u sebe OSSZ pro příslušné posuzování jeho zdravotního stavu.¹⁷ I když Instrukce MPSV klade důraz na proaktivní přístup žadatele, může si sám správní orgán z vlastní iniciativy opatřovat další důkazné prostředky. Pokud o to orgán sociálního zabezpečení požádá, tak je povinnosti poskytovatele zdravotních služeb provést vyšetření, nebo zpracovat lékařské podklady ve vyžádaném rozsahu.¹⁸

Správní orgány podílející se na posuzování žádosti příspěvku na péči mají také právo **nahlížet do zdravotnické dokumentace** žadatele u jakéhokoli poskytovatele zdravotních služeb.¹⁹ Jelikož však tuto pravomoc mají jen zdravotničtí pracovníci, bude se jednat toliko o posudkového lékaře u OSSZ. Poskytovatelé zdravotních služeb jsou povinni lékaři, který plní úkoly orgánu sociálního zabezpečení, bezplatně sdělit bez souhlasu posuzované fyzické osoby informace ze zdravotnické dokumentace, jakož i umožnit nahlížení do zdravotnické dokumentace, případně jí i zapůjčit.²⁰

Úřad práce má taktéž ze zákona právo nahlížet do **osobního spisu zaměstnance** u zaměstnavatele.²¹ I když takový postup bude běžný zejména u výkonu jiných pravomocí Úřadu práce, znění zákona nevylučuje využití tohoto oprávnění i pro ověření informací v rámci řízení o příspěvku na péči.

¹⁵ Instrukce Ministerstva práce a sociálních věcí č. 5 /2015 ve věci postupu při vykonávání sociálního šetření v rámci řízení o příspěvku na péči podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

¹⁶ Instrukce Ministerstva práce a sociálních věcí č. 5 /2015 ve věci postupu při vykonávání sociálního šetření v rámci řízení o příspěvku na péči podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

¹⁷ Instrukce Ministerstva práce a sociálních věcí č. 5 /2015 ve věci postupu při vykonávání sociálního šetření v rámci řízení o příspěvku na péči podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

¹⁸ §16 odst. 1 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení

¹⁹ § 65 odst. 2 písm. f) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

²⁰ § 16 odst. 2 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení

²¹ § 312 odst. 2 zákona č. 262/2006 Sb., zákoníku práce

Od zaměstnavatelů má oprávnění požadovat **pomoc a bezplatná sdělení** i orgán sociálního zabezpečení, jakož i od státních orgánů, zdravotních pojišťoven a poskytovatelů zdravotních služeb, a tito jsou povinny žádostem vyhovět, a to do 30 dnů ode dne vyžádání²². To platí i pro podávání informací mezi orgány sociálního zabezpečení, které jsou povinny žádosti vyhovět do 8 dnů.²³

Dalším běžným zdrojem informací je Jednotný informační systém práce a sociálních věcí. Zaměstnanci krajské pobočky Úřadu práce můžou na základě žádosti úřadu dostat oprávnění k přístupu k údajům vedeným ve **Standardizovaném záznamu sociálního pracovníka**.²⁴ Standardizovaný záznam obsahuje základní údaje o klientovi, jeho postižení, pečujících osobách, potřebách, metodách intervence a jejich výsledku apod.²⁵

Úřad práce také spolupracuje s **obecným úřadem obce s rozšířenou působností**²⁶ a **krajským úřadem**²⁷ při koordinaci poskytování sociálních služeb a realizaci činnosti sociální práce vedoucí k řešení nepříznivé sociální situace a k sociálnímu začleňování. Může tedy získávat informace potřebné pro posouzení nároku na příspěvek na péči i od těchto orgánů.

Česká správa sociálního zabezpečení může také požadovat **informace od Ministerstva vnitra a Policie ČR**, jde o referenční údaje ze základního registru obyvatel, údaje z agendového informačního systému evidence obyvatel, údaje z agendového informačního systému cizinců, údaje z registru rodných čísel o fyzických osobách, kterým bylo přiděleno rodné číslo, avšak nejsou vedeny v ostatních informačních systémech uvedených v písmenech.²⁸ Může se jednat i o citlivé údaje, jakými jsou například informace o změně pohlaví, o omezení svéprávnosti nebo o rodinném stavu. Je však nutné dodat, že tyto informace můžou být poskytnuty jen v rozsahu, který je nezbytný pro splnění daného úkolu.²⁹

Z výše uvedeného vyplývá, že orgány provádějící úkoly v rámci posuzování nároku na příspěvek na péči mají širokou škálu prostředků k zjišťování informací, i když je v praxi ne vždy využívají. Tady se zdá jako vhodné posilnit kompetence rozhodovacího orgánu v tom, aby při sběru informací opravdu využíval všechny prostředky a nespolehal jen na ty, které jsou podle zákona obligatorní. Naopak žadatel má povinnost podložit svá tvrzení, ale nemusí na to použít všechny dostupné prostředky. Sociální pracovník by měl radit žadateli a motivovat ho, aby si sám informace opatřoval. Nicméně, nakonec je povinností orgánů, jak vyplývá ze zásady materiální pravdy, která byla zmíněna výše, snažit se zjistit skutečný stav věci.

Obecně, při posuzování nároku na příspěvek na péči můžou orgány postupovat jen v rámci zákona, pokud nemají výslovné oprávnění k zajištění dalších informací (například nemůžou bez dalšího požadovat přístup do záznamu v rejstříku trestů žadatele), bez svolení žadatele tyto informace nemůžou sbírat.

D. Zohlednění výstupu ze sociálního šetření

²² § 11 odst. 1 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení

²³ § 11 odst. 4 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení

²⁴ § 4a odst. 5 zákona č. 73/2011 Sb., o Úřadu práce

²⁵ Vyhláška č. 332/2013 Sb., o vzoru Standardizovaného záznamu sociálního pracovníka

²⁶ § 92 písm. d) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

²⁷ § 93 písm. c) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

²⁸ § 11a odst. 1 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení

²⁹ § 11a odst. 7 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení

Nárok na příspěvek na péči vzniká při splnění několika podmínek. Musí jít o fyzickou osobu v nepříznivé sociální situaci, která je v důsledku nepříznivého zdravotního stavu závislá na pomoci jiné fyzické osoby při zvládání základních životních potřeb.³⁰ Schopnost samostatného života osoby v přirozeném sociálním prostředí, tedy posouzení existence nepříznivé sociální situace se hodnotí prostřednictvím sociálního šetření.³¹ Sociální šetření je „rámcově zaměřeno na získání kompletního přehledu o potřebách žadatele a jeho sociální situaci, která vypovídá o dopadech zdravotního postižení do celkového sociálního fungování.“³² Záznam ze sociálního šetření je tak jedním z podkladů pro posouzení stupně závislosti,³³ jakož i samotného rozhodnutí o nároku na příspěvek na péči.³⁴ Sociální šetření lze nově provádět kromě sociálního prostředí žadatele také ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče pokud hospitalizace trvá nepřetržitě déle než 60. dnů.³⁵

Jak bylo řečeno výše, sociální šetření provádí sociální pracovník krajské pobočky Úřadu práce, která vede řízení o příspěvku.³⁶ **Sociální šetření je povinným předpokladem pro posouzení závislosti, proto se provádí vždy.** Obsahem sociálního šetření je zjištění co nejobjektivnějšího stavu žadatele se zaměřením na šest základních oblastí, které jsou popsány výše. Na základě záznamu z tohoto šetření je vyhotoven posudek ohledně stupně závislosti, který spojuje zdravotní stav člověka a dopad nepříznivého zdravotního stavu na jeho schopnosti.

Právní úprava v zákoně o sociálních službách a zákoně o organizaci a provádění sociálního zabezpečení se liší v tom smyslu, že podle prvního je záznam ze sociálního šetření přílohou žádosti Úřadu práce o posouzení stupně závislosti, druhý zmíněný předpis explicitně nestanovuje povinnost OSSZ z něj vycházet.³⁷ Z důvodové zprávy k zákonu o sociálních službách je však zřejmé, že záměrem zákonodárce bylo zdůraznit klíčovou roli sociálního šetření: „Dopady dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pro účely rozhodování o příspěvku na péči posuzuje lékař určený úřadem práce. Vychází přitom jednak z lékařských nálezů, jednak z výsledku sociálního šetření, které provádí sociální pracovník obecního úřadu obce s rozšířenou působností.“³⁸ Posudky vyhotovené obecním úřadem a úřadem práce jsou důkazními prostředky v řízení o příspěvku.³⁹ Po zavedení povinnosti sociálního šetření pravděpodobně došlo k tomu, že někteří lékaři se příliš spoléhali na výsledky šetření a opomíjeli vlastní úsudek. To kritizoval Nejvyšší správní soud hned ve dvou rozhodnutích, kdy řekl, že posouzení stupně závislosti osoby pro účely rozhodování o příspěvku na péči musí vycházet z hodnocení všech podkladů dle § 25 odst. 3 zákona o sociálních službách, přičemž lékařský posudek, který je v tomto řízení stěžejním

³⁰ § 7 odst. 1 a 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

³¹ § 25 odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

³² Instrukce Ministerstva práce a sociálních věcí č. 5 /2015 ve věci postupu při vykonávání sociálního šetření v rámci řízení o příspěvku na péči podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

³³ § 25 odst. 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

³⁴ Srov. § 7 odst. 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

³⁵ § 25 odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

³⁶ § 25 odst. 2 ve spojení s § 109 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

³⁷ Srov. § 25 odst. 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a § 8 odst. 8 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení

³⁸ Po novelizaci zákona o sociálních službách z roku 2011 přešly kompetence obecního úřadu obce s rozšířenou pravomocí na krajské pobočky Úřadu práce

³⁹ Důvodová zpráva k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

důkazem, musí být úplný a věrohodný.⁴⁰ To však v žádném případě nemůže znamenat, že naopak posudek bude jediným podkladem, ze kterého bude orgány vycházet.

Záznam ze sociálního šetření, jakož i lékařský posudek, jsou nejdůležitějšími důkazy, se kterými se musí správní orgán vypořádat vždy. I když se může zdát, že ostatní informace, jakými jsou třeba výpisy ze zdravotnické dokumentace, či údaje získané od ostatních orgánů jsou jen fakultativními, doplňkovými prostředky pro upřesnění situace, opět s odkazem na zásadu materiální pravdy, pokud jsou tyto informace orgánům známy, musí se taktéž promítnout do konečného rozhodnutí.

E. Komunikace/ spolupráce a výměna informací

Jelikož se řízení o přiznání příspěvku na péči účastní několik osob a úřadů, je nezbytné, aby byla zajištěna jejich vzájemná spolupráce. Předně **žadatel a případně oprávněná osoba**, pokud není žadatelem, mají povinnost podrobit se sociálnímu šetření, vyšetření zdravotního stavu, případně předložit lékařské nálezy od jiných odborníků, osvědčit všechny tvrzené skutečnosti a poskytovat součinnost posudkovým orgánům.⁴¹ Sám člověk, případně jeho osoba blízká má pak ohlašovací povinnost v situacích, kdy nastaly změny, které by mohly být rozhodné pro rozhodování o výši příspěvku.⁴² Pokud tuto povinnost žadatel, nebo oprávněná osoba poruší, může nastat sankce v podobě nepřiznání, či odňatí příspěvku,⁴³ případně zastavení jeho výplaty.⁴⁴

Asi nejdůležitější je **součinnost orgánů mezi sebou**. Po provedení sociálního šetření Úřad práce zašle záznam ze šetření spolu s žádostí o přiznání příspěvku příslušné okresní správě sociálního zabezpečení, která vydá posudek ve lhůtě 45 dnů, nestanoví-li orgán, který o posouzení požádal, lhůtu delší.⁴⁵ Ve výjimečných případech může být lhůta prodloužena o 30 dnů, případně víc, pokud brání vydání posudku ve lhůtě podle věty první závažné důvody.⁴⁶ Naopak, v případě podávání informací mezi orgány sociálního zabezpečení je lhůta krátká jen 8 dnů.⁴⁷

Povinnost spolupracovat mají mezi sebou i ostatní osoby. **Poskytovatelé zdravotních služeb** jsou povinni za úhradu na žádost příslušného orgánu sociálního zabezpečení provést vyšetření zdravotního stavu fyzické osoby v rozsahu vyžádaného zdravotního výkonu nebo zpracovat bez souhlasu posuzované fyzické osoby lékařské podklady ve vyžádaném rozsahu, jichž je třeba k posouzení jejího zdravotního stavu,⁴⁸ případně sdělit bez souhlasu posuzované fyzické osoby informace ze zdravotnické dokumentace vedené o posuzované osobě, které jsou potřebné pro posouzení jejího zdravotního stavu a umožnit bez souhlasu posuzované fyzické osoby nahlížení do zdravotnické dokumentace, která je o ní vedena, a na nezbytně nutnou dobu zapůjčit tuto zdravotnickou dokumentaci v rozsahu potřebném

⁴⁰ Rozsudek Nejvyššího správního soudu ze dne 30. 9. 2009, sp. zn. 4 Ads 50/2009 - 63 Rozsudek Nejvyššího správního soudu ze dne 23. 9. 2009, sp. zn. 4 Ads 57/2009 - 53

⁴¹ § 21 odst. 1 písm. a) – c) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

⁴² § 21 odst. 1 písm. d) – f), § 21 odst. 2 a 21a zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

⁴³ § 21 odst. 3 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve spojení s § 16a odst. 5

⁴⁴ § 21 odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení

⁴⁵ § 16a odst. 2 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení

⁴⁶ § 16a odst. 2 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení

⁴⁷ § 11 odst. 4 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení

⁴⁸ § 16 odst. 1 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení

pro posouzení jejího zdravotního stavu.⁴⁹ V rámci těchto úkonů musí také postupovat bez prodlení, na základě lhůty, kterou orgán určí, maximálně však ve lhůtě 15 dnů.⁵⁰

Jak bylo řečeno výše, orgány mohou také požadovat pomoc a bezplatná sdělení od **státních orgánů zdravotních pojišťoven**, od **zaměstnavatelů** jakož i **poskytovatelů zdravotních služeb**, a ti jsou povinni těmto žádostem vyhovět, a to do 30 dnů ode dne vyžádání⁵¹.

F. Předkládání „důkazů“ a vyrovnání se s nimi

V rámci správního řízení mají všechny dotčené osoby při uplatňování svých procesních práv rovné postavení.⁵² To se týká i dokazování, účastníci mohou navrhnout a činit jiné návrhy po celou dobu řízení až do vydání rozhodnutí.⁵³ Kromě těchto obecných práv má oprávněná osoba, případně žadatel v řízení o příspěvku na péči povinnost osvědčit skutečnosti rozhodné pro nárok na příspěvek, jeho výši nebo výplatu,⁵⁴ jakož i ohlásit správnímu orgánu všechny změny, které by mohly být rozhodné pro rozhodování o výši příspěvku.⁵⁵ Důkazem pak může být stanovisko účastníka vyjádřené v žádosti, případně v průběhu řízení,⁵⁶ výsledky jiných osob, doplňující lékařské posudky, či jiné listinné důkazy atd. I v průběhu řízení se může žadatel kdykoliv vyjadřovat se ke shromážděným podkladům.⁵⁷

Zákon nestanovuje hierarchii důkazních prostředků, i když zdůrazňuje prostředky, které jsou obligatorní (vyjádření žadatele v žádosti, záznam o sociálním šetření, lékařský posudek). Jak vyplývá z výše uvedeného, Úřad práce má povinnost posuzovat všechny důkazné prostředky ve společném kontextu s cílem nalezení materiální pravdy, nelze tedy tvrdit, že by některý z prostředků měl z pohledu práva větší váhu. Jiná zkušenost asi bude z praxe, kde bude kladen větší důraz na lékařský posudek a sociální šetření.

G. Vydání rozhodnutí

Předtím než Úřad práce vydá rozhodnutí, musí všem účastníkům umožnit vyjádřit se k podkladům rozhodnutí, ledaže se žádosti v plném rozsahu vyhovuje nebo se účastník tohoto práva vzdal.⁵⁸ Kromě obecných náležitostí,⁵⁹ rozhodnutí obsahuje výrok ohledně přiznání, resp. zamítnutí příspěvku na péči, zařazení do stupně závislosti podle schopnosti zvládat životní potřeby a výši příspěvku.

⁴⁹ § 16 odst. 2 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení

⁵⁰ § 16 odst. 3 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení

⁵¹ § 11 odst. 1 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení

⁵² § 7 odst. 1 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád

⁵³ § 36 odst. 1 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád

⁵⁴ § 21 odst. 1 písm. c) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

⁵⁵ § 21 odst. 1 písm. d) – f), § 21 odst. 2 a 21a zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

⁵⁶ § 36 odst. 2 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád

⁵⁷ § Instrukce Ministerstva práce a sociálních věcí č. 5 /2015 ve věci postupu při vykonávání sociálního šetření v rámci řízení o příspěvku na péči podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

⁵⁸ § 36 odst. 3 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád

⁵⁹ § 68 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád

Proti rozhodnutí se lze odvolat k orgánu, který ho vydal (tedy krajská pobočka Úřadu práce), rozhodovat bude MPSV.⁶⁰ Odvolání nemá odkladný účinek⁶¹, což znamená, že příspěvek se bude od doby rozhodnutí vyplácet ve výši, který přiznal Úřad práce.

Je také důležité zmínit, že vydání lékařského posudku nemá účinky rozhodnutí dle správního řádu, tedy není možné se odvolat jenom proti tomuto posudku dřív, než rozhodne Úřad práce.

H. Vyjádření a námitky v průběhu řízení

Předtím, než správní orgán rozhodne, mají účastníci právo vyjádřit svoje stanovisko⁶² a vyjádřit se ke shromážděným podkladům.⁶³ Přičemž první případ se týká možnosti **vyjádřit** kdykoliv v průběhu řízení **svoje stanovisko** k provedeným důkazům, k úkonům ostatních účastníků nebo k procesnímu postupu, například namítat podjatost osob, které se na rozhodování podílejí. Správní orgán musí umožnit účastníkovi, aby se vyjádřil, není však jeho stanoviskem vázán. není však tímto stanoviskem nikterak vázán.⁶⁴ Nicméně v tomto případě se předpokládá procesní iniciativa samotného účastníka a správní orgán nemá kromě poskytnutí prostoru pro vyjádření a povinnosti zabývat se stanoviskem další procesní povinnosti. O vypořádání se s námitkami se nevydává samostatné usnesení.⁶⁵

Naproti tomu, i když bude účastník v průběhu řízení zcela nečinný, má správní orgán povinnost bezprostředně před vydáním rozhodnutí jej vyzvat k tomu, aby se **vyjádřil k nashromážděným podkladům**. Tato povinnost je dána vždy, s výjimkou situace, kdy správní orgán žádosti v plném rozsahu vyhovuje nebo se účastník tohoto svého práva předem vzdal. V ostatních případech musí správní orgán prokázat, že svou povinnost dodržel, a to buď založením doručení písemné výzvy nebo záznamem o tom, že účastník se s podklady seznámil, stvrzený podpisem účastníka.⁶⁶ Jestliže správní orgán účastníky vyzvat opomene, zakládá to důvod pro zrušení celého rozhodnutí. Z výzvy musí být patrné, že správní orgán ukončil shromažďování podkladů⁶⁷ a že účastníci mohou současně se svým vyjádřením navrhnout další důkazy nebo učinit jiné návrhy. Orgán v ní musí také stanovit lhůtu přiměřenou složitosti řízení.⁶⁸ V případě nutnosti může být lhůta na žádost účastníka usnesením prodloužena, pokud tím není ohrožen účel řízení nebo porušena rovnost účastníků.⁶⁹

Správní orgán návrhu na doplnění dokazování vyhoví, podklady opatří a důkazy provede, nebo návrhu nevyhoví⁷⁰. Pokud nastane první situace, musí po tomto postupu znovu vyzvat účastníky k vyjádření před vydáním rozhodnutí. Pokud jde o případ druhý, musí se v odůvodnění vypořádat s tím, proč návrhu nebylo vyhověno.⁷¹

⁶⁰ § 28 odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

⁶¹ § 28 odst. 3 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

⁶² § 36 odst. 2 zákona č. 500/2004 Sb., správního řádu

⁶³ § 36 odst. 3

⁶⁴ JEMELKA, Luboš, et al. Správní řád. 5. vydání. Praha: Nakladatelství C. H. Beck, 2016, s. 200. ISBN 978-80-7400-607-4, § 36

⁶⁵ Srov. rozsudek Městského soudu v Praze ze dne 9. 1. 2013, č. j. 5 Ca 117/2009-39.

⁶⁶ POTĚŠIL, Lukáš, et al. Správní řád. 1. vydání. Praha: Nakladatelství C. H. Beck, 2016, s. 185. ISBN 978-80-7400-598-5, § 36

⁶⁷ Srov. rozsudek Nejvyššího správního soudu ze dne 14. 11. 2003, č. j. 7 A 112/2002—36.

⁶⁸ Srov. rozsudek Městského soudu v Praze ze dne 17. 12. 2013, č. j. 8 A 135/2013-38.

⁶⁹ § 39 odst. 2 zákona č. 500/2004 Sb., správního řádu

⁷⁰ § 52 zákona č. 500/2004 Sb., správního řádu

⁷¹ § 68 odst. 3 zákona č. 500/2004 Sb., správního řádu

I. Odvolání a jiné opravné prostředky

Proti rozhodnutí krajské pobočky Úřadu práce může podat účastník řízení **odvolání**, ledaže se tohoto práva vzdal předem písemně nebo ústně do protokolu,⁷² dále jeho zákonný zástupce, opatrovník, nebo zmocněnec.⁷³ Ve výjimečných případech může uznat správní orgán odvolání i od jiné osoby, při splnění třech podmínek: (1) odvolání musí být podáno v prospěch účastníka, (2) účastník požádá správní orgán o uznání tohoto odvolání a (3) podáním takového odvolání nemůže vzniknout újma jinému účastníku.⁷⁴ Může se jednat o situace, kdy účastník sám nemůže odvolání podat a nemůže ani nikoho k podání odvolání zmocnit, například kdy byl člověk v průběhu řízení nedobrovolně hospitalizován v psychiatrické léčebně a podá za něj odvolání blízká osoba. V ostatních případech, tedy pokud nejsou naplněny výše zmíněné podmínky, správní orgán odmítne odvolání jako nepřipustné.⁷⁵

Odvolání se podává u pobočky Úřadu práce, která rozhodnutí vydala.⁷⁶ Lhůta je 15 dnů od oznámení rozhodnutí⁷⁷ a počítá se ode dne následujícího po dni, kdy bylo rozhodnutí oznámeno,⁷⁸ tedy v případě řízení o příspěvku na péči ode dne doručení rozhodnutí do vlastních rukou účastníka.⁷⁹ Přitom stačí, když je poslední den lhůty podáno odvolání místně a věcně příslušnému orgánu,⁸⁰ nebo orgánu nadřízenému. Proto pokud by odvolatel podal odvolání na konci lhůty například k jiné pobočce Úřadu práce, tak by mohl tuto lhůtu zmeškat. Pokud konec lhůty připadne na víkend nebo na svátek, končí lhůta v následující pracovní den.⁸¹

Odvoláním může odvolatel napadnou výrokovou část rozhodnutí (v případě, že příspěvek vůbec nebyl přiznán), jednotlivý výrok (v případě, že příspěvek byl přiznán, ale ne v požadované výši) nebo jeho vedlejší ustanovení (například když je nesprávně určena doba, od kdy se příspěvek vyplácí).⁸² Odvolání jen proti odůvodnění rozhodnutí, nebo jen proti podkladům, na kterých bylo rozhodnutí učiněno (tedy kdy účastník souhlasí s rozhodnutím, nikoliv však například s posudkem lékaře) je nepřipustné.⁸³

V odvolání musí účastník kromě uvedení základních náležitostí podání⁸⁴ zejména označit rozhodnutí, které napadá (tedy který orgán ho vydal, datum rozhodnutí a číslo jednací), vymežit rozsah odvolání a jeho důvody.⁸⁵ Přitom vzhledem k principu koncentrace řízení odvolatel nemůže použít důkazy, či skutečnosti, které mohl použít v původním řízení.⁸⁶

V odvolacím řízení posuzuje stupeň závislosti posudková komise Ministerstva práce a sociálních věcí,⁸⁷ která postupuje stejně jako posudkový lékař v původním řízení. K jednání posudkové komise může

⁷² § 81 odst. 1 a 2 zákona č. 500/2004 Sb., správního řádu.

⁷³ § 31 zákona č. 500/2004 Sb., správního řádu.

⁷⁴ § 34 odst. 4 zákona č. 500/2004 Sb., správního řádu.

⁷⁵ § 92 zákona č. 500/2004 Sb., správního řádu.

⁷⁶ § 56 odst. 1 zákona č. 500/2004 Sb., správního řádu.

⁷⁷ § 83 odst. 1 zákona č. 500/2004 Sb., správního řádu.

⁷⁸ § 40 odst. 1 písm. a) zákona č. 500/2004 Sb., správního řádu.

⁷⁹ § 72 odst. 1 zákona č. 500/2004 Sb., správního řádu.

⁸⁰ § 83 odst. 1 zákona č. 500/2004 Sb., správního řádu.

⁸¹ § 40 odst. 1 písm. c) zákona č. 500/2004 Sb., správního řádu.

⁸² § 82 odst. 1 zákona č. 500/2004 Sb., správního řádu.

⁸³ § 82 odst. 1 věta druhá zákona č. 500/2004 Sb., správního řádu.

⁸⁴ § 37 odst. 2 zákona č. 500/2004 Sb., správního řádu.

⁸⁵ § 82 odst. 2 zákona č. 500/2004 Sb., správního řádu.

⁸⁶ § 82 odst. 4 zákona č. 500/2004 Sb., správního řádu.

⁸⁷ § 4 odst. 2 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení.

komise na žádost posuzované osoby přizvat jinou fyzickou osobu, typicky rodinného příslušníka, avšak zákon nevylučuje, aby se jednalo například o poskytovatele sociální služby, nebo jeho zaměstnance.⁸⁸ Po shromáždění důkazů orgán opět vyzve účastníka k tomu, aby se k nim v určené lhůtě vyjádřil (viz odst. H).

Po uplynutí lhůty na vyjádření vydá ministerstvo rozhodnutí, kterým napadené rozhodnutí potvrdí, rozhodnutí, či jeho část přímo změní, případně ho zruší a věc vrátí zpět okresní správě sociálního zabezpečení.⁸⁹ Pokud se jedná o změnu rozhodnutí, nemůže ministerstvo rozhodnout v neprospěch odvolatele (například tím, že mu přizná příspěvek v nižší výši).⁹⁰ Dnem doručení nabývá rozhodnutí právní moci⁹¹, takže se proti němu nelze dále bránit řádnými opravnými prostředky.

Ve specifických případech se však účastník může bránit dalšími právními prostředky, zejména jde o přezkumné řízení, obnovu řízení a řízení ve správním soudnictví. **Žádost o přezkumné řízení** lze podat do 1 roku od právní moci rozhodnutí k orgánu, který rozhodnutí vydal, v případě, že lze důvodně pochybovat o tom, že rozhodnutí je v souladu s právními předpisy.⁹² Bude se tedy jednat o situace, kdy se orgány, které rozhodovaly, dopustily závažného excesu. V případě, že by potom, co rozhodnutí nabylo právní moc, vyšly najevo nové skutečnosti nebo důkazy, které sice existovaly v době původního řízení, ale účastník je nemohl v původním řízení uplatnit, případně se provedené důkazy ukázaly nepravdivými, může účastník také podat **žádost na obnovu řízení**.⁹³ Toto řízení by se také mohlo týkat případů, kdy se zpětně ukáže, že posudek lékaře, či komise byl nekvalitní a jeho závěry neodpovídaly realitě. Účastník musí podat žádost do 3 měsíců od doby, kdy se o nových skutečnostech dozvěděl, maximálně však do 3 let od právní moci daného rozhodnutí. Nakonec, v případě nesouhlasu s rozhodnutím odvolacího orgánu (tedy ministerstva), může účastník také podat **správní žalobu**.⁹⁴ Žaloba se podává proti ministerstvu ke krajskému soudu, podle místa pobytu žadatele o příspěvek,⁹⁵ a to do 2 měsíců od doručení posledního rozhodnutí.⁹⁶

Oblast	Z HLEDISKA STÁVAJÍCÍ PRÁVNÍ ÚPRAVY			
	co je povinnost	co se může, ale nemusí (explicitně)	čemu právní úprava nebrání (ale neukládá to jako povinnost ani jako možnost explicitně)	čemu právní úprava brání (explicitně) + co neumožňuje (protože to není upraveno)
<i>zapojení různých odborností a jejich možnosti</i>	Sociální pracovník (ÚP) Lékař (OSSZ)	Ošetřující lékař Právnícká osoba poskytující sociální služby	Doplnění posudku odborníkem z jiného oboru žadatelem/oprávněno u osobou	Multidisciplinarit a ve druhém stupni (jen částečná)

⁸⁸ § 16b odst. 4 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení.

⁸⁹ § 90 odst. 1 zákona č. 500/2004 Sb., správního řádu.

⁹⁰ § 90 odst. 3 zákona č. 500/2004 Sb., správního řádu.

⁹¹ § 91 odst. 1 zákona č. 500/2004 Sb., správního řádu.

⁹² § 94 odst. 1 zákona č. 500/2004 Sb., správního řádu.

⁹³ § 100 odst. 1 a 2 zákona č. 500/2004 Sb., správního řádu.

⁹⁴ § 4 odst. 1 písm. a) zákona č. 150/2002 Sb., soudního řádu správního.

⁹⁵ § 7 odst. 1 a 3 zákona č. 150/2002 Sb., soudního řádu správního.

⁹⁶ § 72 odst. 1 zákona č. 150/2002 Sb., soudního řádu správního.

<i>ovlivnit výsledek řízení</i>				
<i>využití různých zdrojů informací</i>	Žádost Nález ošetřujícího lékaře Stanovisko pečující osoby Rozhovor s posuzovaným člověkem	Vyjádření posuzované osoby Doplňující lékařský posudek Nahlížení do zdravotnické dokumentace Sdělení státních orgánů a poskytovatelů zdravotních služeb Standardizovaný záznamu sociálního pracovníka Informace obce s rozšířenou působností a kraje Informace od MV a Policie ČR	Osobní spis zaměstnance	Všechny informace, ke kterým nemají orgány přístup, například na základě zákona o ochraně osobních údajů
<i>zohlednění výstupu ze sociálního šetření</i>	Je jedním z nejdůležitějších podkladů pro rozhodnutí, musí být vždy Musí být zohledněn při lékařském posudku			
<i>komunikace / spolupráce a výměna informací</i>	Součinnost žadatele a orgánů Součinnost OSSZ s ÚP	Státní orgány, zdravotní pojišťovny, zaměstnavatelé, poskytovatelé	Spolupráce s dalšími osobami, pokud není porušen zákon o ochraně osobních údajů nebo povinnost mlčenlivosti	

	Poskytovatele zdravotních služeb	zdravotních služeb Obec s rozšířenou působností a kraj		
<i>předkládání „důkazů“ a vyrovnání se s nimi</i>	Žadatel má povinnost dosvědčit svá tvrzení Sociální šetření a lékařský posudek	Vyjádření posuzované osoby Žadatel (oprávněná osoba) může činit návrhy na provedení důkazů až do vydání rozhodnutí	Jakékoliv další povolené důkazy	Důkazy v rozporu se zákonem
<i>vydání rozhodnutí</i>	ÚP musí umožnit účastníkům vyjádřit se před vydáním rozhodnutí	Odvolání		Nelze se odvolat pouze proti lékařskému posudku

V praxi mohou nastat interpretační problémy z důvodu nesourodé klasifikace schopností dle zákona o sociálních službách a Vyhlášky č. 332/2013 Sb., o vzoru Standardizovaného záznamu sociálního pracovníka. Posuzování podle zákona o sociálních službách a vyhláška č. 505/2006 je založeno na seznamu 10 životních potřeb, přičemž se posuzuje, nakolik je žadatel schopen, resp. neschopen tyto potřeby samostatně uspokojit.⁹⁷ Záznam sociálního šetření však obsahuje oblastí jen 6, které se z velké části překrývají s oblastmi v zákoně o sociálních službách, ale nejsou tak široké.

⁹⁷ §9 odst. 1 zákona č. 108/2006 o sociálních službách