



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

Úřad vlády České republiky



Analýza informačních systémů a podklady pro revizi výkonů v adiktologických službách

Jan Šalomoun

Alexandra Roubalová

Praha, 2018

Analýza informačních systémů

a podklady pro revizi výkonů v adiktologických službách

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

Úřad vlády České republiky, Odbor protidrogové politiky,
Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky
Praha, 2018

Autoři: Bc. Jan Šalomoun, Mgr. Alexandra Roubalová

Odborná redakce: Michaela Valentová

ISBN: 978-80-7440-226-5



Sekretariát Rady vlády
pro koordinaci
protidrogové politiky

Analýza informačních systémů a podklady pro revizi výkonů v adiktologických službách

SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY

Jan Šalomoun

Alexandra Roubalová



Obsah

Úvod	1
Informační systémy poskytovatelů adiktologických služeb – analýza	5
Informační systémy podle počtu využití	5
Financování IS	6
Informační systémy dle klientských agend	6
Karta klienta, incomové tabulky, anamnestické listy	7
Informační systémy podle výstupů	8
Provozní výstupy	8
Bezpečnost a práce s daty	27
Offline vs. online	27
Zabezpečení a práce s daty	28
Podpora a rozvoj aplikace	31
Podklady pro revizi výkonů v adiktologických službách	33
Typy adiktologických služeb a jejich vázanost na jednotlivé rezorty	34
Přehled stávající praxe – typy informačních systémů užívané v adiktologických službách pro vykazování realizovaných výkonů	36
Přehled sledovaných dat o uživatelích služby a realizovaných výkonech v adiktologických službách dle rezortů	37
Adiktologické služby: vykazování pro RVKPP, ÚZIS	37
Sociální služby: vykazování pro MPSV/kraje	37
Zdravotní služby: vykazování pro MZ, ZP, ÚZIS	37
Adiktologické služby – primární prevence: vykazování pro MŠMT	38
Výkony v adiktologických službách – přehled stávajících definic adiktologických, sociálních a zdravotních výkonů	39
Adiktologické služby dle SOZ RVKPP	39
Sociální služby	40
Zdravotní služby	40
Seznamy výkonů – adiktologické služby, zdravotní služby, sociální služby	41
Seznam adiktologických výkonů	41
Seznam výkonů zdravotních služeb	47
Seznam výkonů sociálních služeb	51
Možnosti porovnání adiktologických, zdravotních a sociálních výkonů v adiktologických službách	56
Závěr	61

Použité zdroje.....	63
Seznam obrázků.....	65
Seznam grafů	65
Seznam tabulek.....	65
Zkratky	66
Příloha	67

Úvod

Síť poskytovatelů adiktologických služeb v ČR je složena ze tří základních celků: preventivní programy, harm reduction programy a léčebné programy společně s programy sociální integrace.

Podle zpráv o realizaci protidrogové politiky v krajích bylo v ČR v r. 2016 celkem 244 specializovaných adiktologických center (tj. programů bez započítání preventivních a terénních programů), z toho 56 nízkoprahových kontaktních center, 71 programů ambulantní léčby, 17 substitučních center, 2 stacionární programy, 23 detoxifikačních jednotek, 26 oddělení lůžkové zdravotní péče, 15 terapeutických komunit, 28 doléčovacích programů (z nich 20 s chráněným bydlením) a 6 domovů se zvláštním režimem pro osoby závislé na návykových látkách. Kromě těchto center hlásily kraje celkem 46 terénních programů¹.

Dále k lednu roku 2017 eviduje Národní ústav pro vzdělávání již celkem 56 organizací s 90 certifikovanými programy primární prevence. Z celkového počtu 90 certifikovaných programů je 55 programů všeobecné prevence, 25 programů selektivní prevence a 10 programů indikované prevence.

Celá tato síť je financována z různorodých zdrojů. Mezi hlavní donátory patří ministerstva (MPSV, MZ, MŠMT), Úřad Vlády – RVKPP, zdravotní pojišťovny, kraje a obce.

Výroční zpráva RVKPP za rok 2015 k financování uvádí: „Poskytovatelé služeb z řad nestátních organizací provedli v r. 2016 analýzu podmínek dotačních řízení ministerstev a krajů v oblasti protidrogové politiky, která ukázala, že současný vícezdrojový dotační systém financování služeb je komplikován množstvím nejednotných a často protichůdných pravidel ve všech fázích dotačních řízení. Nastavení dotačních titulů je z celkového pohledu nesystémové a nekoncepční. Tyto zásadní rozdíly v dotačních řízeních mají výrazný negativní dopad na poskytovatele služeb i donátory a ohrožují existenci základní sítě služeb.“²

Tato situace je bohužel zároveň klíčovým negativním faktorem v oblasti návrhu a implementace univerzálního informačního systému pro poskytovatele služeb.

Výkaznictví poskytovatelů adiktologických služeb je určováno třemi základními potřebami:

- 1) Potřeby dané zákony a standardy odborné způsobilosti.
- 2) Potřeby organizace – její vlastní přehledy, hodnocení efektivity a kvality práce, dokumentace práce s klienty atd. Tyto potřeby z velké části vycházejí z potřeb definovaných v prvním bodu.
- 3) Potřeby pro účely dotačních řízení – tj. potřeby jednotlivých donátorů.

Zatímco proměnné v bodech 1 a 2 jsou z velké části jasně definované a ustálené, a tím pádem i bez větších problémů implementovatelné do konkrétního softwarového řešení, proměnné v třetí části jsou i vzhledem k rozsahu a různorodosti celé sítě nastíněné výše tak nesourodé, roztržité a mnohačetné, že z velké části znemožňují implementaci jednoho univerzálního softwarového nástroje. Z tohoto důvodu existují různé informační systémy, které si jednotlivé organizace přizpůsobují svým požadavkům a podmínkám, které se tu lépe, tu hůře, snaží pokrýt všechny tři potřeby dané organizace. Výjimkou jsou adiktologická zařízení, která spadají primárně pod zdravotnická zařízení. Ta pak využívají software zdravotnický.

Následná analýza si klade za cíl zmapovat současné informační systémy používané k výkaznictví poskytovatelů adiktologických služeb. Analýza vychází ze dvou zdrojů dat. Z dotazníkového šetření a terénního výzkumu. Terénní výzkum byl realizován u organizací, které používají jeden ze čtyř nejvíce používaných IS.

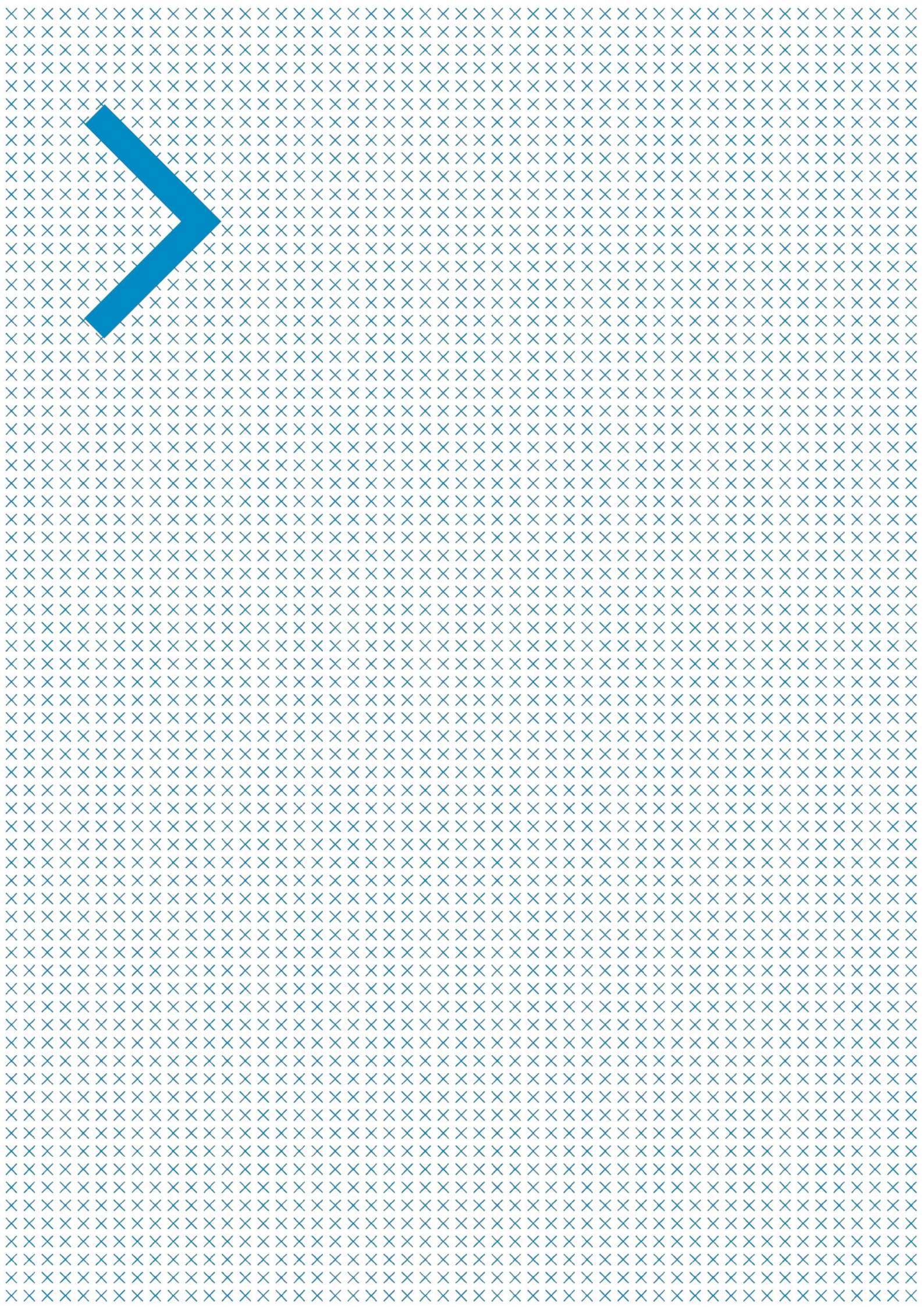
¹ Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016.

² Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015, s. 4.

Ideovým podkladem pro tuto analýzu je návrh jednotného informačního systému, který by byl schopen pokrýt kompletní spektrum vnějších i vnitřních potřeb poskytovatelů adiktologických služeb. Výkony poskytované v adiktologických službách mají v zásadě dvojí charakter, který se může v případě některých výkonů prolínat. Zjednodušeně řečeno, rámec, který tyto výkony utváří, je složen z různých rezortních částí, a to převážně z části sociální a z části zdravotnické. Podrobněji je tento koncept nastíněn v části **Typy adiktologických služeb a jejich vázanost na jednotlivé rezorty** v druhé části analýzy.

Z tohoto důvodu obsahuje materiál i návrh podkladů pro revizi výkonů v adiktologických službách a srovnání s výkony zdravotními a sociálními. Následná podrobná komparace má za cíl pomoci s již zmiňovanou komplexní revizí adiktologických výkonů a také s následnou tvorbou metodických materiálů, které by měly sloužit pro zhotovení jednotného a závazného převodníku výkonů v rámci jednotlivých resortů. Následná softwarová algoritmizace těchto převodníků bude implementována do návrhu jednotného informačního systému.





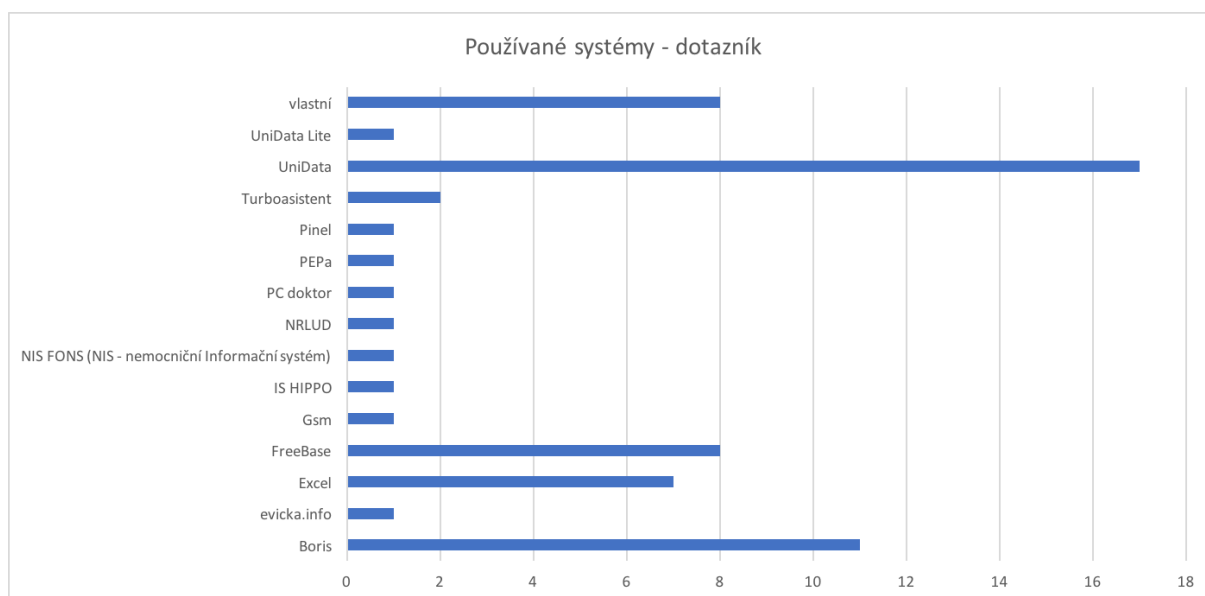
Informační systémy poskytovatelů adiktologických služeb – analýza

Informační systémy podle počtu využití

Pro sběr dat byl vytvořen elektronický dotazník, který byl přístupný z mapy pomoci (<https://www.drogy-info.cz/mapa-pomoci/>) pro zařízení zabývající se problematikou závislosti. Dotazník vyplnilo 63 zařízení. Následně byla na základě velikosti zařízení, používaných IS a variability poskytovaných služeb vybrána 3 profilová zařízení, ve kterých byl realizován terénní průzkum, zaměřený na detailnější doplnění vybraných otázek z dotazníku k popisu stávající praxe, ale i otázky týkající se definování potřeb a překážek v procesu výkaznictví.

Samotného dotazníkového šetření se neúčastnilo zařízení Sananim, z. ú., z důvodu využívání vlastního systému 5IS, jehož analýza proběhla v rámci terénního šetření. Výjimku představují Terénní programy Sananim, které využívají systém UniData Lite.

Graf 1 Používané informační systémy



Zdroj: Vlastní zpracování

Uvedený graf vychází pouze z dotazníkového šetření, nicméně po započtení 5IS a kvalifikovaného odhadu je zřejmé, že o pořadí v počtu používaných systémů se dělí následující IS: **UniData, Boris a 5IS**. Výzkum také prokázal, že systém FreeBase, který je dlouhá léta nepodporovaný a neaktualizovaný, je v síti adiktologických zařízení stále používán. Mnoho zařízení také využívá různě upravené Excelové tabulky. Ty se z velké části skrývají i pod odpověďmi s hodnotou „vlastní“.

Uvedené jsou také zdravotnické systémy – Pinel, PC doktor... a také systém pro vykazování v sociálních službách Evicka.

Samostatnou kapitolu tvoří systém UniData Lite. Ten je sice v dotazníku zastoupen pouze jednou, ale ve skutečnosti je tento systém používán třemi pražskými zařízeními. Jsou to: Terénní program Sananim, Drop In a terénní programy Progressive. Protože se jedná o specifické pražské programy s velkým množstvím klientů, je tento systém z hlediska počtu obslužených klientů také nezanedbatelný.

Jednotlivým nepoužívanějším aplikacím se budou detailně věnovat následující kapitoly.

Dotazník zjišťoval také používání sekundárních IS. Zde se mimo databáze UniData objevovala výhradně aplikace MS Excel a MS Word. Dále pak papírové karty a papírové denní výkazy.

Nutno již na začátku říci, že jak z dotazníkového šetření, tak z terénního průzkumu vyplývá, že v současné době neexistuje IS, který by pokrýval celé spektrum potřeb jednotlivých poskytovatelů. Což znamená, že je vždy zapotřebí následného sekundárního zpracování dat.

Financování IS

Vývoj, rozvoj a údržba jednotlivých informačních systémů jsou různě financované. Informační systémy jsou obecně živým softwarem, který se vyvíjí spolu s měnícími se požadavky organizace. Ty mohou být iniciovány organizací samotnou, nebo vnějším prostředím: legislativa, požadavky donátorů, nové registry atd. Z tohoto důvodu si vývoj vlastních systémů a následné financování mohou dovolit pouze velké organizace. Typickým příkladem je vývoj a údržba systému SIS společnosti Sananim z. ú. Organizace samotná se jako projektový manager podílí na vývoji a zaměstnává ICT odborníka, který zajišťuje programátorské práce. Z hlediska dlouhodobé strategie je to asi neoptimálnější způsob řešení při samofinancování vlastního IS.

V případě systému Boris, za kterým stojí SEMIRAMIS z. ú. a Laxus z. ú., je situace poněkud odlišná. Systém byl vyvinut více méně zdarma (projektový management tvořili pracovníci z organizace) u soukromého subjektu. Bylo však nutné najít způsob financování pro další rozvoj, vývoj, správu a podporu aplikace. Z tohoto důvodu je tedy další vývoj, v rámci koordinované skupiny uživatelů, financován paušálním poplatkem 1 000 Kč měsíčně za zařízení.

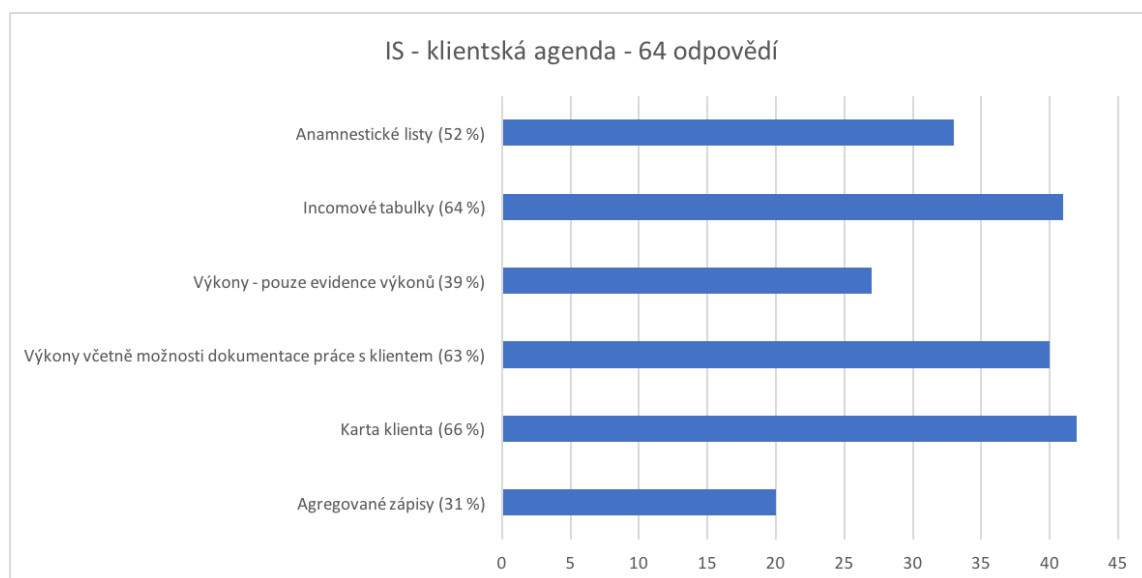
Poslední z neužívanějších systémů UniData (včetně IS UniData Lite) jsou financovány přímo RVKPP a systémy jsou uživatelům nabízeny zdarma. Vývoj a podpora aplikací jsou zabezpečeny *in house*, tedy vlastním vývojářem. Funkci projektového manažera tvoří pracovníci NMS, vývojář a také sami uživatelé – respektive jejich požadavky.

Informační systémy dle klientských agend

Klientská agenda představuje moduly potřebné pro zaznamenání celé péče o klienta. Jedná se tedy o kartu klienta, incomové tabulky, anamnestické listy, záznam o provedených výkonech a zápis dokumentace z jednotlivých setkání.

Graf níže ukazuje výsledky z dotazníkového šetření, které udávají, jaké klientské agendy jednotlivé IS obsahují. Systém SIS byl do přehledu započítán.

Z přehledu jasně vyznívá, že primárně jsou informační systémy zaměřené hlavně na evidenci výkonů. Incomové tabulky, anamnestické listy a karty klienta poměrně velká část IS neobsahuje. Jsou to většinou systémy vlastní, Excelové tabulky atd.

Graf 2 **Klientská agenda v používaných IS**


Zdroj: Vlastní zpracování

Karta klienta, incomové tabulky, anamnestické listy

Základním modulem klientské agendy je karta klienta. Tj. karta se základními údaji o klientovi. Kód, jméno, příjmení, pohlaví atd. Z výzkumu vyplývá, že tento základní modul obsahuje pouze 66 % používaných systémů. Toto číslo reflektuje velké množství vlastních systémů, tvořených většinou Excelovými tabulkami, jejichž součástí tato karta není a je vedena zvlášť, většinou v papírové podobě. Odpovídá tomu i další údaj z výzkumu, který sleduje přímo incomové tabulky. Incomové tabulky představují souhrn tří tabulek: Tabulku návykového chování, rizikového chování a základní socio-ekonomické údaje. Tyto údaje jsou ve většině systémů spjaty právě s kartou klienta. Počet IS, které incomové tabulky obsahují, je dle dotazníkového šetření 64 % – tedy je to přibližně stejný počet, jako u karet klienta. Nicméně všechny tři nejvíce používané systémy Boris, SIS a UniData tyto dvě agendy obsahují.

Údaje v kartě klienta a incomových tabulkách představují základní údaje o klientovi, se kterými se dále pracuje ve většině výstupů pro poskytovatele dotací (závěrečné a průběžné zprávy o realizaci projektu atd.). Jedinou výjimku představují zařízení, která pracují s čistě agregovanými údaji, což jsou tři velká pražská zařízení, respektive jejich terénní programy. Specifika těchto zařízení budou popsána dále.

Poslední část spjatou s kartou klienta představují tzv. anamnestické listy. V těchto listech se vedou další podrobné údaje o klientovi. Například záznamy o provedených testech, o substituční léčbě, diagnózy atd. Tuto část obsahuje pouze 52 % zkoumaných systémů.

Situace s kartou klienta se dále komplikuje s požadavky dalších donátorů a účastníků procesu. Typickým příkladem je Národní registr léčby uživatelů drog – NRLUD. Národní registr léčby uživatelů drog je registrem zaměřeným na shromažďování údajů o pacientech při vstupu do a výstupu z léčby závislosti včetně kontaktních, poradenských a resocializačních programů pro uživatele drog. Tento registr poskytuje souhrnné údaje pro statistické přehledy jak na národní, tak i mezinárodní úrovni, dále pro epidemiologické studie a zdravotnický výzkum. Získané údaje by měly být použity při tvorbě protidrogové politiky a strategie ČR a v mezinárodním kontextu i v EU.

Do tohoto registru má zákonnou povinnost přispívat většina adiktologických zařízení. Dle terénního průzkumu pouze jeden ze sledovaných systémů obsahuje v kartě klienta všechny údaje potřebné pro účely tohoto registru. Což v praxi znamená paralelní vedení další klientské agendy pro tento registr. Více viz [Výstupy pro NRLUD – ÚZIS](#).

Specifika velkých pražských terénních programů

Již zmínění tři velcí poskytovatelé služeb, respektive jejich terénní programy, obstarávají péči o tak velké množství klientů, že není možné vykazovat práci na úrovni výkon – klient. Z tohoto důvodu jsou jejich IS zaměřeny čistě výkonově. O klientech se většinou nevedou záznamy v podobě incomových a návazných klientských tabulek. Zařízení vedou údaje pouze o množství klientů a o poskytnutých službách. Výstupem jsou pak agregovaná výkonová data. V současné době všechny tři programy využívají IS UniData Lite, který v těchto zařízeních plně nahradil starý, již nepodporovaný systém FreeBase.

Informační systémy podle výstupů

Výstupy v informačních systémech byly pro potřeby výzkumu rozděleny na dvě základní skupiny. První skupinou jsou tzv. **provozní neboli organizační výstupy**. Pod tuto skupinu spadají všechny výstupy, které slouží pro potřebu samotného zařízení. Pro sledování práce s klientem, analýzy, kontrolní sumáře a přehledy, členění klientů dle specifických potřeb zařízení atd. Specifičnost provozních výstupů je dána nejenom typem zařízení, ale také odlišným způsobem práce i v rámci jednotlivých zařízení ve stejném typu služeb. Podoba těchto výstupů je určena konkrétním způsobem práce, skladbou klientů, ale také třeba geografickou polohou. Primárně tyto výstupy neslouží přímo pro potřeby poskytovatelů dotací, i když ve většině případů slouží dílčí údaje z nich získané jako jednotlivé stavební kameny pro sestavení, nebo doplnění výstupů pro specifické donátory.

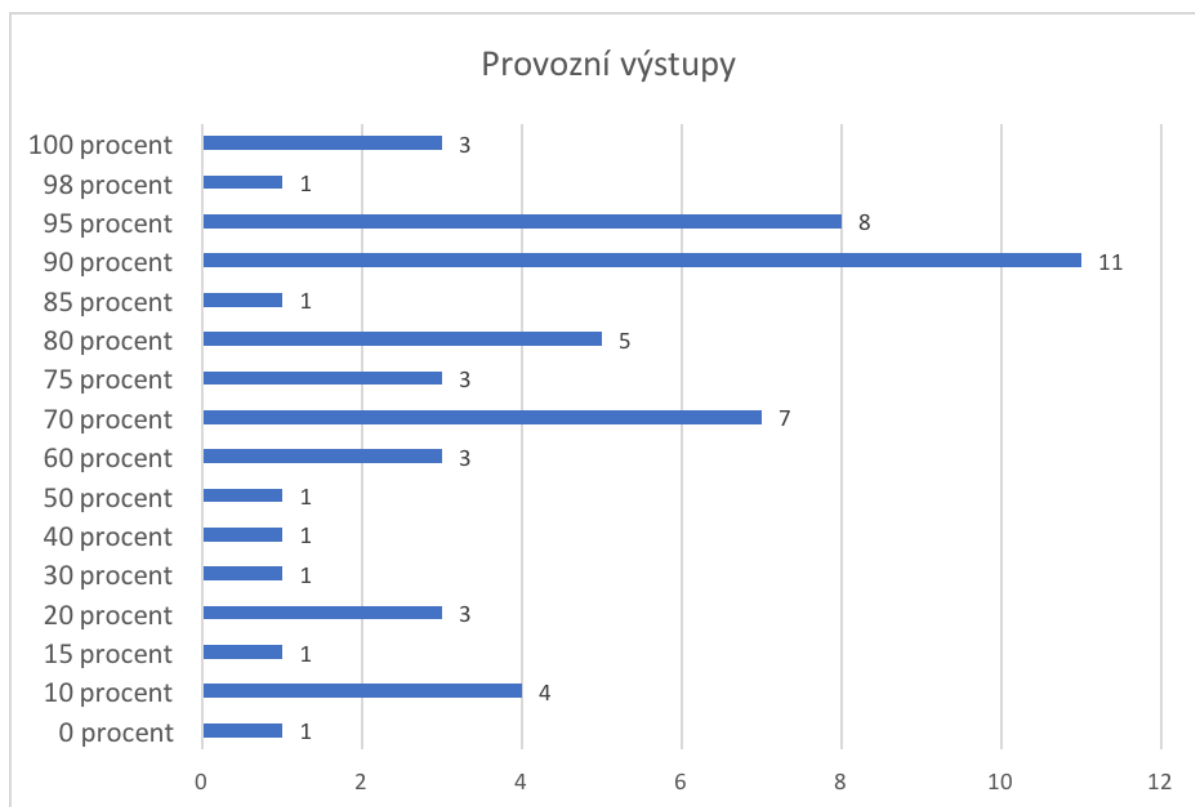
Výstupy pro potřeby donátorů jsou pak druhou skupinou výstupů, které informační systémy poskytují.

Provozní výstupy

Graf níže zachycuje odpovědi respondentů na otázku, kolik procent jejich specifických požadavků je pokryto provozními výstupy.

Pouze 12 respondentů uvedlo, že jejich systémy naplňují potřeby provozních výstupů na méně než 60 %. 23 respondentů (tj. asi 35 %) se pohybuje na škále od 70 % výše. Z terénního výzkumu tří nejpoužívanějších systémů vyplývá, že ani tam není pokrytí 100 %. U systému Boris chybí provázanost klienta s dokumentací, u systému SIS bylo uvedeno, že pokrytí je přibližně 95 %. Stejně tomu je u UniDat. U těchto dvou systémů se procento lehce mění v závislosti na organizaci. Jsou organizace, které mají pokryto 100 %, a jsou organizace, kde mají nějakou specifickou potřebu a některé výstupy jim mohou chybět.

Pouze 12 respondentů uvedlo, že jejich systémy naplňují potřeby provozních výstupů na méně než 60 %. 23 respondentů (tj. asi 35 %) se pohybuje na škále od 70 % výše. Z terénního výzkumu tří nejpoužívanějších systémů vyplývá, že ani tam není pokrytí 100 %. U systému Boris chybí provázanost klienta s dokumentací, u systému SIS bylo uvedeno, že pokrytí je přibližně 95 %. Stejně tomu je u UniDat. U těchto dvou systémů se procento lehce mění v závislosti na organizaci. Jsou organizace, které mají pokryto 100 %, a jsou organizace, kde mají nějakou specifickou potřebu a některé výstupy jim mohou chybět.

Graf 3 **Provozní výstupy**


Zdroj: Vlastní zpracování

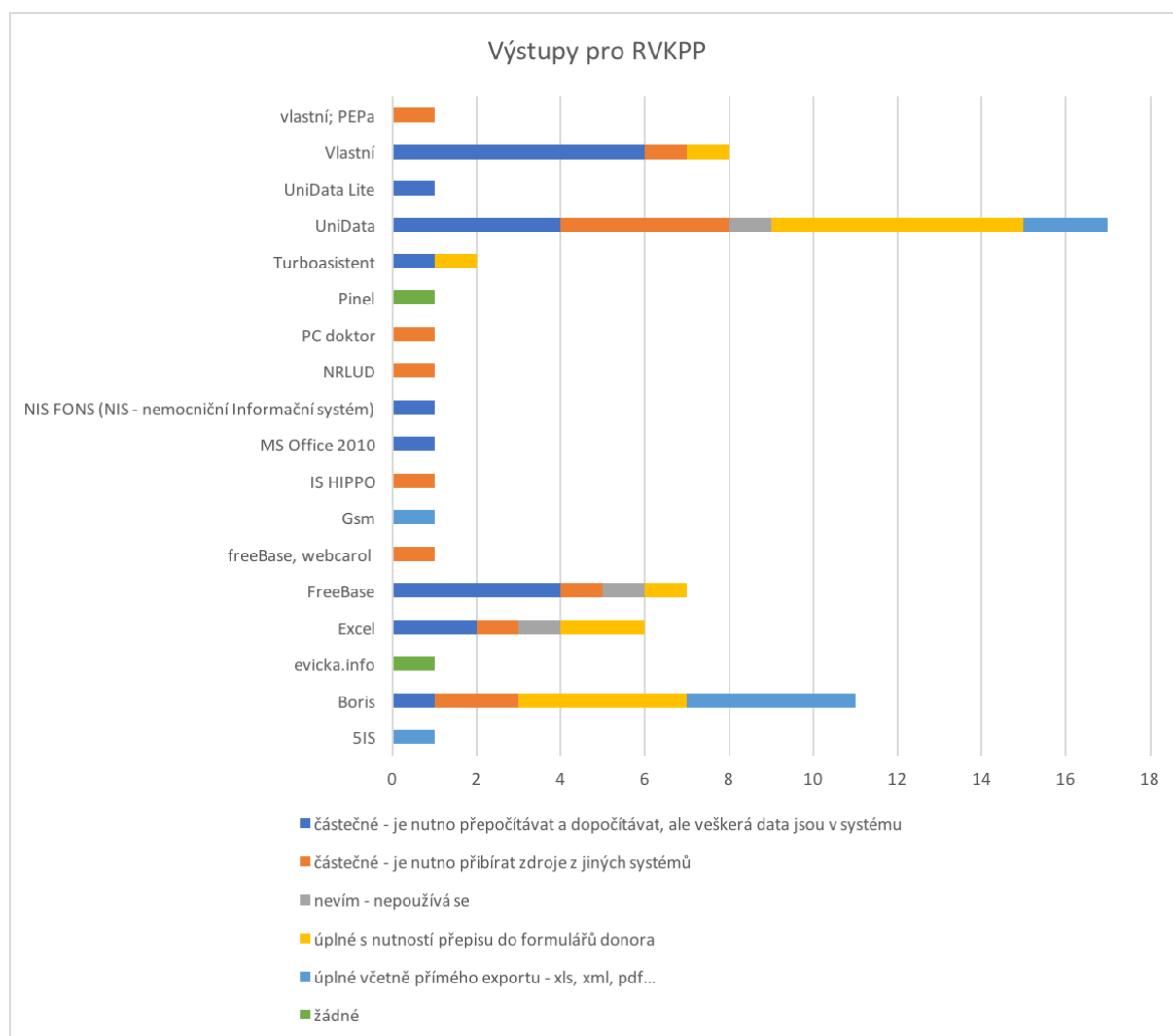
Výstupy pro poskytovatele dotací

V rámci terénního výzkumu i dotazníkového šetření byly zkoumány výstupy pro různé donátory, u kterých organizace žádají o dotační tituly. Jak již bylo řečeno, poskytovatelů dotací je v systému financování adiktologických služeb velké množství. Každý z nich má odlišné požadavky, metodiku, terminologii atd. Kvůli tomu je velmi náročné v rámci jednoho informačního systému implementovat výstupy pro všechny z nich. Tuto hypotézu výzkum jasně potvrdil.

Výstupy pro RVKPP

Graf níže demonstruje situaci z pohledu dotazníkového šetření, které bylo v této části zaměřeno na otázku, v jaké míře používané IS obsahují data a sestavy potřebné pro vykazování směrem k RVKPP. Graf také částečně odráží uživatelskou znalost systémů a další faktory, které budou zmíněny dále. Již první pohled vypovídá o základní nejasnosti – jak je možné, že jeden a ten samý systém je po každé z hlediska konkrétního výstupu hodnocen různě?

Graf 4 Výstupy pro RVKPP



Zdroj: Vlastní zpracování

Jak bylo zmíněno, tyto nesrovnalosti částečně vycházejí z míry uživatelské znalosti systémů. Proto byl u hlavních systémů zpracován také terénní průzkum. Rozdílné odpovědi také vypovídají o šíři celé problematiky. I u tak zdánlivě jednoduché definice výzkumné otázky, jakou je rozsah poskytovaných dat pro konkrétního donátora, je totiž možné položit další podotázku. Co přesně výstup pro RVKPP vlastně tvoří? Pokud se uživatel na tento výstup bude dívat jako na tabulku Závěrečných a průběžných zpráv pro RVKPP a bude dostatečně znát systém, tak u aplikace UniData uvede odpověď – „úplné, včetně přímého exportu“. U aplikace Boris – „úplné s nutností přepisu do formuláře donora“, a to samé u aplikace SIS. Jiná situace nastane, pokud je výstup pro RVKPP hodnocen v celé šíři položek, které je nutné v systému pro elektronické žádosti pro účely dotačního řízení RVKPP, v části týkající se výkaznictví, vyplnit. Například informace o kapacitě a průběhu, o počtech navštívených akcí v prostředí nočního života atd. V případě, že by uživatel tento výstup chápal včetně těchto informací, správná odpověď by pak byla – „částečné – je nutno přepočítávat a dopočítávat, ale všechna data jsou v systému“. A dokonce ani to by nemuselo být úplně pravdivé. Část celé zprávy o realizaci projektu protidrogové politiky, kterou je třeba v žádosti o dotační titul vyplnit, obsahuje také další informace, které zahrnují informace o projektu, informace o příjemci dotace, informace o personálním a organizačním zabezpečení projektu atd. Žádný ze zkoumaných informačních systémů tyto informace neobsahuje.

Pokud se v rámci výstupů pro RVKPP zaměříme pouze na závěrečné a průběžné zprávy, obsahují všechny tři nepoužívané systémy stejný výstup – viz tabulky níže. Aplikace UniData umožňuje přímý import Excelových tabulek – tabulka výkonů a tabulka klientů – do aplikace pro podání žádosti. Dle terénního výzkumu systém Boris neobsahuje přepočty počtu výkonů dle časových dotací, který je RVKPP vyžadován. Tento poměrně zásadní nedostatek v tomto výstupu vykazuje zhruba třetina zkoumaných systémů.

Tabulka 1 **Tabulka RVKPP č. 4 – Tabulka klienti** (vyplňují všechny služby kromě programů primární prevence)

Skupina 1	Klienti1) - uživatelé drog, kromě alkoholu (sk. 2) a tabáku (sk. 3)	Rok 2017
1.1	Základní droga heroin	
1.2	Základní droga buprenorfin – zneužívaný (non lege artis, injekčně, bez indikace lékařem, z černého trhu atd.)	
1.3	Základní droga metadon – zneužívaný (non lege artis, injekčně, bez indikace lékařem, z černého trhu atd.)	
1.4	Základní droga jiné opiáty (opium, morfium, fentanyl, tramadol etc.)	
1.5	Základní droga pervitin	
1.6	Základní droga kokain/crack	
1.7	Základní droga kanabinoidy	
1.8	Základní droga extáze	
1.9	Základní droga halucinogeny	
1.10	Základní droga těkavé látky	
1.11	Jiná základní droga, kromě alkoholu a tabáku	
1.12	Celkem klientů – uživatelů drog (pozn. součet 1.1 až 1.11)	
1.12.1	- z toho mužů	
1.12.2	- z toho injekčních uživatelů drog	
1.13	Průměrný věk klientů – uživatelů drog	
Skupina 2	Klienti se základní drogou alkohol	
2.1	Celkem klientů se základní drogou alkohol	
2.1.1	Z toho mužů	
2.2	Průměrný věk klientů se základní drogou alkohol	
Skupina 3	Klienti se základní drogou tabák	
3.1	Celkem klientů se základní drogou tabák	
3.1.1	- z toho mužů	
3.2	Průměrný věk klientů se základní drogou tabák	
Skupina 4	Klienti s diagnózou z oblasti nelátkových závislostí	
4.1	Počet klientů s diagnózou patologické hráčství ²⁾	
4.2	Počet klientů s jinou nelátkovou závislostí	
4.3	Celkem klientů s diagnózou z oblasti nelátkových závislostí	
4.3.1	- z toho mužů	
4.4	Průměrný věk klientů s diagnózou z oblasti nelátkových závislostí	
Skupina 5	Identifikovaní klienti programu celkem	
5.1	Celkem všech klientů, uživatelů (pozn. součet 1.12 + 2.1 + 3.1 + 4.3)	
5.1.1	- z toho prvních kontaktů ³⁾	
5.2	Celkem ostatních klientů (neuživatelé, rodinní příslušníci, blízcí osob se závislostním problémem)	
5.3	Celkem všech klientů (uživatelů i neuživatelů) (pozn. součet 5.1 + 5.2)	
Skupina 6	Neidentifikovaní klienti ⁴⁾	
6.1	Odhad počtu neidentifikovaných klientů se základní drogou opiáty	
6.2	Odhad počtu neidentifikovaných klientů se základní drogou pervitin	

6.3 Odhad počtu neidentifikovaných klientů – injekčních uživatelů drog

Skupina 7 Klienti ve zprostředkovaném kontaktu⁵⁾

7.1 Odhad počtu klientů ve zprostředkovaném kontaktu

Zdroj: SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY (2017) protidrogové politiky v r. 2017. Str. 9.

Tabulka 2 **Tabulka RVKPP č. 5 – Tabulka výkony** (vyplňují všechny služby kromě programů primární prevence)

Výkon	Počet osob, kterým byl výkon poskytnut	Počet výkonů ¹⁾
	rok 2016	rok 2016
Celkový počet přímých kontaktů s klienty 2		
Celkový počet nepřímých kontaktů s identifikovanými klienty ³⁾		
Úkony potřebné pro zajištění přímé práce s klientem	x x x	
Kontaktní práce		
Vstupní zhodnocení stavu klienta		
Individuální poradenství		
Individuální psychoterapie		
Skupinové poradenství		
Skupinová psychoterapie		
Krizová intervence		
Rodinná terapie		
Skupiny pro rodiče a osoby blízké klientovi		
Pracovní terapie		
Sociální práce (odkazy, asistence, soc.-právní pomoc, case management)		
Práce s rodinou		
Socioterapie		
Chráněná práce / podporované zaměstnání		
Psychiatrické vyšetření		
Somatické vyšetření		
Farmakoterapie		
- z toho podání substituční látky		
- z toho preskripce substituční látky		
Základní zdravotní ošetření (vč. první pomoci)		
Telefonické, písemné a internetové poradenství	x x x	
Korespondenční práce		
Informační servis		
Edukativní program/beseda		
Distribuce harm reduction materiálu		
Počet vydaných injekčních jehel a stříkaček (ks)	x x x	
Počet přijatých injekčních jehel a stříkaček (ks)	x x x	

Počet nalezených injekčních jehel a stříkaček (ks)	x x x
Hygienický servis	
Potravinový servis	
Testování na inf. nemoci – z toho na HIV – z toho na HCV – z toho na HBV – z toho na syfilis	
Orientační test z moči na přítomnost drog	
Orientační test z moči – těhotenský test	
Vyšetření adiktologem při zahájení adiktologické péče (38021)4)	
Vyšetření adiktologem kontrolní (39022)4)	
Minimální kontakt adiktologa s pacientem (38023)4)	
Adiktologická terapie individuální (38024)4)	
Adiktologická terapie rodinná (38025)4)	
Adiktologická terapie skupinová, typ I. pro skupinu max. 9 osob (38026)4)	
Celkový čas všech poskytnutých výkonů 5)	

Zdroj: SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY (2017) *Průběžná a Závěrečná zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v r. 2016. Str. 10–11.*

Samostatnou kapitolu představují služby primární prevence. Jejich výkonové tabulky jsou od ostatních služeb odlišné. Přímou podporu výstupů pro tento typ služeb (bez karet pro jednotlivé školy) poskytují z nejpoužívanějších systémů pouze UniData. *Tabulka výkonů pro všeobecnou primární prevenci (ostatní typy primární prevence mají tabulky obdobné)*

Tabulka 3 **Tabulka RVKPP č. 2 – Tabulka výkonů realizovaných s klienty – osobami / případně v jejich prospěch.** (Tabulka výkonů primární prevence – ostatní typy primární prevence mají tabulky obdobné.)

Typ výkonu	Počet výkonů ¹⁾	Celkový čas (h) ²⁾	Počet institucí ³⁾ /školy/	Počet klientů ⁴⁾ /třídy/	Počet ostatních osob ⁵⁾ /pedagogů rodičů, atd./	Počet dětí ⁶⁾	Počet kontaktů ⁷⁾
Všeobecná primární prevence / VPP/							
Blok primární prevence							
Interaktivní seminář							
Beseda							
Komponovaný preventivní program (dříve komponovaný pořad)							
Pobytová akce							
Edukativní program							
Individuální poradenství (dříve konzultace)							
Individuální poradenství pro rodiče a osoby blízké klientům							
Informační servis							
Přednáška							
Program primární prevence pro rizikové skupiny							
Program včasné intervence							
Telefonické, písemné a internetové poradenství - anonymní							
Telefonické, písemné a internetové poradenství - přímé							
Vstupní zhodnocení stavu klienta							
Vzdělávací seminář							
Situační intervence							
Vzdělávání odborníků primární prevence							
Zhodnocení stavu a potřeby drogové služby							
Vzdělávací kurz							
Poskytování supervize							

Zdroj: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2017) Průběžná a Závěrečná zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v r. 2016. Str. 7.

Poslední specifickou problematiku tvoří některé výkony v pobytových zařízeních. Přepočítávají se na klientohodiny a klientodny. Což je specifický způsob přepočtu počtu výkonů, který není u nejpoužívanějších systémů dostupný.

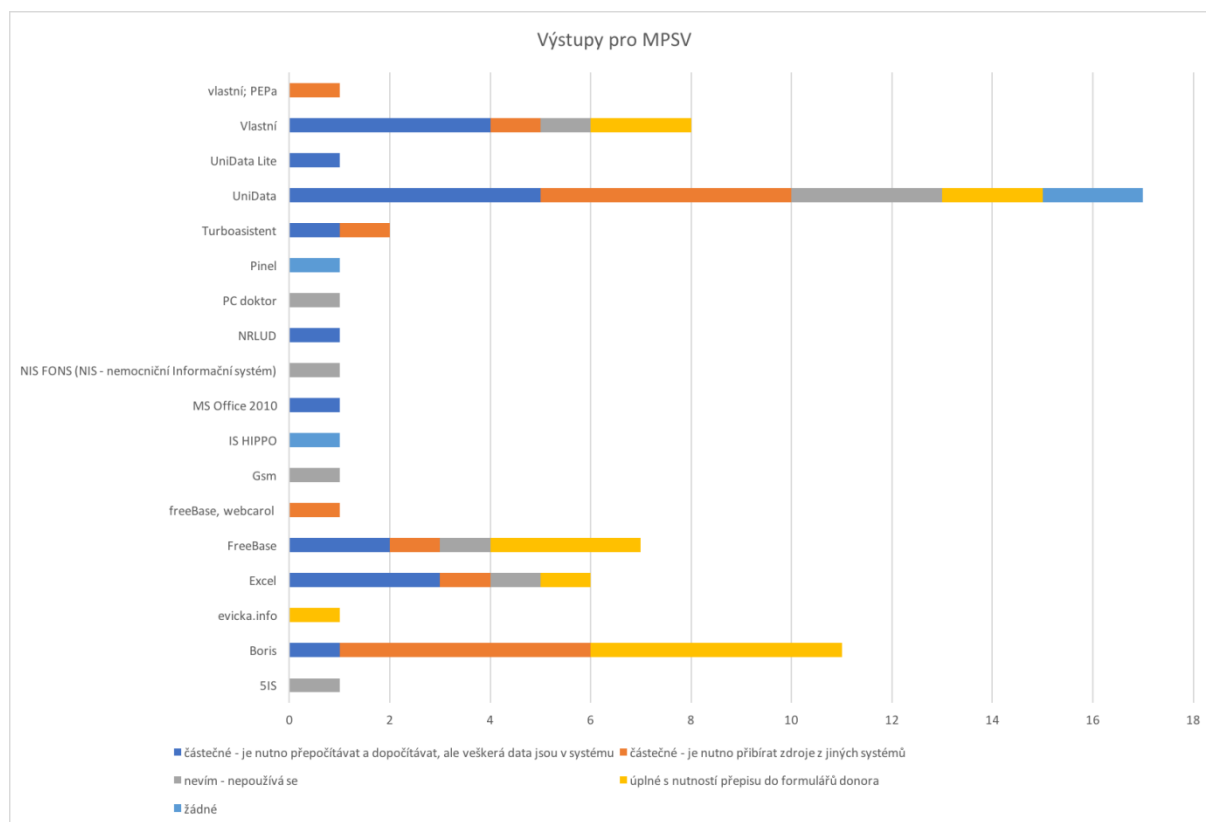
Závěrečné a průběžné zprávy pro RVKPP mají ve výstupech pro poskytovatele dotací specifické postavení. Dle terénního průzkumu u velkých organizací (Sananim, Laxus, Semiramis) a zkušeností z několika menších zařízení **tvoří tabulky výkonů a klientů základní datovou sadu pro většinu dalších donátorů**. Z této sady jsou ostatní výstupy dopočítávány. Proto bývají v softwarových aplikacích nejlépe zpracovány. Průzkum však ukázal, že ani tento výstup není vždy kompletní a v mnoha systémech je nutné jej dopočítávat z jiných datových sad. Technicky je však realizovatelné tyto výstupy pro většinu typů služeb integrovat úplně.

Výstupy pro Ministerstvo práce a sociálních věcí

Druhou největší datovou sadou bývají výstupy pro MPSV. Žádný z nejpoužívanějších systémů neobsahuje úplný výstup pro tohoto poskytovatele dotací. Respektive, pro určité typy zařízení mohou být i stávající výstupy dostatečné, ale pro některé typy zařízení nikoliv, protože vykazování pro MPSV se liší právě podle typu zařízení.

Graf níže, získaný z dotazníkového průzkumu, opět ukazuje na problematiku uživatelské neznalosti systémů (poznámka není míněna kriticky směrem k uživatelům, situace spíše ukazuje na nedostatečné proškolení personálu a složitost celého systému vykazování). Například u systému Boris je dle terénního průzkumu nepřítomnost tohoto výstupu důvodem k následné velké administrativní zátěži. Přesto tři uživatelé uvedli, že je výstup úplný.

Graf 5 Výstupy pro MPSV



Zdroj: Vlastní zpracování

Vykazování směrem k MPSV je naprosto rozdílné od vykazování směrem k RVKPP. Jednotlivá zařízení vykazují také různé typy datových dávek, a to podle typu zařízení.

První, společná část, se týká souhrnných identifikačních údajů o zařízení. Obsahuje identifikaci sociální služby, informace o personálním zajištění služby a informace o ekonomickém zajištění. Tyto údaje žádný z informačních systémů používaných v adiktologických službách neobsahuje. Struktura těchto údajů je totiž specifická a odlišná od stejné množiny údajů v systému RVKPP. Nicméně vyplnění této části nepovažují služby za zásadní problém.

Druhá část se již týká **vykazování poskytnutých činností sociálních služeb**. Informace o poskytnutých činnostech sociální služby jsou vykazovány dvěma způsoby:

- 1) formou tzv. „karet uživatelů“ nebo
- 2) formou „činnosti poskytnuté anonymním uživateli“.

Formou „karet uživatelů“ se vykazují informace o poskytnuté sociální službě, pro kterou platí zákonná povinnost uzavírat s klientem smlouvu.

Informace o poskytnutí ostatních sociálních služeb se vykazují formou „činnosti poskytnuté anonymním uživateli“.

Z toho vyplývá různý typ výkaznictví podle typu realizovaného programu. Organizace a zařízení s oběma typy služeb vykazují samozřejmě obojím způsobem.

Samotné údaje o poskytnutých službách se následně dle typu služby vykazují také ve dvou režimech. Buď jako údaj, který se váže ke konkrétní službě v definici sociálních služeb, anebo jako údaj, vážící se k setkání bez udání konkrétní služby, ale zato rozdělený do skupin dle délky trvání.

Příklad:

Sada 1. Poskytnuté činnosti – Sociálně terapeutická činnost = 30 setkání v celkové výši 15 hodin.

Sada 2. Počet setkání do 15 minut: 59. Počet setkání do 30 minut: 30

Členění zobrazené v sadě 2, dle délky setkání, obsahují systémy 5IS a UniData. V systému Boris se vychází z předdefinované délky výkonu, nebo z interních přepočtů a následně je nutné toto členění dopočítávat.

Převodníky z adiktologických služeb na sociální služby nejsou v žádném systému, a to i z důvodu, že žádné takové oficiální převodníky neexistují. Jednotlivá zařízení si proto vytvářejí své vlastní, interní převodníky. **Je tedy velmi nepravděpodobné, aby byly předávány datové sady z jednotlivých zařízení mezi sebou 100 % kompatibilní.**

Služby ještě vykazují do Registru poskytovatelů sociálních služeb, což je vlastně katalog sociálních zařízení. Tzn., že není spojen s výkaznictvím.

I přes zmíněné rozdíly není obecně poskytovateli služeb vykazování pro MPSV vnímáno jako zásadně zatěžující, obzvláště v porovnání s vykazováním pro kraje. Z technického hlediska existuje možnost, jak tyto výstupy do informačních systémů integrovat. Předpokládá se však součinnost s MPSV, hlavně na úrovni vytvoření platné metodiky výkonových převodníků.

Ministerstvo zdravotnictví – Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS)

Výstupy pro ministerstvo zdravotnictví se dělí do tří základních skupin.

- Výstupy pro účely dotačních řízení
- Výstupy pro účely Národního registru léčby uživatelů drog (NRLUD) ÚZIS ČR
- Výstupy pro účely Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb (NRPZS)

Výstupy pro MZ pro účely dotačního řízení

Výkonové tabulky, které vyžaduje MZ, jsou z velké části derivátem údajů z tabulek výkonů a klientů pro RVKPP. Ani jeden ze zkoumaných systémů neobsahuje přímý výstup těchto údajů, ale díky podobnosti údajů s tabulkami pro RVKPP nevyžaduje jejich vyplnění zásadní problém.

Ukázka tabulky níže zobrazuje žlutě vyznačené údaje, které se nedají získat přímo z tabulek RVKPP. Do těchto údajů je ještě zapotřebí zahrnout údaje o celkových časech. Ty však také nepředstavují zásadní problém, protože jsou jednoduše dopočitatelné z údajů, které buď tři základní informační systémy obsahují explicitně, nebo jsou dopočítány průměrem doby výkonu stanoveným v zařízení.

Tabulka 4 Závěrečná zpráva pro Ministerstvo zdravotnictví – klienti

AMBULANTNÍ PÉČE / AMBULANCE ADIKTOLOGIE – výstupy MZ

Věk klienta	do 18 let	nad 18 let
Počet klientů (počet osob s adiktologickou poruchou, které využili v daném období alespoň jednu službu programu)	13	107
- z toho mužů	9	88
- z toho žen	4	19
- z toho patologických hráčů	0	10
- z toho injekčních uživatelů drog	0	32
- z toho se základní drogou heroin	0	10
- z toho se základní drogou pervitin	0	29
- z toho se základní drogou kanabinoidy	11	4
- z toho se základní drogou extáze	0	2
- z toho se základní drogou těkavé látky	0	0
- z toho se základní drogou jinou (kokain)	0	3
- z toho se základní drogou jinou (braun)	0	1
- z toho se základní drogou jinou (jiné opiáty)	0	3
- z toho se základní drogou jinou (jiná sedativa, hypnotika)	0	1
- z toho se základní drogou jinou (benzodiazepiny)	0	1
- z toho se základní látkou buprenorfin nelegálně	0	26
- z toho se základní látkou buprenorfin legálně	N	N
- z toho se základní látkou metadon nelegálně	0	1
- z toho se základní látkou metadon legálně	N	N
- z toho se základní látkou alkohol	2	16
- z toho hlášeno do Národního registru léčby uživatelů drog	0	99
Průměrný věk klienta	34,12	
Počet kontaktů celkem	2 179	

- z toho s osobami s adiktologickou poruchou	2 048
- z toho s ostatními	131
Počet prvních kontaktů	57
- z toho s uživateli drog	41
- z toho s uživateli alkoholu	11
- z toho s patologickými hráči	5
- z toho hlášeno do Národního registru léčby uživatelů drog	49
Počet osob bez adiktologické poruchy, které využily alespoň jednou v daném období služeb programu	67

Zdroj: Vlastní zpracování dle pokynů MZ

Tabulka 5 Závěrečná zpráva pro Ministerstvo zdravotnictví – výkony

Služba	Počet osob, které danou službu využily	Počet výkonů (v jednotkách uvedených v pravém sloupci)	
Individuální terapie, poradenství	119	2 332/30 min	Počet sezení/průměrná délka trvání jednoho sezení
Skupinová terapie, poradenství	0	0	Počet skupin/průměrná délka trvání jedné skupiny
Pracovní terapie	-	-	Počet bloků/průměrná délka trvání jednoho bloku
Sociální práce	20	85/30 min	Počet intervencí
Rodinná terapie, poradenství	51	112/60 min	Počet sezení/průměrná délka trvání jednoho sezení
Rodičovská skupina	-	-	Počet skupin/průměrná délka trvání jedné skupiny
Krizová intervence	1	3/30 min	Počet intervencí
Intervence po telefonu	xxx	1 429/10 min	Počet intervencí
Asistenční služba /doprovod	-	-	Počet intervencí
Testy HIV	-	-	Počet provedených testů
Testy HCV	-	-	Počet provedených testů
Těhotenské testy	-	-	Počet provedených testů

Testy na přítomnost drog	-	-	Počet provedených testů
Práce s rodinou	8	18/30 min	Počet intervencí
Psychologické vyšetření	4	15/60 min	Počet intervencí
Psychiatrické vyšetření	16	24/60 min	Počet intervencí
Zdravotní poradenství	40	567/5 min	Počet intervencí
Informační servis	50	579/5 min	Počet intervencí

Zdroj: Vlastní zpracování dle pokynů MZ

Zásadnější problém může představovat členění do dvou základních věkových skupin – tj. do 18 let a nad 18 let.

Výstupy pro potřeby NRPZ jsou pro nelékařská zařízení poměrně nezatěžující. Pro zdravotnická zařízení je však situace jiná. Výstupy by měly poskytovat zdravotnické softwary, ale v praxi se ukazuje, že tomu tak nemusí být, i když je to výrobcem daného softwaru deklarováno. Například aplikace Pinel tímto výstupem dle výrobce disponuje, ale v praxi je výstup nepoužitelný. Jedná se o tabulky s počty pacientů dle užívaných drog a stupně postižení (závislost / problémové užívání atd.) a počty dle primárních diagnóz.

Přímé výstupy pro MZ neobsahuje žádný ze zkoumaných systémů. U všech systémů však uváděli respondenti, že data v systémech jsou a většinou se jedná pouze o přepisování. Výstup pro NRPZ je strukturován velmi odlišně a obsahuje proměnné, které v ani jednom z nejpoužívanějších nezdravotnických softwarů nejsou. Výstupy jsou ale z technického hlediska realizovatelné (po zavedení potřebných proměnných a škál) a nevyžadují součinnost žádného dalšího subjektu. Pouze však v případě, že se jejich struktura nebude často a nárazově měnit.

Výstupy pro NRLUD – ÚZIS

Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD) byl spuštěn v roce 2015 a jako nový zdravotní registr integruje Registr žádostí o léčbu hygienické služby a Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek – NRULISL. Do registru se hlásí každá osoba, která kvůli užívání drogy (včetně alkoholu a tabáku) či kvůli patologickému hráčství navštíví zařízení poskytující zdravotnické a/nebo sociální služby a u které je zahájena léčba směřující k uzdravě. Tedy závislostní diagnóza je primární diagnózou, pro kterou je pacient léčen.

Hlášení do NRLUD je dané závaznými předpisy. Konkrétně:

- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)
- Vyhláška č. 373/2016 Sb., o předávání údajů do Národního zdravotnického informačního systému
- Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů
- The Treatment demand indicator (dále TDI) Standard Protocol version 3.0 Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost.

Z hlediska vykazování se jedná o souhrn informací o jednotlivých klientech v léčbě, tedy nikoliv o informace o poskytnutých službách. Tyto informace jsou součástí incomových tabulek, karty klienta, anamnestických listů a dalších návazných informací – například data zahájení a ukončení léčby, důvod ukončení léčby, odkazy do dalších zařízení atd.

Jelikož se jedná o část zdravotnického registru, je možné využívat datové komunikační rozhraní ÚZIS. Toto rozhraní funguje na bázi importu souboru se strukturovanými daty xml. Proto je možné exportovat data přímo ze stávajících systémů, pokud je v nich datový export naprogramován a jsou zajištěny všechny požadované údaje a kompatibilita číselníků.

V části analýzy, která popisovala agendu osobních karet, anamnestických listů atd., byl tento registr již zmíněn. Data jsou totiž čerpaná primárně z těchto agend. Zásadním způsobem však rozšiřují požadované množství proměnných. Ty bohužel ve většině systémů nejsou evidovány.

Přímé výstupy pro NRLUD obsahuje jediný systém – UniData. Nicméně výstupy jsou z technického hlediska realizovatelné, datové rozhraní pro komunikaci s NRLUD je náležitě zdokumentováno. Vyžaduje se částečná součinnost s MZ – ÚZIS.

Výstupy pro MŠMT

Výkaznictví pro MŠMT realizují nejčastěji služby primární prevence. Výstupy jsou primárně derivovány z tabulek závěrečných a průběžných zpráv pro RVKPP (ty jsou odlišné od tabulek klientů a výkonů u ostatních služeb). Dále jsou pak vyžadovány karty jednotlivých škol. Celé výkaznictví zahrnuje také obecnou část, která obsahuje položky:

- Informace o projektu
- Personální a organizační zabezpečení projektu
- Přehled dotací od jiných subjektů

Tabulka 6 Výstup pro MŠMT: Výkonová tabulka č. 1. Sumarizace výkonů, je prakticky stejná jako pro RVKPP. Jen jsou zde pouze vybrané výkony.

Typ výkonu	Počet výkonů ¹	Celkový čas (h) ²	Počet škol	Počet tříd	Počet ostatních osob ³	Počet žáků ⁴	Počet kontaktů
					/pedagogů rodičů, atd./		
Indikovaná primární prevence /IPP/							
individuální konzultace							
rodinná konzultace							
telefonická konzultace							
e-mailová konzultace							
situační intervence							
skupinová práce							
pobytová akce							
poskytnutí informace							
celkem	0	0	0	0	0	0	0

Zdroj: Vlastní zpracování dle pokynů MŠMT z roku 2017

Tabulka 7 **Výstup pro MŠMT: Tabulka č. 2.** Je zcela specifická a vyplňuje se pro každou třídu zvlášť – tzv. karta školy

Název školy						
Adresa školy						
Třída	Typ prevence (všeobecná, selektivní, indikovaná)	Forma (blok PP, interaktivní seminář, přednáška...)	Téma	Počet žáků	Počet setkání	Počet hodin prevence
celkem				0	0	0

Zdroj: Vlastní zpracování dle pokynů MŠMT z roku 2017

Zprávy samotné nejsou nahrávány do jednoho informačního systému. Částečně je jejich odesílání řešeno elektronickou poštou, částečně nahráváním příloh a vyplňováním formulářů v aplikaci Form filler.

Ze sledovaných systémů je přímý výstup realizován pouze z aplikace UniData, a to v rozsahu výkonové sumarizační tabulky, která je shodná s tabulkou pro RVKPP. Sekundární přehledy pro jednotlivé třídy, tzv. karty škol, nejsou nikde, nicméně technologicky není problém je realizovat. Ovšem pouze za předpokladu, že se nebudou neměnit. Pak by nebyla vyžadována součinnost žádného dalšího subjektu. Bohužel, MŠMT tuto tabulku často mění a změny předkládá až na posledních chvíli.

Výstupy pro Ministerstvo spravedlnosti

Výkonové tabulky, které vyžaduje Ministerstvo spravedlnosti, jsou opět z velké části derivátem údajů z tabulek výkonů a klientů pro RVKPP. Ani jeden ze zkoumaných systémů neobsahuje přímý výstup těchto údajů, ale díky podobnosti údajů s tabulkami pro RVKPP nevyžaduje jejich vyplnění zásadní problém. Nicméně kvůli specifické struktuře programů (dělení dle věznic a samotných programů, jako je povýstupní péče, probační program, předvýstupní poradenství atd.) se mohou vyskytovat problémy právě s touto specifickou strukturou, podle které je nutné výstupy členit.

MS vyžaduje i další ukazatele, kde už je situace složitější. Příklad níže situaci demonstruje.

DALŠÍ UKAZATELE

Přímá práce realizována v jednotlivých věznicích:
(v závorce je pro srovnání uveden údaj za 1. polovinu roku 2016)

- Vazební věznice Brno:

intenzita působení: pravidelně 2 x týdně v čase 7:30 – 15:00;
počet vstupů do věznice: 38 (47)
Personální zajištění: odborný pracovník – 1 pracovní úvazek
Celkový počet klientů: 69 klientů (63)
• Věznice Břeclav....

Závěrem jsou požadovány ještě doplňující informace o klientech následné péče. MS přímo uvádí. „V případě, že poskytujete následnou pomoc klientům po výstupu z vězení, uveďte, o jakou činnost se jedná. Uveďte celkový počet klientů, s kterými jste spolupracovali (i počet klientů, s kterými jste spolupracovali již ve výkonu trestu).“

Závěrečné zprávy nejsou exportovány do žádného informačního systému. Výstup je realizován ve formátech pro tisk – Word, pdf atd.

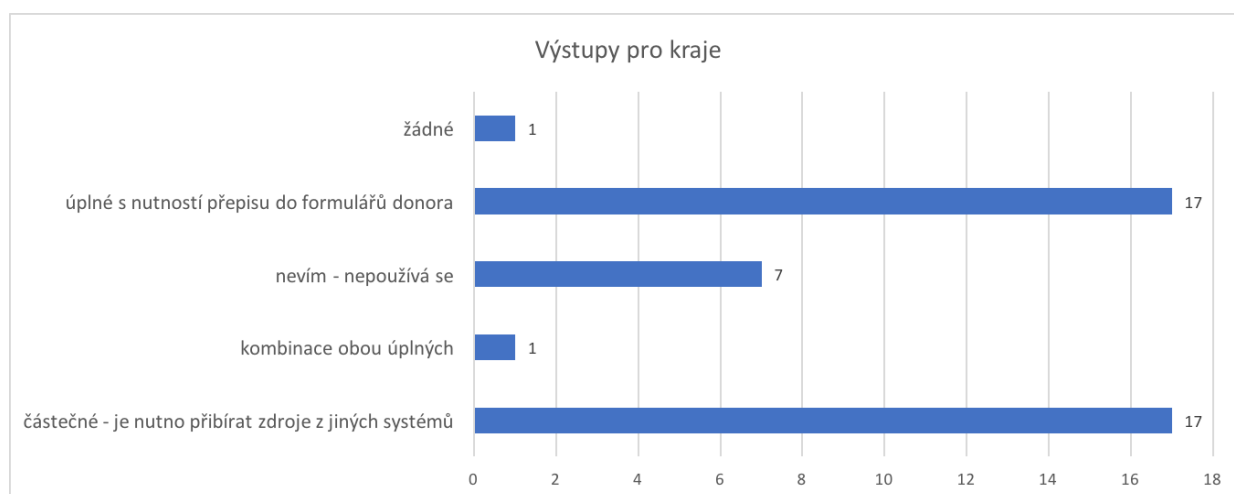
Ze sledovaných systémů není kompletní výstup realizován nikde. V současné době organizace poskytující tento typ služeb využívají skoro výhradně systém UniData, který umožňuje členění dle typů služeb a věznic pomocí tzv. projektů. Ani tento IS systém však neposkytuje celou šíři požadovaných výstupů. Z velké části je výstup pro MS technicky realizovatelný jako součást informačního systému, a to bez součinnosti s dalším subjektem.

Výstupy pro kraje

Naprostá většina krajů v ČR využívá vlastní systém výkaznictví, který se liší strukturou dat a množstvím požadovaných informací. V rámci provedené analýzy jednotlivých systémů výkaznictví bylo však zjištěno, že data, která poskytovatelé adiktologických služeb do těchto systémů vyplňují, jsou v mnoha případech identická nebo obdobná. Avšak vzhledem k problému většiny systémů krajského výkaznictví, kterým je rozdílná definice jednotlivých ukazatelů, se tyto podobné sady dat rozpadají do dílčích celků, které už stejné nejsou. Pro každý kraj je nutné sady přepočítávat, dodávat a ubírat jednotlivé ukazatele a přizpůsobovat se odlišné terminologii. Poskytovatelé jsou pak zatěžováni vyplňováním prakticky stejných, avšak pokaždé jinak modifikovaných datových sad do různých systémů výkaznictví, a to bez možnosti využití automatizace vkládání těchto dat do jednotlivých systémů (importy/exporty datových sad, synchronizace mezi jednotlivými systémy výkaznictví apod.).

Z odpovědí respondentů v dotazníkovém šetření by se mohlo na první pohled zdát, že se jedná o donátory, jejichž požadavky jednotlivé IS, které poskytovatelé používají, většinou splňují, a situace v této oblasti je nejméně problematická. Opak je však pravdou.

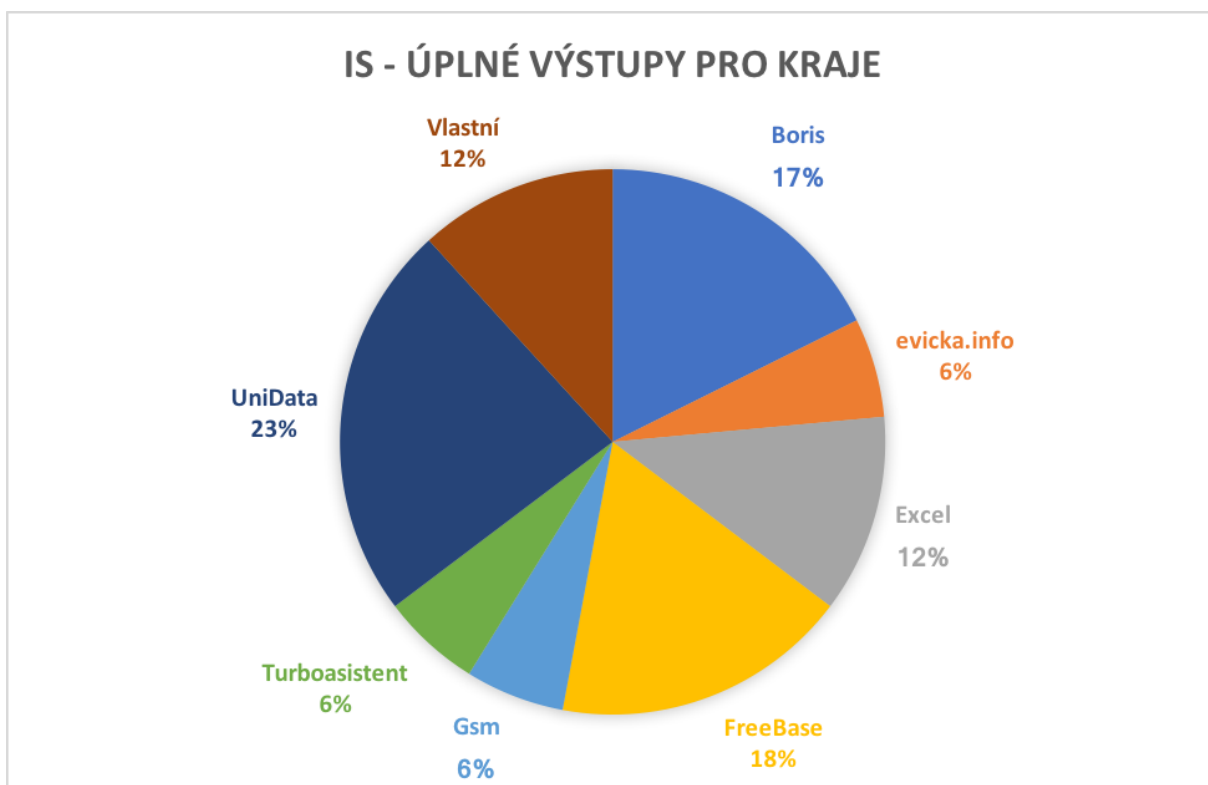
Graf 6 **Graf ukazující zastoupení výstupů pro kraje v jednotlivých IS**



Zdroj: Vlastní zpracování

Sumarizace dat totiž pouze ukazuje, že z velké části každý systém obsahuje datové sady, které jsou po patřičném přepočítání použitelné k výkaznictví směrem ke krajům. Některé služby mohou mít své systémy nastavené pro potřeby konkrétního kraje bez nutnosti následného přepočtu – viz dále. Poskytovatelé, kteří poskytují služby ve více krajích, jsou naprosto v odlišné situaci. Tam terénní výzkum nepotvrdil celkové pokrytí ani u jednoho ze systémů. Odpověď – „úplně s nutností přepisu do formulářů donora“ – je uvedena celkem sedmkrát, což je na výzkumný vzorek poměrně velké číslo. Souvisí to však se skutečnostmi popsány dále. Podle odpovědí respondentů obsahují systémy plné výstupy pro kraje v rozložení, které znázorňuje následující graf.

Graf 7 Výstupy pro kraje



Zdroj: Vlastní zpracování

Kdyby byl zahrnutý systém 5IS, vykazoval by také velké pokrytí. Tato situace je dána následujícími skutečnostmi.

S krajem Hlavní město Praha se podařilo uzavřít dohodu a pražský magistrát přijímá vykazovaná data ve stejné podobě jako RVKPP. Tzn. všechny systémy, které mají úplné výstupy pro RVKPP, je mají také pro Prahu. Toto je tedy první velká skupina, která uvádí celé pokrytí.

Tato skutečnost platí v Praze pouze pro dotační program pro adiktologické služby. Ten však není jediný. Pokud zařízení čerpá dotace i z dotačního programu pro sociální služby, je vše jinak. Zde jsou opět specifické tabulky, terminologie atd.

Evidence v MS Excel bývají také nastaveny přímo pro ty nejvýznamnější donátory. A to zvláště na malých městech a obcích, kde právě peníze od krajů tvoří zásadní část rozpočtu organizace.

I přes výše uvedené však poskytovatelé uvádějí výkaznictví směrem ke krajům jako nejvíce problematické a zatěžující. Pro malé srovnání uvádíme odlišnosti v několika zkoumaných krajích. Hlavní město Praha už bylo zmíněno.

Středočeský kraj má pro zařízení předpřipravené tzv. přípravné sešity. Ty jsou ve formátu MS Excel. Data, která se sbírají, vycházejí ze Zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. Kolik bylo žádostí, kolik uspokojených žádostí, kolik odmítnutých. Údaje o klientech, odkud jsou (bydliště, věkové rozvrstvení

atd.), jsou sady sumarizovaných dat. Nejsou sbírána žádná data o výkonech, službách a jednotlivých klientech. Jednou za rok se odevzdává jednoduchá obdoba závěrečných zpráv.

Pardubický kraj – zjednodušený benchmarking. Služby toto zjednodušení hodnotí pozitivně. Benchmarking se dělá v květnu. Sledují se počty klientů a počet setkání. Setkání jsou definována v metodickém pokynu MPSV. A členění se podle OKsystému. Data se vyplňují do formátu MS Excel. Kraj používá vlastní karty služeb, tzv. regionální karty sociálních služeb. Tam je definováno, co daná služba musí obsahovat. Závěrečné zprávy jsou odevzdávány jednou za rok.

Královéhradecký kraj – používá vlastní systém Kissos (krajský informační server sociálních služeb) Členění částečně vychází z tabulek RVKPP – tzn. počty poskytnutých služeb, počty uživatelů, ale také třeba počet odmítnutých žádostí. Královéhradecký kraj také pracuje se systémem úvazků na jednotlivé regiony. Podle těchto kritérií je nutné členit i dotace od jednotlivých donátorů, takže je nutné je rozpočítávat! (Od ostatních poskytovatelů dotací chodí dotace na celý kraj).

Liberecký kraj – používá od července 2017 také svůj Kissos. Liberecký kraj pracuje se specifickou časovou jednotkou 10 minut a na tuto měrnou jednotku se veškeré výkony převádí. Výkony se dělí na přímou a nepřímou práci. (Skutečná práce s klientem, práce ve prospěch klienta, a nepřímá práce.) Požadavek je, že musí být minimálně 60 % přímé práce.

Karlovarský kraj – pracuje mimo jiné se specifickou kartou potřeb klienta. (Ta je plně implementovaná do IS UniData.)

Jihomoravský kraj – vyžaduje například tzv. kvantitativní vyhodnocení v podobě tabulky níže a pracuje s termíny, které nejsou kompatibilní s terminologií RVKPP ani MPSV. Konkrétně se jedná o termín Kontakt – ten je definován jako práce s klientem kratší než 30 minut a Intervence – což je práce s klientem delší než 30 minut.

Tabulka 8 Tabulka pro účely dotačního řízení pro Jihomoravský kraj

Kapacita	ambulantní formy k 30. 6. 2017/2016	terénní formy k 30. 6. 2017/2016
Pololetní kapacita (počet unicitních klientů za první pololetí roku 2016)	61/46	288/313
Provozní týdenní doba v hodinách	10/8	30/32
Výkonnostní ukazatele služby		
Kontakty	194/185	187/197
Intervence	462/495	1627/1935

Zdroj: Vlastní zpracování

Tento krátký přehled poměrně jasně demonstuje celkovou situaci v oblasti požadavků krajů na jednotlivá zařízení.

Žádný ze současných systémů proto neumožňuje přímé výstupy datových sad pro všechny kraje. Co se týče jednotlivých krajů, výjimkou jsou pouze kraje, které používají datové sady, kterou jsou shodné nebo podobné datovým sadám jiných poskytovatelů dotací. Druhou výjimku tvoří ta zařízení, která implementovala do svých systémů moduly pro konkrétní kraj, nebo jsou jejich systémy primárně budované tak, aby byly kompatibilní s požadavky vybraného kraje. Tyto výjimky tvoří většinou zařízení, ve kterých jsou dotace z krajů hlavní složkou financování.

Za stávajících podmínek není možný návrh jakéhokoliv informačního systému, který by umožňoval zobrazení či export pro všechny kraje. Jednotlivé systémy mohou být více či méně kompatibilní

s požadavky max. jednoho až dvou konkrétních krajů. Jediná, teoretická možnost, jak zobrazovat datové sady co nejpodobnější těm, které vyžadují kraje, je analytický modul, jehož prostřednictvím bude možné definovat v rámci IS volitelné datové sady a filtry výstupních dat.

Výstupy pro obce (jednotlivé městské části)

Ačkoliv je vykazování pro tento typ poskytovatelů dotací také velmi rozmanité, z terénního výzkumu vyplývá, že nebývá problematické. Obce většinou chtějí jednoduché přehledy, mnohdy přímo odvozené z tabulek závěrečných zpráv RVKPP. Jediný problém nastává, když města chtějí výstupy výkonů včetně časů potřebného k přípravám a administraci. To je pak nutné dopočítávat ručně.

Návrh univerzálního systému pro potřeby obcí není možný. Pokud se však obce budou držet dosavadní praxe, nepředstavuje absence tohoto modulu zásadní problém, protože data je možné většinou získávat kopírováním datových zdrojů pro jiné donátory. Problém přepočítávání výkonů včetně příprav a administrace by bylo možné řešit zadáním koeficientů k jednotlivým výkonům, jejichž pomocí by byly výstupy dopočítávány.

Výstupy pro donátory – ZÁVĚR

Z analýzy modulů pro vykazování dat směrem k donátorům vyplývá, že návrh skutečně univerzálního softwarového řešení je z velké části podmíněn úpravami v systému financování. Celý systém výkaznictví v adiktologických službách je kvůli vícezdrojovému financování velmi nesourodý. Jednotliví poskytovatelé dotací využívají své vlastní metodiky, informační systémy a mají odlišné požadavky. Datové sady se sice překrývají svým obsahem, ale strukturou jsou natolik odlišné, že je nutné je znovu přepočítávat, doplňovat o nové parametry atd.

Požadavky donátorů se také často mění. Metodiky jsou sice dostupné, ale samotné formuláře a detailní podmínky jsou mnohdy zveřejňované až v prosinci a lednu, což je pouze několik týdnů před termíny odevzdání závěrečných zpráv či vyúčtování. Tyto na poslední chvíli zveřejněné dodatky mnohdy obsahují parametry, které nebyly v zařízení vůbec sledovány a musí se zpětně dopočítávat.

Adiktologické služby registrované jako zdravotnická zařízení často nemohou používat jiný systém než zdravotnický, který je zcela nekompatibilní s terminologií v seznamu a definicích výkonů v drogových službách. Některá zařízení využívají možnost vykazovat pouze devět základních adiktologických výkonů, které jsou uznané jako zdravotní výkony, a ačkoliv se v jejich činnostech vyskytují i další výkony, které spadají spíše pod sociální oblast, tak je raději nevykazují. Další nekompatibilita pak panuje i mezi seznamem adiktologických výkonů a výkony v sociálních službách. Zde je hlavním nedostatkem neexistující metodologie převodu mezi těmito typy výkonů.

Nekonzistence požadovaných datových sad je často příčinou naprosto neadekvátních administrativních nároků na poskytovatele služeb, kteří často musí vést dvě a více paralelních evidencí a nemohou používat pouze jeden IS, který by pokrýval požadavky všech poskytovatelů dotací a dalších stakeholderů. Minimálně doplňkové Excelovské tabulky používají skoro všichni respondenti, včetně těch z terénního průzkumu.

Jak problematické je najít a vytvořit ideální podobu informačního systému pro adiktologické služby, je poměrně jasně viditelné i na systémech stávajících. Ačkoliv si některé systémy nechaly organizace postavit na míru, neexistuje žádný, který by byl schopen pokrýt všechny požadavky na výstupy pro donátory. Pokud se zaměříme i na faktor proměn jednotlivých požadavků v čase, žádný ze systémů není schopen na ně reagovat okamžitě. Proto jsou systémy voleny také podle toho, jaký je primární zdroj dotací. A to od úrovně – zdravotní vs. sociální zařízení, až po důležitost jednotlivých donátorů RVKPP, MPSV, kraje atd.

Bezpečnost a práce s daty

Druhá část výzkumu se zaměřila na bezpečnost jednotlivých Informačních systémů. S tímto pojmem je úzce svázaná také problematika softwarové architektury jednotlivých IS.

Offline vs. online

Pro potřeby analýzy byly aplikace rozděleny do kategorií online a offline. Toto dělení však není úplně přesné. Existují totiž aplikace, typicky třeba SIS, které nejsou webovou aplikací, ale využívají přístup klient - server přes internetové rozhraní. Tyto aplikace jsou tedy přístupné vzdáleně, ale nejsou typicky online aplikací. Přesnější by proto bylo hovořit spíše v kategoriích tlustý, tenký a chytrý klient. Tyto kategorie však nejsou pro laika srozumitelné a nebylo by možné sestavit dotazníkový formulář.

Před samotnou analýzou je třeba malý skok do historie. Před deseti a více lety prakticky neexistovala možnost, jak s daty pracovat jinak, než aby zůstávala u poskytovatele služeb. Není zde řeč o technických možnostech, ty už pomalu začínaly být dostupné, ale o tehdejšímu způsobu chápání bezpečnosti a ochrany osobních údajů klientů v organizacích. Všichni poskytovatelé chtěli mít data o svých klientech u sebe v počítači. Nejlépe zcela anonymizovaná. Z tohoto důvodu také vznikl v závěru minulého tisíciletí systém kódování klientů, který měl jejich anonymitu zaručit. Již v tu dobu ale vznikal požadavek na možnost pracovat s daty z více počítačů alespoň v rámci vnitřní sítě organizace, která však rozhodně nebyla v té době samozřejmostí.

O deset let později byla situace zcela jiná a nadále se mění. Požadavek na dostupnost dat odkudkoliv se dostává u některých organizací natolik do popředí, že zcela ignorují bezpečnost dat, která jsou mnohdy ukládána na servery poskytovatelů běžných hostingových služeb bez jakékoliv garance jejich zabezpečení. Na druhou stranu stále existují zařízení, pro které je požadavek možnosti držet data uvnitř své ICT infrastruktury na prvním místě. V současné době existují tři druhy používaných aplikací, které mají ve zkoumaných systémech své typické představitele.

1. Offline aplikace.

Tyto aplikace se vyznačují tím, že neumožňují, alespoň nativně, přístup zvenku organizační ICT infrastruktury. Slovo nativně je zde použito záměrně, protože díky RDC systémům (remote desktop control) je dnes možné spustit i tyto aplikace vzdáleně. Nejrozšířenější je vzdálená plocha ve Windows a aplikace Teamviewer. I v případě spuštění těchto aplikací přes RDC systém zůstávají data na počítači organizace. Vzdáleně se přenáší vlastně pouze grafické rozhraní, tedy zjednodušeně obraz aplikace, tedy to, co uživatel vidí. Avšak i tento způsob může být za určitých okolností bezpečnostním rizikem. Z hlediska bezpečnosti jsou však tyto aplikace vnímány jako nejbezpečnější, protože jejich uživatelé mají data u sebe. Typickým představitelem tohoto typu aplikací jsou některé zdravotnické IS, ale hlavně UniData, která historicky vznikala právě v době, kdy na tento způsob práce s daty byl brán největší zřetel. Do stejné kategorie pak spadá také většina výkaznictví založených na aplikaci MS Excel. Způsob zabezpečení je pak zcela závislý na tom, jak je navržena bezpečnostní politika uvnitř organizace. A to včetně zálohování. Je-li bezpečnostní politika nastavena správně, bude zabezpečení a práce s citlivými údaji kompatibilní i s novou normou GDPR³. Na druhou stranu, špatně nastavená bezpečnostní politika může mít za následek naprosté nezabezpečení dat. U tohoto typu aplikací je tedy bezpečnost práce s daty zcela v rukou uživatelů, respektive jednotlivých organizací.

³ GDPR bylo přijato v dubnu 2016, ale vstoupí v účinnost až od 25. května 2018. Představuje nový právní rámec ochrany osobních údajů v Evropském prostoru s cílem hájit co nejvíce práva občanů EU proti neoprávněnému zacházení s jejich daty a osobními údaji. GDPR se týká všech firem a institucí, ale i jednotlivců a online služeb, které zpracovávají data uživatelů.

2. Offline aplikace s nativní možností vzdálené práce.

Tyto aplikace využívají přístupu klient – server. Serverová část obsahuje data. Ta jsou uložena na serveru, či sdíleném počítači přímo v organizaci. Pracovníci pak mají na svých zařízeních nainstalované klientské aplikace, tzv. tlustého klienta, který se k datům připojuje. Obecně u těchto aplikací existují dvě možnosti práce s daty. V prvním případě jsou data stahována – nebo jejich části – na klienta a tam se s nimi pracuje (je pak možná i práce offline a aplikační klient by byl nazvaný spíše chytrým, než tlustým klientem), anebo klientská aplikace pouze zprostředkovává interpretaci vzdálených dat. Což znamená, že na klientskou stanici jsou stahovány pouze výsledky toho, co uživatel potřebuje vidět (typicky různé filtry, sumáře, statistiky, karta klienta atd.) a samozřejmě také formuláře pro zadávání údajů. Na klientovi žádná data nezůstávají a bez připojení k serveru s nimi není možné pracovat. Právě tento způsob práce s daty je reprezentován aplikací 5IS. Tento typ aplikace stále splňuje požadavek na uchování dat uvnitř organizace, ale zároveň umožňuje vzdálenou práci. Bezpečnost práce s daty je v menší míře na programátorovi aplikace, který musí zabezpečit bezpečný přenos dat a jejich ukládání, ale z větší části opět závisí na bezpečnostní ICT politice v organizaci, tzn. zabezpečení přístupů do databáze, zálohování atd.

3. Online – webové aplikace.

Tento typ aplikací využívá podobnou architekturu jako předchozí, tedy klient – server, avšak s jedním zásadním rozdílem. Architektura klient server je rozvrstvena tak, že klientskou část tvoří webový prohlížeč v počítači uživatele a data jsou uložena na vzdáleném serveru poskytovatele hostingových služeb. Webový prohlížeč tvoří tzv. tenkého klienta, protože aplikační vrstva aplikace (ta část aplikace, která je zodpovědná za samotnou práci s daty, výpočty atd.) je ve skutečnosti umístěna také na vzdáleném serveru a klientská část, tedy webový prohlížeč, zprostředkovává pouze vizuální interpretaci dat, která jsou zpracována na vzdáleném serveru. Na vzdáleném serveru je umístěna také datová část, tedy samotná data. Bez připojení k internetu na počítači uživatele nezůstává vůbec nic. Tento typ aplikací je z hlediska zabezpečení dat prakticky zcela mimo dosah organizace. Tzn. je nutné domluvit takové podmínky s poskytovateli, kteří na bezpečnost pamatují a kteří ji garantují. Samotnou bezpečnostní je myšleno hlavně zálohování dat a zabránění únikům dat. Tuto architekturu ve výzkumu zastupuje hlavně dvojice aplikací Boris a UniData Lite. Obě se však zásadně liší v tom, jak s problematikou bezpečnosti dat pracují. Zatímco Boris je open source systém, který je možné nainstalovat u jakéhokoli poskytovatele hostingů, UniData Lite jsou umístěna u vybraného poskytovatele na dedikovaném serveru, který patří RVKPP. Co se datových přenosů týče, systém Boris umožňuje běh na zabezpečeném protokolu, systém UniData Lite ho má přímo implementovaný jako jediný možný. Organizace může bezpečnost ovlivnit pouze na úrovni přihlašování do aplikace. Tj. nastavením politiky práce s bezpečnými a pro každého uživatele unikátními hesly.

Zabezpečení a práce s daty

Z výše uvedeného vyplývá, že samotná bezpečnost dat nesouvisí s architekturou aplikace a bezpečnostní kritérium – data v zařízení vs. data mimo zařízení – je vlastně irelevantní. Na samotném zabezpečení dat se podílejí zcela jiné faktory a z hlediska dopadů architektury aplikace na bezpečnost je rozdíl pouze v tom, do jaké míry je zabezpečení v rukách samotného zařízení a jak moc v rukách dalších subjektů. Jaké jsou tedy přímé faktory ovlivňující bezpečnou práci s daty?

Bezpečnost práce s daty je definována třemi hlavními proměnnými:

1. Zabezpečením uložených dat (včetně přístupů do systémů)
2. Strukturou dat
3. Zálohováním

Zabezpečení uložených dat

Ze samotného dotazníkového i terénního šetření vyplývá, že organizace se určitě snaží svá data zabezpečit. Bohužel se tak velmi často děje amatérským způsobem, a to zvláště v zařízeních, která nemají žádného profesionálního ICT správce. Protože v současné době neexistuje žádný jednotný audit, jak tato kritéria desubjektivitovat, není možné celkovou situaci posoudit objektivně. Jediné platné tvrzení je tedy to, že v některých zařízeních je o bezpečnost dat postaráno maximálně a v některých ne. Od května roku 2018 vstoupí v účinnost norma EU, tzv. GDPR, která otázku bezpečného nakládání s klientskými daty částečně řešit bude.

V rámci normy GDPR by měly být definovány a popsány mechanismy, které zajišťují bezpečné nakládání s citlivými klientskými daty. Kritéria naplnění těchto podmínek jsou mimo jiné závislá na tom, kde jsou samotná data uložena. Tato místa mohou být dvojího typu.

1. Servery a počítače organizace
2. Servery poskytovatelů informačního systému nebo servery třetích stran

V prvním případě je zabezpečení uložených dat zcela na bezpečnostní ICT politice organizace. Souvisí tedy s nastavením sítě, přístupových práv, nastavením hesel, vzdálených přístupů atd. Jak již bylo naznačeno, bezpečnostní ICT politika není většinou jasně definována. Většina zařízení se spoléhá na své ICT oddělení, které je ve více než 90 % zařízení outsourcováno, nebo na znalosti svých počítačově zdatnějších zaměstnanců. Nezřídka bývají zásady bezpečnostní politiky podřizovány spíše návykům a počítačové zdatnosti pracovníků. (Jednotná hesla pro přístup do PC, jedno heslo do IS, stejná přístupová práva ke sdíleným jednotkám atd.) GDPR by mělo pomoci tyto nedostatky odstranit.

Druhý způsob uložení dat vyžaduje uzavření smlouvy s poskytovatelem, který musí svou bezpečnostní politiku jasně definovat. V případech, kdy daný IS poskytuje uživateli státní instituce, nebo instituce, která má smlouvu s danou státní institucí (příklad: Ministerstvo zdravotnictví – UZIS), je nutné, aby existoval smluvně definovaný vztah mezi institucí a poskytovatelem, který systémovou ICT politiku definuje.

Struktura uložených dat

S GDPR souvisí ještě jedno kritérium bezpečnosti práce s daty, a tím je struktura dat samotných. Toto kritérium má na bezpečnost práce s daty také zásadní vliv. Následně uvádíme scénáře datových struktur, které se v současnosti používají v informačních systémech adiktologických služeb. Scénáře jsou seřazené z hlediska závažnosti možné identifikace klienta v případě úniku dat.

1 = nejméně závažné.

1. Do IS jsou ukládána pouze kvantifikovaná, agregovaná data (tedy žádné údaje o klientech).
2. Do IS jsou ukládána klientská data, ale klienti jsou vedeni pod kódem a není u nich vedena písemná dokumentace o průběhu poskytnutých výkonů.
3. Do IS jsou ukládána pouze kvantifikovaná data, ale je zde vedena písemná dokumentace o průběhu poskytnutých výkonů.
4. Do IS jsou ukládána klientská data a je u nich vedena písemná dokumentace o průběhu poskytnutých výkonů. Klienti jsou ale v systému vedeni pod kódem.
5. Do IS jsou ukládána klientská data, klienti jsou vedeni pod jménem a příjmením a není u nich vedena písemná dokumentace o průběhu poskytnutých výkonů.
6. Do IS jsou ukládána klientská data, klienti jsou vedeni pod jménem a příjmením a je u nich vedena písemná dokumentace o průběhu poskytnutých výkonů.

Je zcela očividné, že největší riziko tvoří datové struktury, kde je pohromadě kompletní dokumentace klienta, který je veden pod svým skutečným jménem. Scénáře 5 a 6 tvoří z hlediska rizika úniků dat nekritičtější možnost. Naopak, únik pouze agregovaných výkonových dat nepředstavuje bezpečnostní riziko prakticky žádné.

Scénář č. 2 je při dobře navrženém systému kódování jména klienta také poměrně bezpečný. Avšak, vzhledem k možným dalším identifikačním údajům, které mohou v kartě klienta být (datum narození, pohlaví, obec narození, obec trvalého bydliště), může již, zvláště v menších obcích, riziko prozrazení citlivých údajů představovat. Při znalosti struktury kódu, která je dohledatelná, a v kombinaci s ostatními údaji je totiž, zvláště v menších obcích, možné klienta identifikovat.

Scénáře 3–4 představují, respektive mohou představovat, prakticky stejné riziko, s nepatrnou převahou rizikovosti u scénáře 4. Velmi totiž záleží na tom, jak je vedena písemná dokumentace. Klient může být kódovaný, nebo dokonce nemusí být uvedený vůbec a může se jednat pouze o zápis z pracovního dne, nicméně je velmi důležité, aby se následně v zápisu neobjevila další vodítka. Tzn. hlavně pojmenované sekundární osoby, tedy příbuzní, osoby blízké klientu atd. Scénář č. 4 je navíc ohrožen slabinou scénáře 2.

Ve výzkumu uvedlo 42 % respondentů, že klient je ukládán pod svým skutečným jménem. 70 % respondentů má uloženo v IS kompletní incomové tabulky a výkony klientů a 53 % tam má i dokumentaci. Cca 33 % respondentů patří do nejrizikovějších skupin, tedy 5 a 6.

Zálohování dat

Zálohování dat je nedílnou součástí zabezpečení dat. Z hlediska bezpečnosti jsou důležitá následující kritéria.

1. Četnost zálohování
2. Médium
 - a. Hledisko stálosti zálohovaných dat
 - b. Hledisko ochrany dat před krádeží, technickou poruchou a živelnou pohromou
 - c. Hledisko zabezpečení zálohovaných dat před úniky

Četnost zálohování je pro případnou obnovu dat po jejich ztrátě naprosto klíčová. Obecně je dobré zálohovat data denně, i když toto kritérium může být individuální. Menší zařízení nemusí mít vůbec žádný problém například s týdenními periodami zálohování, u větších zařízení může být týden už kritický. Delší intervaly již opravdu nejsou doporučovány. Četnost zálohování může být také rozložena podle zvoleného média. Například denní zálohy na pracovní stanice. Jednou za týden záloha na server, přenosné médium, do cloudu atd.

Médium. Volba média, na které se bude zálohovat, podléhá třem následným kritériím. První kritérium se týká stálosti zálohovaných dat. Je nutno ještě znovu připomenout, že v případě webových aplikací je většinou celý systém a způsob zálohování zcela na straně poskytovatele hostingových služeb a celý proces zabezpečení, včetně zálohování, je třeba smluvně ošetřit. V některých případech poskytovatel umožní uživateli vytváření vlastních záloh, které je pak možné stahovat na lokální disk a pracovat s nimi dále podle scénářů a kritérií uvedených dále.

Stálost zachování dat většina uživatelů příliš neřeší. Velmi často se spoléhají na dostupné technické možnosti a rozdíly mezi nimi nerozlišují. Nicméně jsou média, která k zálohování vhodná nejsou. Těmito médii jsou nejvíce přenosné flash disky. Uživatelsky jsou přívětivé pro svou velikost a snadnou přenositelnost, avšak riziko ztráty dat je zde poměrně velké. Z hlediska stálosti dat jsou daleko vhodnější pevné disky nebo cloudová úložiště typu OneDrive, Google disk, Dropbox a další.

Hledisko ochrany dat před krádeží, technickou poruchou a živelnou pohromou si uživatelé často také neuvědomují. A tak bývají zálohy uloženy například na stejném disku, nebo ve stejném počítači, na kterém se pracuje. V případě technické poruchy na tomto stroji dojde k nenávratné ztrátě dat. Z tohoto důvodu je tedy nutné mít zálohovaná data fyzicky co nejdále od produkčních dat. Ke krádeži dat může dojít buď fyzicky (někdo odnese zařízení, na kterém data jsou, vytvoří si datovou kopii) nebo hackerským útokem z vnějšího síťového prostředí. Existuje také samozřejmě možnost interní krádeže dat. V případě vykradení je opět důležité mít datovou zálohu mimo počítače. Pokud bude uložena na externím disku a schovaná v trezoru, je pravděpodobnost jejího ukradení daleko menší. Pokud jsou

zálohy umístěné v rámci počítačové sítě připojené k internetu, je možné je ohrozit i hackerským útokem z vnějšku. Data tak mohou být například zvenčí zakryptována (zašifrována) některým z kryptovirů, například ransomwarem. Nejbezpečnější, a to i z hlediska živelné pohromy, je tedy mít zálohovaná data úplně mimo zařízení. Scénářů jak tohoto docílit je několik. Níže jsou uvedené tři nejpravděpodobnější.

- a) Využití cloudových služeb;
- b) Zálohování na vlastní prostředky typu NAS server napříč zařízeními organizace (pokud jich má organizace více);
- c) Zálohování na vlastní prostředky typu NAS server mimo zařízení ke třetím osobám, se kterými má zařízení uzavřenou smlouvu.

Tyto možnosti bývají občas doplněné scénářem kombinování průběžného zálohování na lokální média a pravidelných záloh – po jednom týdnu, max. měsíci – které jsou realizovány na fyzicky přenositelné médium, které je následně přemístěno mimo zařízení.

V předchozích bodech byl zmíněn i únik dat (krádež) z vnitřního prostředí. Tento faktor je třeba také zohlednit. Zde je nutné nastavit jasnou systémovou politiku toho, kdo má k zálohám přístup, šifrování záloh atd. S ohledem na zmíněné kryptoviry je nutné zabezpečit i automatické vzdálené zálohování. Pokud je totiž zálohováno na sdílený síťový disk, který může být fyzicky umístěný i na cloudu, a kryptovirus se do systému dostane s patřičnými uživatelskými právy, není před ním záloha uchráněná.

Bohužel v mnoha zařízeních se o zálohování stará nějaký zaměstnanec, který má v oblasti ICT největší přehled, ale všechna rizika není schopen odhalit.

Podpora a rozvoj aplikace

Sebelépe navržený IS není schopen obsáhnout všechny požadavky, které na něj budou v budoucnu kladeny. Každý informační systém je dynamickou součástí celého pracovního procesu a musí se tomuto procesu přizpůsobovat. Tedy reagovat na jeho změny, nové požadavky, legislativu atd. V neposlední řadě je také nutné rychle reagovat na nalezené chyby a případné problémy s hardwarovými periferiemi a dalším obslužným softwarem.

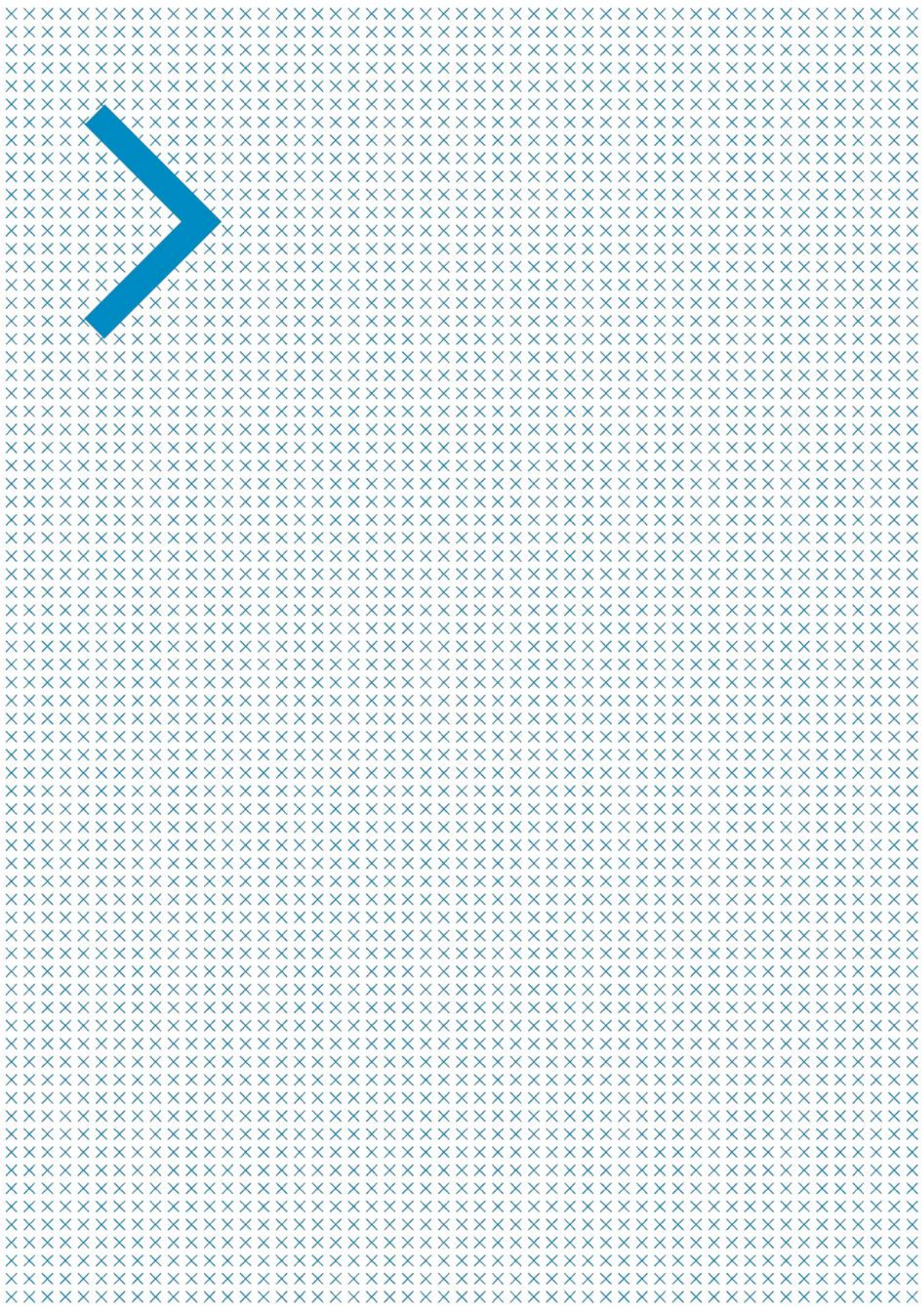
Ke každému IS je také nutné zajistit uživatelskou podporu. Uživatel musí mít možnost obrátit se na podporu v případě, kdy něco neví, není schopen to nalézt v manuálu, narazí na chybu či nesrovnalost, má potíže technického charakteru anebo má nové podněty a připomínky.

Oba dva body, tedy rozvoj aplikace a podpora, jsou navázány na zásadní kritérium a tím je plán dlouhodobého rozvoje a financování.

Výzkum ukázal, že zhruba 50 % respondentů uvádí, že mají plnou podporu pro používaný IS. 20 % uvedlo, že žádnou podporu nemá, a 16 % respondentů uvedlo, že se řeší jen kritické případy. Zbytek uvádí existenci online nebo offline nápovědy. Z dotazníku je bohužel opět vidět, že uživatelé mnohdy netuší, že podpora k aplikaci existuje, což ukazuje na potřebu větší osvěty a informovanosti.

Výsledky průzkumu z odpovědí na otázku způsobu rozvoje aplikace vychází negativně pouze u systémů FreeBase, což je již léta nevyvíjená aplikace, která je v zařízeních stále používána, a dále u vlastních systémů a systémů založených na aplikaci MS Excel.

Touto částí končí první část dokumentu, která se věnuje analýze stávajících informačních systémů poskytovatelů adiktologických služeb, a následuje část, věnující se výkonům v adiktologických službách.



Podklady pro revizi výkonů v adiktologických službách

Materiál porovnávání výkonů v adiktologických službách vznikl jako podklad pro projektovou aktivitu s názvem „Tvorba návrhů sdíleného informačního systému“. Tato komparace má pomoci při návrhu sjednocení informačního systému v oblasti adiktologických služeb, které jsou zakotveny v různých rezortech (zdravotnictví, sociální služby, školství...), na základě toho se řídí různou legislativou i metodikami výkaznictví a využívají různé informační systémy vzájemně nekompatibilní.

Cílem vytvoření systémového návrhu společného informačního systému je dosáhnout moderní a flexibilní správy systému, který by shromažďoval a zpracovával data o poskytování adiktologických služeb.

V současné době se data poskytovaných adiktologických služeb v praxi zadávají do celé řady různých systémů, přičemž každý zřizovatel takového informačního systému přirozeně strukturuje zadávaná data (osoby/výkony/kontakty a další, zejm. epidemiologická data) způsobem, který odpovídá jeho potřebám a metodikám. Ve většině informačních systémů nedochází ke vzájemnému sdílení dat a některá data mohou být i neveřejná.

Tím dochází postupně ke zvětšování rozdílů mezi definicemi pojmů/výkonů ve výkaznictví adiktologických služeb (napříč rezorty) a při snaze o jejich souhrnné zpracování či srovnání může docházet k nepřesnostem či ke zcela nevalidním výstupům.

Jako příklad můžeme uvést rozdíl v definici pojmu „kontakt“, kdy v adiktologických službách obecně dle příručky *Seznam a definice výkonů v drogových službách*⁴, revize 1. 1. z r. 2015, je tento pojem definován jako „každá návštěva/situace, při které dochází k interakci mezi klientem a pracovníkem programu (tzn. poskytnutí určité služby, informace, nebo poradenství včetně skupinového). (...) Tzn. nejedná se o „výkon“ jako takový, spíše o „vlastnost“ nebo „příznak“ přiřazený určitému výkonu. Naproti tomu pro oblast sociálních služeb (včetně adiktologických) je „kontakt“ definován jako intervence, resp. „nepřetržitý čas strávený v aktivní interakci s konkrétním uživatelem/zájemcem sociální služby. Časová dotace jednoho kontaktu pro vykazovanou statistiku je 10 minut“, tzn. kontakt je chápán přímo jako výkon sám o sobě (*Vymezení a upřesnění základních pojmů HMP v sociálních službách pro rok 2014–2015*)⁵. Dle hodnotící zprávy projektu MPSV *Podpora procesů v sociálních službách* je kontakt definován následovně: „Kontaktem/setkáním se rozumí komunikace pracovníka v přímé péči s uživatelem sociální služby, nebo zájemcem o poskytnutí sociální služby, a to za účelem řešení nepříznivé sociální situace uživatele nebo zájemce o poskytnutí sociální služby.“⁶

Cílem aktivity je tedy vytvoření možnosti převodu některých adiktologických výkonů na výkony jiných rezortů, a tím usnadnit vedení evidence adiktologických služeb jejím poskytovateli.

Cílem naopak není vytvořit „převodníky“ pro hodnocení efektivity či nákladovosti jednotlivých služeb, protože se v rámci aktivity **bude pracovat pouze s výkony vázanými na odbornost/službu**, ale nikoli na klienta, tzn., nebude zohledněna náročnost služby s ohledem na konkrétní diagnózu a další ukazatele.

⁴ ÚŘAD VLÁDY. SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY. (2015) *Seznam a definice výkonů v drogových službách*, revize 1. 1. S. 68.

⁵ MHMP (2014) *Vymezení a upřesnění základních pojmů HMP v sociálních službách pro rok 2014–2015*.

⁶ HAUK, RADOVAN. (2015) *Výkaznictví sociálních služeb – druhá hodnotící zpráva projektu Podpora procesů v sociálních službách*.

Typy adiktologických služeb a jejich vázanost na jednotlivé rezorty

Jak jsme uvedli výše, řada rozdílů ve výkladu pojmů ve výkaznictví adiktologických služeb pramení ze skutečnosti, že adiktologické služby jako síť pokrývají více různých rezortů s vlastní legislativou a metodikami vykazování dat o službách. Řada služeb je navíc zakotvena mezirezortně.

Při komparaci výkaznictví služeb je třeba vycházet ze struktury sítě adiktologických služeb, ze stávajících legislativních rámců.

Popis komplexní sítě adiktologických služeb však dosud nemáme k dispozici. Dosud nejuceleněji byla aktuální síť popsána v dokumentu *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb*⁷. Tento dokument je však primárně zaměřen na adiktologické služby poskytované v rámci zdravotnictví, zatímco služby mimo tento rezort jsou v něm zpracovány spíše okrajově.

Nové zmapování a popis sítě adiktologických služeb by měl být prvním, resp. předcházejícím krokem při porovnávání systémů výkaznictví, protože bez legislativního a metodického kontextu nedává takové srovnání smysl.

Jako příklad uveďme rozdíly v kvalifikačních nárocích na pracovníka v jednotlivých typech služeb u „srovnatelného“ výkonu. Např. zatímco v certifikovaných adiktologických službách obecně jsou požadavky na odbornost u jednotlivých výkonů definovány v „pracovním dokumentu“ RVKPP (*Seznam a definice výkonů v drogových službách*, 2015), resp. ve Standardech odborné způsobilosti, v adiktologické službě zdravotnické jsou tyto požadavky dané zákonem (Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů) a konečně v sociálních službách nejsou k činnostem (definovaným Vyhláškou 505/2006 Sb., kterou se provádí Zákon o sociálních službách) přiřazeny nároky na odbornost vůbec. Tento rozdílný legislativní kontext má samozřejmě další důsledky, např. nižší, resp. vyšší nároky na kvalifikaci pracovníků a potažmo též na cenu služby – nižší, resp. vyšší nákladovost služby atp.

V níže uvedené tabulce je porovnání typů služeb dle jejich modalit napříč rezorty (vycházíme z porovnání dostupných údajů ze seznamu certifikovaných služeb RVKPP a Registru poskytovatelů sociálních služeb v aktuálních verzích). **Jedná se o popis současné praxe, nikoli o návrh ideálního stavu.**

Toto porovnání bude podstatné pro hledání ekvivalentů souboru výkonů/úkonů dané služby při jejich srovnávání.

Tabulka 9 Porovnání typů služeb dle jejich modalit napříč rezorty

Adiktologická služba dle standardů OZ RVKPP	Registrovaná soc. služba dle Zákona 108/2006 Sb.	Poskytovatel zdrav. služeb – typ a odbornost
Detoxifikace	není ekvivalent	Psychiatrické nemocnice
Terénní programy	§69 Terénní programy	není ekvivalent; event. externě odb. adiktolog, psychiatr, klinický psycholog

⁷ VAVRINČÍKOVÁ, LENKA; LIBRA, JIŘÍ; MIOVSKÝ, MICHAL A KOL. (2013) *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*, verze 4.7.

Kontaktní a poradenské služby	§59 Kontaktní centrum	Specializovaná ambulantní péče: odbornost adiktolog, psychiatr, klinický psycholog
Ambulantní a stacionární péče	§37b Odborné sociální poradenství §59 Kontaktní centrum §64 Služby následné péče	Specializovaná ambulantní péče: odbornost adiktolog, psychiatr, klinický psycholog
Krátkodobá a střednědobá lůžková péče	není ekvivalent	Psychiatrické nemocnice
Rezidenční péče v TK	§68 Terapeutické komunity	není ekvivalent; event. externě odb. adiktolog, psychiatr, klinický psycholog
Doléčovací programy	§64 Služby následné péče §37b Odborné sociální poradenství	Specializovaná ambulantní péče: odbornost adiktolog, psychiatr, klinický psycholog
Substituční léčba	§37b Odborné sociální poradenství	Specializovaná ambulantní péče: odbornost adiktolog, psychiatr, klinický psycholog
Adiktologické služby ve vězení	§37b Odborné sociální poradenství §69 Terénní programy	není ekvivalent; event. externě odb. adiktolog, psychiatr, klinický psycholog
Programy primární prevence	§62 Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	není ekvivalent

Zdroj: Vlastní zpracování

U adiktologických služeb Detoxifikace a Krátkodobá a střednědobá lůžková péče, které jsou poskytovány výhradně na půdě psychiatrických nemocnic, není průnik s oblastí sociálních služeb a také výkaznictví v rámci zdravotnictví se zde obvykle řídí specifickými pravidly dle typu smluvního vztahu zařízení se zdravotními pojišťovnami (výkonový způsob úhrady vs. paušální způsob úhrady, např. DRG). Z tohoto důvodu považujeme u těchto služeb jakékoli meziresortní srovnávání za irelevantní.

Srovnávání výkonů tedy navrhujeme realizovat v rámci následujících modulů:

- 1) Terénní programy
- 2) Kontaktní a poradenské služby
- 3) Ambulantní a stacionární péče
- 4) Rezidenční péče v terapeutických komunitách
- 5) Doléčovací programy – chráněné bydlení, chráněné pracovní programy
- 6) Substituční léčba
- 7) Adiktologické služby ve vězení
- 8) Programy primární prevence

s jejich ekvivalenty v sociálních a zdravotních službách.

Přehled stávající praxe – typy informačních systémů užívané v adiktologických službách pro vykazování realizovaných výkonů

Níže uvádíme pouze stručný přehled hlavních typů v praxi používaných informačních systémů v síti adiktologických služeb (tříděno podle rezortů, kterým jsou data poskytována).

RVKPP:

- Aplikace UniData (doporučeno a podporováno RVKPP), databáze FreeBase, databáze PrevData (nyní již sloučená s aplikací UniData), databáze BorIS (komerční), SIS (Sananim) – systémy vzájemně nekompatibilní.
- Data se zadávají ručně / importují do tabulek v aplikaci www.dotace-drogy.vlada.cz.

MPSV:

- Není k dispozici informační systém pro vykazování výkonů, používají se vlastní systémy poskytovatelů služeb (obvykle Excel, Access, tužka/papír), event. databáze jiných rezortů (např. UniData).
- Data se zadávají ručně do tabulek v aplikaci OKslužby poskytovatel.

MZ:

- Pro vykazování výkonů zdravotních služeb je k dispozici celá řada komerčních SW pro výkaznictví. Vzhledem k tomu, že výkaznictví zdravotních služeb je definováno zákonem (Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami), jsou napříč těmito systémy data vzájemně kompatibilní. Data se obvykle odesílají zdravotním pojišťovnám souhrnně přes webové rozhraní.
- U dotačních programů MZ pro adiktologické služby jsou v rámci průběžných/závěrečných zpráv o realizaci projektu data poskytována MZ v jiném formátu, než se tak děje směrem ke zdravotním pojišťovnám, a není k dispozici žádný doporučený informační systém. Data se zadávají ručně do tabulek v dokumentu MS Word a předávají v papírové a elektronické podobě MZ.

MŠMT:

- Není k dispozici informační systém pro vykazování adiktologických výkonů, používají se vlastní systémy poskytovatelů služeb (obvykle Excel, Access, tužka/papír), event. databáze jiných rezortů (např. UniData).
- Data se zadávají ručně do tabulek v elektronickém systému IS <https://is-prevence.msmt.cz/>.

Přehled sledovaných dat o uživatelích služby a realizovaných výkonech v adiktologických službách dle rezortů

Adiktologické služby: vykazování pro RVKPP, ÚZIS

V souvislosti s dotační politikou RVKPP mají adiktologické služby financované RVKPP povinnost vykazovat data o službách v průběžných a závěrečných zprávách o realizaci projektu v tabulkách strukturovaných dle *Seznamu a definic výkonů v drogových službách* (2015).

Rámcově se jedná o **počty osob uživatelů NL (dle užívaných NL, s rozlišením prvokontaktů, s rozlišením injekčních uživatelů, s uvedením věkových průměrů) a neuživatelů NL (rodinných příslušníků a blízkých osob)**, event. **anonymních osob** v kontaktu, **počty výkonů** (dle jednotlivých typů služeb, **počty kontaktů** (s rozlišením na kontakty „přímé“ (u výkonů realizovaných face-to-face) a „nepřímé“ (u výkonů bez kontaktu face-to-face, např. telefon).

Sledují se též další ukazatele dle typu služby, např. **kapacita programu, průměrná délka léčby 1 klienta, počet klientodnů, počet úspěšných klientů, průměrná délka úspěšně ukončené léčby 1 klienta, drop-out ze služby** apod.

Další vykazovací povinností všech adiktologických služeb je vykazování do **Národního registru léčby uživatelů drog** (NRLUD), který je zahrnut do jednotné informační platformy zdravotních registrů ÚZIS. Vykazují se epidemiologická data za klienty služeb v anonymním formátu.

Sociální služby: vykazování pro MPSV/kraje

Data za realizované sociální služby jsou vykazována MPSV 1x ročně v aplikaci OKslužby poskytovatel, a to v různých formátech dle typu registrované sociální služby (rozdíl např. mezi nízkoprahovými a pobytovými službami).

Rámcově se jedná o **počet uživatelů služby za rok, počet realizovaných kontaktů za rok, počet realizovaných intervencí za rok** (rozlišení dle časové dotace, nikoli typu intervence, tzn. intervence do 15 min, intervence do 30 min, do 60 min...atd.). Dále se uvádí **rozlišení jednotlivých typů základních činností v procentech** (tzn., kolik % výkonů bylo realizováno v rámci dané základní činnosti za rok) a typ a event. **počet výkonů u fakultativních činností**. Sleduje se též **počet odmítnutých zájemců** o službu včetně důvodu odmítnutí.

Zdravotní služby: vykazování pro MZ, ZP, ÚZIS

Služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění v rámci smluvního vztahu se zdravotní pojišťovnou poskytují ZP data v rozsahu **počet a druh realizovaných výkonů na RČ za fakturované období**.

Zdravotní služby mají navíc povinnost zadávat data do **Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb** v rozsahu dle odbornosti. Rámcově se jedná o počet **ošetřených pacientů za rok, celkový počet ošetření**, u lékařů se specializací návykové nemoci se navíc sledují **počty pacientů dle užívaných NL a diagnóz**.

Adiktologické služby čerpající dotace z MZ (včetně nezdravotních služeb) mají povinnost poskytnout údaje o službě 2x ročně v rámci průběžných a závěrečných zpráv o realizaci projektu, a to v rozsahu obdobném jako RVKPP, pouze se zaměřením na jiné ukazatele u klientů služeb.

Adiktologické služby – primární prevence: vykazování pro MŠMT

Adiktologické služby, které realizují programy primární prevence financované MŠMT (programy všeobecné primární prevence rizikového chování), předávají MŠMT data 2x ročně formou průběžných a závěrečných zpráv o realizaci projektu.

Rámcově se jedná o data typu: počet škol, počet tříd, počet osob, počet výkonů (dle typu), počet kontaktů.

Na poli primární prevence jsou navíc data o realizovaných programech/intervencích vykazována školami, a to většinou podle interní metodiky dané instituce (neexistuje centrální systém/metodika). V některých krajích se v současné době pracuje na sladění vykazování školami v oblasti primární prevence. Tuto oblast bude v rámci pracovní podskupiny pro srovnání/revizi výkonů třeba blíže zmapovat.

Výkony v adiktologických službách – přehled stávajících definic adiktologických, sociálních a zdravotních výkonů

Adiktologické služby dle SOZ RVKPP

Při srovnávání výkonů v adiktologických službách budeme vycházet z definice výkonu jako „**časově ohraničené jednotky práce s klientem**“. Tato jednotka je definována prostřednictvím pěti základních vlastností. Kromě zmíněného časové rozlišení se jedná o **popis procedury** (co je klientovi poskytováno), **popis požadavků na odbornost** provádějící osoby, **popis minimálních materiálních požadavků** na provedení výkonu a **popis místa**, kde smí být výkon prováděn (stanovení minimálních požadavků na prostorové nároky potřebné k provedení výkonu)”⁸.

RVKPP dále definuje rozlišení na tzv. „průřezové“ vs. „specifické“ výkony⁹, tzn. výkony, které se realizují ve více typech služeb (a v rámci adiktologických služeb jsou v zásadě srovnatelné – např. individuální poradenství, krizová intervence, práce s rodinou aj.), resp. výkony, které jsou specifické pouze pro určitý konkrétní typ adiktologické služby, nemají obvykle v ostatních adiktologických službách svůj ekvivalent (např. hygienický servis, výměnný program, program primární prevence aj.).

Tzn. při srovnávání výkonů mezirezortně musíme ještě vzít v úvahu, že i uvnitř výkaznictví v adiktologických službách jsou výkony bez ekvivalentu v jiném typu služby, tzn. každá služba má svůj specifický „modul“ výkaznictví.

*Výkony, které se vyskytují úplně ve všech typech adiktologických služeb definovaných standardy OZ, jsou pouze 3 výkony, a to **Vstupní zhodnocení stavu klienta, Individuální poradenství a Zhodnocení stavu a potřebnosti drogové služby**. Dále jsou průniky ve skupinách výkonů různých služeb, avšak žádný další výkon už není obsažen úplně ve všech modulech. Např. krizová intervence se vyskytuje ve všech modulech kromě primární prevence, Individuální poradenství pro rodiče a osoby blízké se zase vyskytuje ve všech modulech kromě terénních programů.*

Z tohoto důvodu se zdá výhodné **přistoupit k analýze výkonů a jejich mezirezortnímu srovnání nikoliv souhrnně za všechny adiktologické služby (dle seznamu „od A do Z“), ale právě dle modalit služeb**.

Seznam typů adiktologických služeb dle standardů odborné způsobilosti (*Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby*, RVKPP, 2015) zahrnuje 10 typů služeb (detoxifikace, terénní programy, kontaktní a poradenské služby, ambulantní a stacionární péče, krátkodobá a střednědobá lůžková péče, rezidenční péče v terapeutických komunitách, doléčovací programy – chráněné bydlení, chráněné pracovní programy, substituční léčba, adiktologické služby ve vězení).

Zvláštní kapitolou v rámci adiktologie jsou programy primární prevence, které jsou certifikovány MŠMT, ve standardech RVKPP zahrnuty nejsou, nicméně dotace z RVKPP čerpají a do sítě adiktologických služeb patří. Ve většině případů se nejedná ani o registrované sociální služby (až na výjimky, kdy se program realizuje např. na půdě soc. služby NZDM), ani služby zdravotní

⁸ ÚŘAD VLÁDY. SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY. (2015) *Seznam a definice výkonů v drogových službách, revize 1. 1.*

⁹ ÚŘAD VLÁDY. SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY. (2015) *Seznam a definice výkonů v drogových službách, revize 1. 1.*

(s vykazováním ZP). Z hlediska výkaznictví je tedy situace v oblasti primární prevence v zásadě přehlednější. Přesto navrhuje tyto služby do srovnávání zahrnout, a to zejména z praktického hlediska, protože i stávající oficiální informační systém RVKPP (databáze UniData) tyto služby pokrývá.

Sociální služby

V oblasti sociálních služeb **chybí přesné definice výkonů realizovaných v rámci základních a fakultativních činností**. Definice uvedené ve vyhlášce 505/2006 Sb. jsou velmi obecné. Dle hodnotící zprávy projektu MPSV *Podpora procesů v sociálních službách*¹⁰ se v případě výkonnostních ukazatelů v sociálních službách ustálily následující ukazatele:

- Intervence;
- kontakt;
- lůžkoden;
- uživateloden/uživatelohodina.

Tyto **ukazatele jsou však problematické v oblasti jejich definice**. Na centrální úrovni k definování těchto pojmů nedošlo a tak, ačkoli jsou v různých systémech výkaznictví užívány, jsou chápány vždy odlišným způsobem. To znemožňuje dokonce jejich porovnání napříč jednotlivými kraji v rámci jednoho rezortu (MPSV), natož mezirezortní komparaci.

Navíc neexistuje oficiální dokument, který by definoval konkrétní typy intervencí v rámci realizovaných základních či fakultativních činností.

V rámci procesů definice těchto výkonů existuje návrh vytvořit stejnou strukturu výkaznictví pro celé skupiny sociálních služeb na základě jejich rozdělení do 4 typů:

- Pobytové služby sociální péče,
- pobytové/ambulantní služby sociální prevence – služby s lůžkovou kapacitou,
- ambulantní a terénní služby sociální péče,
- ambulantní a terénní služby sociální prevence a odborné sociální poradenství.

Je tedy pravděpodobné, že v budoucnu vznikne **popis jednotných základních výkonů pro dvě skupiny adiktologických sociálních služeb: pro pobytové/ambulantní služby sociální prevence – služby s lůžkovou kapacitou** (terapeutické komunity) **a ambulantní a terénní služby sociální prevence a odborné sociální poradenství** (všechny ostatní adiktologické služby).

Při komparaci výkonů tedy budeme pracovat pouze s neurčitými časovými jednotkami intervencí, které jsou realizovány v rámci dané činnosti (tzn. směřují k naplnění cílů dané činnosti).

Při komparaci výkonů se nabízí dále otázka, zda by nebylo vhodné do srovnávání zahrnout i úkony fakultativních činností sociálních služeb. Definice fakultativních činností mají však ještě menší oporu v legislativě než činnosti základní, proto je otázkou, zda tyto činnosti do komparace zahrnout.

Zdravotní služby

Výkony ve zdravotních službách jsou poměrně přesně definovány ve Vyhlášce č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

Definice zahrnuje podobné ukazatele jako v seznamu RVKPP, navíc jsou uvedena omezení vykazování konkrétních výkonů (např. omezení frekvencí).

¹⁰ HAUK, RADOVAN. (2015) *Výkaznictví sociálních služeb – 1. hodnotící zpráva projektu Podpora procesů v sociálních službách*. HAUK, RADOVAN. (2015) *Výkaznictví sociálních služeb – druhá hodnotící zpráva projektu Podpora procesů v sociálních službách*.

Tzn. na příklad u výkonu RVKPP „skupinová psychoterapie“ může být teoreticky tento výkon vykázán na jednoho klienta 3x denně, zatímco ve zdravotní službě (odbornost klinický psycholog) je maximální frekvence 2x denně. Podobně např. u výkonů „psychologické vyšetření“ neexistuje dle RVKPP žádný limit v počtu hodin realizovaného vyšetření u jednoho klienta, zatímco ve zdravotní službě je klinický psycholog limitován 8 hodinami vyšetření za rok u daného pacienta (komplexní vyšetření), resp. 6 hodinami za měsíc u daného pacienta (cílené vyšetření). Při překročení této frekvence není proplacen zdravotní pojišťovnou žádný z těchto výkonů u daného pacienta v daný den.

*Při srovnávání výkonů v adiktologických službách budeme pracovat s balíčky výkonů tří zdravotnických odborností: **adiktolog, klinický psycholog, psychiatr a všeobecná/psychiatrická sestra** – což jsou profese, které v praxi s adiktologickými pacienty ve zdravotnictví nejčastěji pracují a výkony realizují/vykazují. Lze zvážit zahrnutí do srovnání ještě odbornosti **nutriční terapeut, fyzioterapeut a ergoterapeut**, které mají svoje kódy/zdravotní výkony a profesně se v léčbě adiktologických klientů také uplatňují.*

Seznamy výkonů – adiktologické služby, zdravotní služby, sociální služby

Seznam adiktologických výkonů

Definováno: Seznam a definice výkonů drogových služeb, Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby.

Terénní programy – výkony RVKPP

Individuální poradenství
Informační servis
Intervence v prostředí zábavy
Kontaktní práce
Krizová intervence
Krizová intervence po telefonu a internetu
Kvalitativní analýza tablet syntetických drog
Odběry biologického materiálu
Orientační test z moči
Potravinový servis
Sekundární výměnný program
Sociální práce
Testování infekčních nemocí
Úkony potřebné pro zajištění práce s klientem
Vstupní zhodnocení stavu klienta
Výměnný program
Základní zdravotní ošetření

Zhodnocení stavu a potřebnosti drogové služby

Kontaktní a poradenské služby – výkony RVKPP

Hygienický servis

Chráněná práce/podporované zaměstnání

Individuální poradenství

Individuální poradenství pro rodiče a osoby blízké klientům

Informační servis

Intervence v prostředí zábavy

Jiné odborné vyšetření

Kontaktní práce

Krizová intervence

Krizová intervence po telefonu a internetu

Kvalitativní analýza tablet syntetických drog

Odběry biologického materiálu

Orientační test z moči

Potravinový servis

Práce s rodinou

Psychiatrické vyšetření

Psychologické vyšetření

Sekundární výměnný program

Skupinová terapie a poradenství

Skupiny pro rodiče a blízké klientovi

Sociální práce

Socioterapie

Somatické vyšetření

Telefonické, písemné a internetové poradenství

Testování infekčních nemocí

Úkony potřebné pro zajištění práce s klientem

Vstupní zhodnocení stavu klienta

Výměnný program

Základní zdravotní ošetření

Zhodnocení stavu a potřebnosti drogové služby

Ambulantní a stacionární péče – výkony RVKPP

Chráněná práce / podporované zaměstnání
Individuální poradenství
Individuální poradenství pro rodiče a osoby blízké klientům
Individuální psychoterapie
Informační servis
Jiné odborné vyšetření
Korespondenční práce
Krizová intervence
Krizová intervence po telefonu a internetu
Odběry biologického materiálu
Orientační test z moči
Práce s rodinou
Pracovní terapie
Program včasné intervence
Psychiatrické vyšetření
Psychologické vyšetření
Rodinná terapie
Skupinová psychoterapie
Skupinová terapie a poradenství
Skupiny pro rodiče a osoby blízké klientovi
Sociální práce
Socioterapie
Somatické vyšetření
Telefonické, písemné a internetové poradenství
Testování infekčních nemocí
Úkony potřebné pro zajištění práce s klientem
Vstupní zhodnocení stavu klienta
Základní zdravotní ošetření
Zátěžové programy
Zhodnocení stavu a potřeby drogové služby

Rezidenční péče v TK – výkony RVKPP

Chráněná práce / podporované zaměstnání
Individuální poradenství

Individuální poradenství pro rodiče a osoby blízké klientům
Individuální psychoterapie
Jiné odborné vyšetření
Krizová intervence
Odběry biologického materiálu
Orientační test z moči
Práce s rodinou
Pracovní terapie
Psychiatrické vyšetření
Psychologické vyšetření
Rekvalifikace
Rodinná terapie
Skupinová psychoterapie
Skupinová terapie a poradenství
Skupiny pro rodiče a osoby blízké klientovi
Sociální práce
Socioterapie
Somatické vyšetření
Telefonické, písemné a internetové poradenství
Testování infekčních nemocí
Vstupní zhodnocení stavu klienta
Zátěžové programy
Zhodnocení stavu a potřebnosti drogové služby

Doléčovací programy – výkony RVKPP

Chráněná práce / podporované zaměstnání
Individuální poradenství
Individuální poradenství pro rodiče a osoby blízké klientům
Individuální psychoterapie
Informační servis
Jiné odborné vyšetření
Korespondenční práce
Krizová intervence
Krizová intervence po telefonu a internetu
Odběry biologického materiálu
Orientační test z moči

Práce s rodinou
Pracovní terapie
Psychiatrické vyšetření
Psychologické vyšetření
Rekvalifikace
Rodinná terapie
Skupinová psychoterapie
Skupinová terapie a poradenství
Skupiny pro rodiče a blízké klientovi
Sociální práce
Socioterapie
Somatické vyšetření
Telefonické, písemné a internetové poradenství
Testování infekčních nemocí
Vstupní zhodnocení stavu klienta
Zátěžové programy
Zhodnocení stavu a potřeby drogové služby

Substituční léčba – výkony RVKPP

Individuální poradenství
Individuální poradenství pro rodiče a osoby blízké klientům
Individuální psychoterapie
Informační servis
Jiné odborné vyšetření
Krizová intervence
Krizová intervence po telefonu a internetu
Odběry biologického materiálu
Orientační test z moči
Práce s rodinou
Pracovní terapie
Psychiatrické vyšetření
Psychologické vyšetření
Rodinná terapie
Skupinová psychoterapie
Skupinová terapie a poradenství
Skupiny pro rodiče a osoby blízké klientovi

Sociální práce

Socioterapie

Somatické vyšetření

Telefonické, písemné a internetové poradenství

Testování infekčních nemocí

Vstupní zhodnocení stavu klienta

Základní zdravotní ošetření

Zhodnocení stavu a potřebnosti drogové služby

Adiktologické služby ve vězení – výkony RVKPP

Není definován souhrn výkonů specificky pro tuto službu

V rámci pracovní podskupiny pro revizi výkonů projektu RAS bude **třeba nejprve zmapovat stávající praxi vykazování výkonů v této adiktologické službě** a následně z tohoto seznamu výkonů při srovnávání vycházet.

Programy primární prevence – výkony RVKPP

Beseda

Dlouhodobý/komplexní program primární prevence

Edukativní program

Individuální poradenství

Individuální poradenství pro rodiče a osoby blízké klientům

Informační servis

Interaktivní seminář

Komponovaný preventivní program

Vzdělávání peer aktivistů

Program primární prevence pro rizikové skupiny

Program včasné intervence

Přednáška

Telefonické, písemné a internetové poradenství

Vstupní zhodnocení stavu klienta

Vzdělávací seminář

Zhodnocení stavu a potřebnosti drogové služby

Seznam výkonů zdravotních služeb

Odbornost adiktolog (919)

Tyto výkony jsou součástí seznamu zdravotních výkonů ve **Vyhlášce č. 134/1998 Sb.**, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. Jedná se celkem o 6 typů zdravotních výkonů pro profesi adiktologa:

38021 Vyšetření adiktologem při zahájení adiktologické péče

38022 Vyšetření adiktologem kontrolní

38023 Minimální kontakt adiktologa s pacientem

38024 Adiktologická terapie individuální

38025 Adiktologická terapie rodinná

38026 Adiktologická terapie skupinová, typ I., pro skupinu maximálně 9 osob á 120 minut

Podmínkou vykazování zdravotních výkonů odbornosti 919 je provádění na základě předchozí indikace lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo v oboru dětská a dorostová psychiatrie nebo lékaře se zvláštní odbornou způsobilostí v oboru návykové nemoci. Revize pacientova stavu a léčebného plánu probíhá ve spolupráci adiktologa s lékařem se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo v oboru dětská a dorostová psychiatrie nebo lékařem se zvláštní odbornou způsobilostí v oboru návykové nemoci. Frekvence je stanovena každé 3 měsíce a výsledky jsou zaznamenávány do pacientovy dokumentace.

Odbornost klinický psycholog (901, 931)

Jde o výkony, které jsou součástí seznamu zdravotních výkonů ve **Vyhlášce č. 134/1998 Sb.**, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. Jedná se celkem o 6 typů zdravotních výkonů z odbornosti klinický psycholog (901), 3 typy zdravotních výkonů z odbornosti dětský psycholog (931), 8 typů zdravotních výkonů psychoterapeutických (910):

Klinický psycholog (901):

37021 Komplexní psychologické vyšetření (à 60 minut)

37022 Cílené psychologické vyšetření (à 60 minut)

37023 Kontrolní psychologické vyšetření (à 30 minut)

37111 Specifická psychologická intervence (à 30 minut)

37115 Krizová intervence (à 30 minut)

37121 Psychodiagnostika s náročným psychoterapeutickým zásahem (à 90 minut)

Klinická vyšetření může vykázat pouze klinický psycholog se specializovanou způsobilostí (atestace v oboru klinická psychologie – K2) na základě vlastní indikace.

Výkon Psychodiagnostika s náročným psychoterapeutickým zásahem může vykázat pouze klinický psycholog se specializovanou způsobilostí a specializací v systematické psychoterapii (funkční specializace v systematické psychoterapii – K3).

Dětský psycholog (931):

37061 Komplexní pedopsychologické vyšetření (à 60 minut)

37062 Cílené pedopsychologické vyšetření (à 60 minut)

37063 Kontrolní pedopsychologické vyšetření (à 30 minut)

Klinická vyšetření může vykazovat pouze klinický psycholog se specializovanou způsobilostí (atestace v oboru klinická psychologie – K2) na základě vlastní indikace.

Psychoterapie (910):

35520 Psychoterapie individuální systematická, prováděná psychiatrem, klinickým psychologem nebo lékařem s psychoterapeutickou kvalifikací.

35610 Psychoterapie skupinová, typ i., pro skupinu max. 9 osob à 120 min.

35620 Psychoterapie skupinová, typ ii., pro skupinu 10–14 osob à 120 min.

35630 Psychoterapie skupinová, typ iii. (komunita) – skupina nad 14 osob à 30 min

35650 Rodinná systematická psychoterapie à 30 minut

37117 Rodičovská skupina à 30 minut

37119 Skupinová psychoterapie dětí do 8 let (à 30 minut)

37125 Emergentní psychoterapie à 60 minut

Výkony psychoterapie lze vykazovat pouze tehdy, pokud byly indikovány ošetřujícím lékařem – psychiatrem, ošetřujícím lékařem s psychoterapeutickou kvalifikací nebo klinickým psychologem s psychoterapeutickou kvalifikací nebo registrujícím praktickým lékařem. Indikace je platná po dobu nejdéle tří po sobě následujících kalendářních měsíců.

Výkony psychoterapie mohou vykazovat pouze psychoterapeuti se specializací v systematické psychoterapii (lékaři včetně psychiatrů a kliničtí psychologové).

Odbornost psychiatr (305, 306, 308)

35021 Komplexní vyšetření psychiatrem

35022 Cílené vyšetření psychiatrem

35023 Kontrolní vyšetření psychiatrem

35050 Telefonická konzultace psychiatra nebo klinického psychologa v péči o jeho pacienta

35113 Sociální šetření a objektivní anamnéza v pacientově prostředí

35115 Chronobiologická léčba

35117 Rozhovor psychiatra, pedopsychiatra, klinického psychologa nebo sexuologa s rodinou a dalšími osobami

35201 Vyhodnocení rizika relapsu u psychotického onemocnění specializovaným pracovištěm

35203 Preventivní intervence a dálková kontrola u psychóz

35205 Roční zhodnocení provozu preventivního telemonitoringu

35710 Elektrokonvulzivní terapie

35712 Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rtms)

Dětská a dorostová psychiatrie (306)

36021 Komplexní vyšetření dětským psychiatrem

36022 Cílené vyšetření dětským psychiatrem

36023 Kontrolní vyšetření dětským psychiatrem

Návykové nemoci (308)

38210 Vyšetření alкотestem

38230 Antabus – alkoholová reakce

Tučně jsou vyznačeny výkony, které jsou relevantní z hlediska vykazování péče o adiktologické pacienty, tzn. celkem **11 výkonů**.

Odbornost Všeobecná sestra (911) / sestra v sociálních službách (913) / psychiatrická sestra (914)

Ze seznamu výkonů odborností všeobecná sestra, sestra v sociálních službách a psychiatrická sestra vybíráme výkony, které jsou relevantní z hlediska poskytování péče adiktologickým klientům / pacientům:

Všeobecná sestra (911):

06111 Komplex – vyšetření stavu pacienta sestrou ve vlastním sociálním prostředí

06119 Komplex – odběr biologického materiálu

06121 Komplex – lokální ošetření

06123 Komplex – edukace, reedukace, ošetrovatelská rehabilitace

Sestra v sociálních službách (913):

06611 Zavedení nebo ukončení odborné zdravotní péče, administrativní činnost sestry

06613 Ošetrovatelská intervence

06621 Komplex – odběr biologického materiálu, event. Orientační vyšetření biologického materiálu

06623 Aplikace léčebné terapie i. M., s. C., i. V.

06625 Příprava a aplikace ordinované infuzní terapie za účelem zajištění hydratace, dodání léčebných látek a energetických zdrojů, léčby bolesti

06627 Aplikace inhalační léčebné terapie, oxygenoterapie

06629 Péče o ránu

Psychiatrická sestra (914):

35811 Zavedení/ukončení individuální psychiatrické rehabilitace, konzultace, administrativní činnost psychiatrické sestry

35815 Psychiatrická rehabilitace individuální

- 35821 Terénní krizová intervence prováděná psychiatrickou sestrou
- 35823 Edukace psychiatrickou sestrou
- 35825 Reedukace psychiatrickou sestrou

Odbornost Nutriční terapeut (916)

- 06411 Vyšetření a zhodnocení nutričního stavu nutričním terapeutem
- 06413 Sestavení nutričního plánu pacienta
- 06415 Edukace nutričním terapeutem
- 06417 Reedukace nutričním terapeutem
- 06419 Propočet nutriční bilance (SW nástrojem)
- 06421 Indikace sippingu nutričním terapeutem

Odbornost Fyzioterapeut (902)

- 21001 Komplexní kineziologické vyšetření
- 21002 Kineziologické vyšetření
- 21003 Kontrolní kineziologické vyšetření
- 21004 Vyšetření s pomocí posturografu
- 21005 Moiré vyšetření
- 21017 Vyšetření s použitím přístroje
- 21019 Polyemg. Vyšetření
- 21020 Terapie na přístrojích s využitím principu biologické zpětné vazby
- 21030 Kinezioterapie s využitím robotické technologie pro vertikalizaci a nácvik chůze
- 21032 Kinezioterapie s využitím robotické technologie – terapie horní končetiny
- 21113 Fyzikální terapie II
- 21115 Fyzikální terapie III
- 21116 Lokální přístrojová kryoterapie
- 21117 Fyzikální terapie IV
- 21211 Léčebná tělesná výchova skupinová, typ I
- 21213 Léčebná tělesná výchova skupinová, typ II
- 21215 Léčebná tělesná výchova – instruktáž a zácvič pacienta a jeho rodinných příslušníků
- 21217 Léčebná tělesná výchova skupinová v bazénu s teplou vodou – 15 minut
- 21219 Léčebná tělesná výchova individuální pod dohledem na přístrojích
- 21221 Léčebná tělesná výchova na neurofyzilogickém podkladě
- 21223 Léčebná tělesná výchova v Hubbardově tanku
- 21225 Léčebná tělesná výchova individuální – kondiční a analytické metody
- 21315 Vodoléčba II

- 21317 Vodolěčba III
- 21413 Techniky měkkých tkání
- 21415 Mobilizace páteře a periferních kloubů
- 21713 Masáž reflexní a vazivová
- 21717 Individuální LTV – nácvik lokomoce a mobility
- 21751 Koupel s využitím výtěžku přírodního léčivého zdroje
- 21752 Celotělový zábal s využitím výtěžku přírodního léčivého zdroje
- 21753 Částečný zábal s využitím výtěžku přírodního léčivého zdroje

Odbornost Ergoterapeut (917)

- 21609 Specializované ergoterapeutické vyšetření při zahájení ergoterapie
- 21610 Specializované kontrolní ergoterapeutické vyšetření
- 21611 Vyšetření ergoterapeutem při zahájení ergoterapie
- 21612 Klasifikování podle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
- 21613 Vyšetření ergoterapeutem kontrolní
- 21614 Ergoterapeutické vyšetření pro navržení vhodných technologií a produktů
- 21621 Individuální ergoterapie základní
- 21622 Ergoterapeutické metody na neurofyzilogickém podkladě
- 21623 Individuální ergoterapie s využitím dílen
- 21625 Nácvik všedních denních činností – ADL
- 21627 Ergoterapie skupinová základní
- 21629 Ergoterapie skupinová s využitím dílen
- 21631 Cílená ergoterapie ruky

Seznam výkonů sociálních služeb

Jak jsme uvedli v tabulce výše, při srovnávání výkonů se budeme zabývat následujícími typy sociálních služeb:

- **Odborné sociální poradenství**
- **Kontaktní centra**
- **Služby následné péče**
- **Terénní programy**
- **Terapeutické komunity**
- **Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež**

Úkony realizované v rámci základních činností sociálních služeb definuje vyhláška č. 505/2006 Sb. – Vyhláška, kterou se provádí Zákon o sociálních službách.

Zároveň v rámci všech těchto poskytovaných služeb se realizují činnosti a úkony **Základního sociálního poradenství** (dle § 3).

Níže uvádíme soupis úkonů výše uvedených sociálních služeb:

Základní sociální poradenství (§ 3)

- a) poskytnutí informace směřující k řešení nepříznivé sociální situace prostřednictvím sociální služby,
- b) poskytnutí informace o možnostech výběru druhu sociálních služeb podle potřeb osob a o jiných formách pomoci, například o dávkách pomoci v hmotné nouzi a dávkách sociální péče,
- c) poskytnutí informace o základních právech a povinnostech osoby, zejména v souvislosti s poskytováním sociálních služeb, a o možnostech využívání běžně dostupných zdrojů pro zabránění sociálního vyloučení a zabránění vzniku závislosti na sociální službě,
- d) poskytnutí informace o možnostech podpory členů rodiny v případech, kdy se spolupodílejí na péči o osobu.

Odborné sociální poradenství (§ 4)

- a) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím: zprostředkování navazujících služeb,
- b) sociálně terapeutické činnosti: poskytnutí poradenství v oblastech orientace v sociálních systémech, práva, psychologie a v oblasti vzdělávání; tato základní činnost může být zajišťována poskytováním poradenství alespoň ve 2 z těchto oblastí,
- c) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:
 - 1. pomoc při vyřizování běžných záležitostí,
 - 2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím.

Kontaktní centra (§ 24)

- a) sociálně terapeutické činnosti:
 - 1. socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob,
 - 2. poskytování informací o rizicích spojených se současným způsobem života a jejich snižování prostřednictvím metod založených na přístupu minimalizace škod,
- b) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:
 - 1. pomoc při vyřizování běžných záležitostí,
 - 2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,
- c) poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:
 - 1. zajištění podmínek pro běžné úkony osobní hygieny,
 - 2. zajištění podmínek pro celkovou hygienu těla.

Služby následné péče (§ 29)

- a) sociálně terapeutické činnosti: socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k trvalé abstinenci, prevenci relapsu, rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob,
- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím: aktivity umožňující lepší orientaci ve vztazích odehrávajících se ve společenském prostředí,
- c) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:

1. pomoc při vyřizování běžných záležitostí,
2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,

d) poskytnutí ubytování, jde-li o pobytovou formu služby:

1. ubytování,
2. zajištění podmínek pro úklid, praní ložního prádla a žehlení,
3. zajištění podmínek pro celkovou hygienu těla,

e) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, jde-li o pobytovou formu služby:

1. vytvoření podmínek pro samostatnou přípravu stravy, nebo
2. zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování.

Terapeutické komunity (§ 33)

a) poskytnutí stravy:

1. vytvoření podmínek pro samostatnou přípravu nebo pomoc s přípravou stravy,
2. zajištění nebo poskytnutí stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování,

b) poskytnutí ubytování:

1. ubytování,
2. zajištění podmínek pro úklid, praní ložního prádla a žehlení,
3. zajištění podmínek pro celkovou hygienu těla,

c) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím: aktivity umožňující lepší orientaci ve vztazích odehrávajících se ve společenském prostředí,

d) sociálně terapeutické činnosti:

1. pracovní terapie a další socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k trvalé abstinenci, prevenci relapsu, rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob,
2. výchovné, vzdělávací, aktivizační a volnočasové aktivity,

e) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:

1. pomoc při vyřizování běžných záležitostí,
2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob.

Terénní programy (§ 34)

a) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím: aktivity umožňující lepší orientaci ve vztazích odehrávajících se ve společenském prostředí,

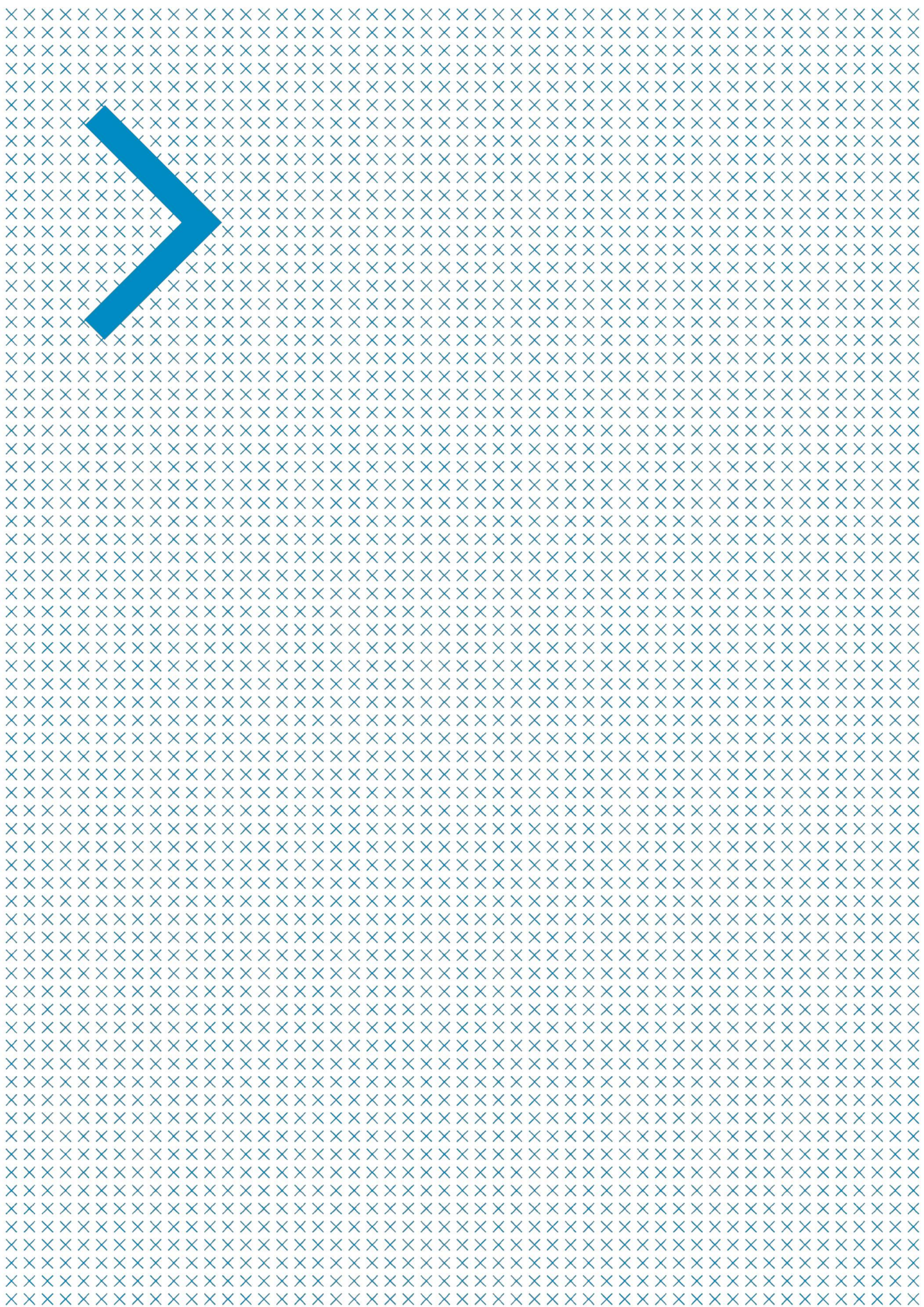
b) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:

1. pomoc při vyřizování běžných záležitostí,

2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,
- c) sociálně terapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních sociálních schopností a dovedností, podporujících sociální začleňování osob,
- d) poskytování informací o rizicích, spojených se současným způsobem života, a snižování těchto rizik; v případě uživatele návykových nebo omamných a psychotropních látek prostřednictvím metod přístupu minimalizace škod.

Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež (§ 27)

- a) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:
1. zajištění podmínek pro společensky přijatelné volnočasové aktivity,
 2. pracovní výchovná činnost s dětmi,
 3. nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností,
 4. zajištění podmínek pro přiměřené vzdělávání,
- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím: aktivity umožňující lepší orientaci ve vztazích odehrávajících se ve společenském prostředí,
- c) sociálně terapeutické činnosti: socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob,
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:
1. pomoc při vyřizování běžných záležitostí,
 2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob.



Možnosti porovnání adiktologických, zdravotních a sociálních výkonů v adiktologických službách

Při porovnávání výkonů u jednotlivých modalit služeb bude třeba zohlednit skutečnost, že některé výkony (činnosti) definované RVKPP mají svoje ekvivalenty pouze ve službách zdravotních (např. psychologické vyšetření, psychiatrické vyšetření, individuální psychoterapie, rodinná terapie...), některé pouze ve službách sociálních (např. sociální práce, socioterapie, informační servis, hygienický servis, potravinový servis....), jiné výkony se vyskytují v sociálních, zdravotních i adiktologických službách (např. individuální poradenství). Část výkonů RVKPP je specificky adiktologická a nelze najít odpovídající koreláty ani v sociálních službách, ani ve zdravotních službách daných odborností (např. výměnný program, testování infekčních nemocí, zhodnocení stavu a potřeby drogové služby....).

V procesu komparace adiktologických, zdravotních a sociálních výkonů v adiktologických službách bude třeba na samém počátku výkony rozdělit následujícím způsobem:

- Definovat podmnožinu výkonů RVKPP, kde je **průnik s úkony základních činností sociálních služeb**, následně nalezení souvztažných výkonů.
- Definovat podmnožinu výkonů RVKPP, kde je **průnik s výkony zdravotních služeb daných odborností**, následně nalezení souvztažných výkonů.
- Definovat výkony RVKPP, které mají svoje **koreláty ve službách zdravotních i sociálních**.
- Definovat výkony RVKPP, které **nemají svoje koreláty ani v balíčku sociálních úkonů, ani v balíčku zdravotních výkonů**.

Obrázek 1 **Porovnání adiktologických, zdravotních a sociálních výkonů**



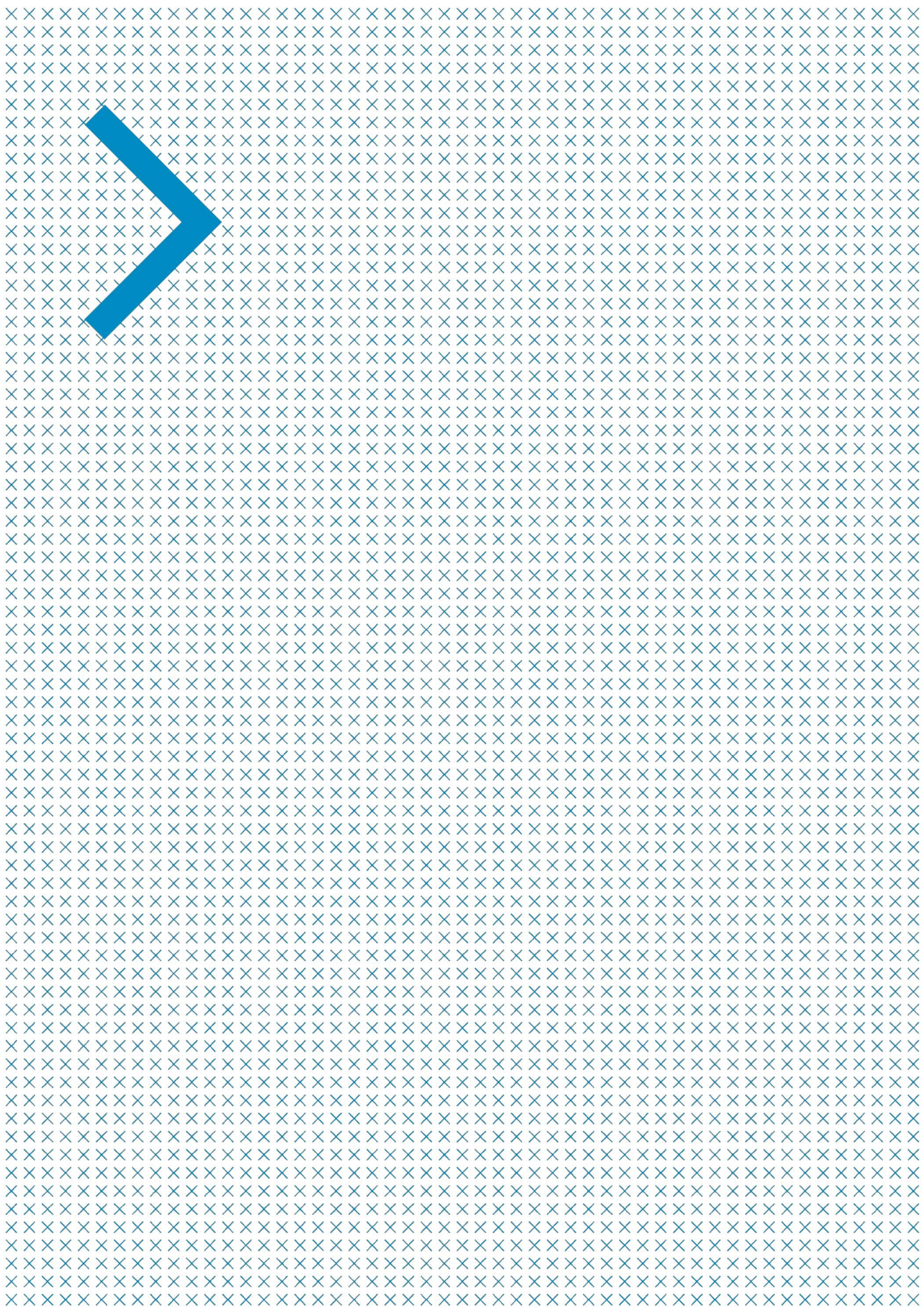
Zdroj: Vlastní zpracování

Následovat by měl proces porovnávání výkonů v rámci podmnožin:

- **Adiktologické vs. zdravotní výkony**
- **Adiktologické vs. sociální výkony**
- **Adiktologické vs. zdravotní vs. sociální výkony**

Výkony bude třeba porovnávat ve všech kritériích, které definuje RVKPP v popisu „výkonu“ jako pojmu v *Seznamu a definicích výkonů v drogových službách* (2015) – doplněno omezení výkonu:

- **Časová dotace včetně omezení frekvencí,**
- **popis procedury,**
- **požadavky na odbornost** provádějící osoby,
- **materiálně – technické požadavky** na realizaci výkonu.



Závěr

Analýza současných informačních systémů a následný rozbor výkonů poskytovaných v rámci adiktologických služeb ukázaly jednu zásadní skutečnost. I přes letité snahy se nepodařilo vytvořit ideální systém, který by plně uspokojoval nároky a potřeby uživatelů – tedy poskytovatelů služeb. Tato skutečnost však nevyplývá v první řadě z technologických omezení, nýbrž z důvodu nekompatibility výkonů poskytovaných s ohledem na různé resorty, neexistující závazné metodiky pro převod těchto výkonů a hlavně z důvodu složitého systému financování v adiktologických službách. Již tak složitě vícedrožkové financování bylo zásadním způsobem znehledněno rozdělováním prostředků z MPSV jednotlivým krajům, které používají naprosto odlišné metodiky, terminologie, termíny odevzdávání zpráv, své vlastní informační systémy atd.

Ke zdárnému vedení výkaznictví za jednu službu je nezbytná nejen detailní znalost specifických podmínek, ale navíc i zpracování výkaznictví do několika zásadně odlišných datových struktur – formulářů.

Uvedené okolnosti i přes dlouholeté snahy vedou k nejednotné struktuře výkaznictví (odlišnost sledovaných výkonnostních parametrů, nejednotnost jejich nastavení a věcného významu), která je primárně nastavena směrem k hlavnímu donorovi a následné zpracovávání výkaznictví výkazu pro celou řadu systémů, které musí vyhovovat požadavkům jednotlivých poskytovatelů dotací.

Tato skutečnost pak vede v naprosté většině případů k nutnosti používání sekundárních informačních systémů, většinou upravených excelových tabulek, kde se získané datové sady opakovaně přepočítávají a strukturují.

Jak uvádí Mgr. Jiří Richter v *Analýze podmínek vybraných dotačních řízení pro zajištění služeb v oblasti protidrogové politiky*¹¹, tak výše uvedené má za následek obrovskou administrativní zátěž odborného personálu, vyšší náklady na administrativu projektů a snižování času věnovanému klientům.

Tuto skutečnost si jasně uvědomuje i MPSV, které ve své studii *Výkaznictví sociálních služeb* píše:¹² „Důsledkem nejasné definice pak data nejsou mezi sebou porovnatelná, protože vždy záleží na konkrétním výkladu jednotlivého poskytovatele.“ A v předcházejících odstavcích: „Pokud by došlo k jasné formulaci a sjednocení (zejména s krajskými systémy výkaznictví) definic, je možné využívat k vykazování sociálních služeb jedinou aplikaci, v níž budou agregovány všechny ukazatele, které se s poskytováním sociálních služeb pojí.“

V konečném důsledku je pak nutné konstatovat, že za současných podmínek není možné navrhnout universální informační systém, který by pokrýval veškeré potřeby výkaznictví v adiktologických službách. Jedinou smysluplnou alternativou se jeví návrh systému, který bude v co největší míře splňovat nároky poskytovatelů dotací, jejichž systémy jsou stabilizované a dostatečně standardizované. Jedná se především o RVKPP a MPSV. I tato situace však jako první krok předpokládá jednání mezi těmito poskytovateli a návrh závazných metodických pokynů pro převod jednotlivých sad výkonů. Na základě tohoto kroku je pak možné vytvořit systém, který ze stávajících systémů převezme to nejlepší a nejosvědčenější (softwarová platforma, ustálené postupy atd.) a přinese uživatelům kompatibilitu minimálně pro dva zásadní donátory.

Exporty do NRLUD je možné zajistit již za stávající situace. Výstupy pro MS, MZ a MŠMT by bylo možné do jednotného systému implementovat také, avšak za předpokladu, že se požadavky na poslední chvíli nebudou měnit. Což je bohužel častá praxe. Funkční výstupy pro tyto donátory tedy předpokládají součinnost subjektů minimálně na úrovni oznamování zamýšlených změn v dostatečném časovém horizontu, který by umožnil implementaci změn do jednotného IS.

¹¹ RICHTER, JIŘÍ (2016) *Analýza podmínek vybraných dotačních řízení pro zajištění služeb v oblasti protidrogové politiky*.

¹² HAUK, RADOVAN. (2015) *Výkaznictví sociálních služeb – 1. hodnotící zpráva projektu Podpora procesů v sociálních službách*. S. 45.

Pro vlastní potřeby jednotlivých krajů by bylo postupně možné implementovat výstupy opět pouze v součinnosti s daným donátorem, a to pouze za předpokladu stanovení závazných metodických pravidel a ustálení požadavků těchto donátorů. Toto se však dlouhodobě nedaří ani MPSV, a tak nezbývá než konstatovat, že tato vize není pro adiktologické služby příliš reálná. Jedinou alternativou je tak implementovat do IS funkcionalitu, která by umožnila vytvářet nad datovými sadami dynamické dotazy podle potřeb uživatelů, které by bylo možné následně plně nebo částečně využívat pro krajské donátory. Tento způsob je však z hlediska implementace velmi náročný a nemůže zaručit splnění všech požadavků.

Na závěr je třeba zdůraznit, že **výstupy z porovnání adiktologických výkonů** za různé rezorty mají být pouze **podkladem pro vytvoření univerzálního informačního systému**. Analýza poukázala také na problematiku využití výkonů pro kalkulační vzorce hodnotících nákladovost služeb či jejich efektivnosti resp. jejich provázanost na výpočet dotací, kdy je toto praxí velmi kritizováno vzhledem k nejednotnému vykazování výkonů službami, či nemožnosti adekvátního porovnání náročnosti klientů.

Použité zdroje

- HAUK, RADOVAN. (2015) *Výkaznictví sociálních služeb – 1. hodnotící zpráva projektu Podpora procesů v sociálních službách*. Ministerstvo práce a sociálních věcí, Praha. Dostupné z: http://www.podporaprocesu.cz/wp-content/uploads/2013/01/Výkaznictví-sociálních-sluzeb-1_hodnotící-zpráva.pdf.
- HAUK, RADOVAN. (2015) *Výkaznictví sociálních služeb – druhá hodnotící zpráva projektu Podpora procesů v sociálních službách*. Ministerstvo práce a sociálních věcí, Praha. Dostupné z: http://www.podporaprocesu.cz/wp-content/uploads/2013/01/Výkaznictví-sociálních-sluzeb-2_hodnotící-zpráva.pdf.
- LIBRA, JIŘÍ A KOL. (2015) *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (Standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče)*. [Schváleno Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky dne 03. 03. 2015.] Dostupné z: http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/Standardy_odborne_zpusobilosti_uprava_zari_2015.pdf.
- MHMP (MAGISTRÁT HLAVNÍHO MĚSTA PRAHY, ODBOR ZDRAVOTNICTVÍ, SOCIÁLNÍ PÉČE A PREVENCE). (2014) *Vymezení a upřesnění základních pojmů HMP v sociálních službách pro rok 2014–2015*. Dostupné z: http://socialni.praha.eu/jnp/cz/komunitni_planovani/aktualne_v_oblasti_planovani_soc_sluzeb/index.html.
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Registr poskytovatelů sociálních služeb – údaje o registrovaných službách*. [On line. Stav k 30. 11. 2017.] Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do;jsessionid=6477C352E07F3C8DB610F5E90EB9D93C.node1?SUBSESSION_ID=1528715040652_1.
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Vyhláška č. 505/2006 Sb., ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádí Zákon o sociálních službách*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Vyhláška č. 134/1998 Sb., ze dne 2. června 1998, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1998-134>.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI. (2016) *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015*. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/assets/urad-vlady/vydavatelstvi/vydane-publikace/Vyrocní-zprava-o-stavu-ve-vecích-drog-v-Ceske-republice-v-roce-2015.pdf>.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI. (2017) *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016*. Dostupné z: http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/vyrocní-zpravy/VZ_2016_drogova_situace_v_CR.pdf.
- NECHANSKÁ, BLANKA; MRVČÍK, VIKTOR; POPOV, PETR. (2015) Máme se bát Národního registru léčby uživatelů drog? *Česká a slovenská psychiatrie*, 2015; 111(3): 117-118. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2015_3_117_118.pdf.
- RICHTER, JIŘÍ. (2016) *Analýza podmínek vybraných dotačních řízení pro zajištění služeb v oblasti protidrogové politiky*. [Interní sdělení.] A.N.O. Mgr. Jiří Richter 2016.
- ÚŘAD VLÁDY. SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY. (2015) *Seznam a definice výkonů v drogových službách, revize 1. 1*. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/navykovelatky/metodika/seznam-a-definice-vykonu-drogovych-sluzeb/>.
- ÚŘAD VLÁDY. SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY. (2017) *Průběžná a Závěrečná zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v r. 2016*.

ÚŘAD VLÁDY. SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY. (2018) *Seznam udělených certifikátů*. [Seznam držitelů certifikátů odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby.] Dostupné z: http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/Seznam_drzitelu_certifikatu_odborne_zpusobilosti_duben_2018.pdf.

VAVRINČIKOVÁ, LENKA; LIBRA JIŘÍ; MIOVSKÝ, MICHAL A KOL. (2013) *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*. [Verze 4.7, Schváleno výborem Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP dne 06. 02. 2013.] Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/172/4383/Koncepce-site-specializovanych-adiktologickych-sluzeb-v-Ceske-republice>.

Seznam obrázků

Obrázek 1 Porovnání adiktologických, zdravotních a sociálních výkonů	57
---	----

Seznam grafů

Graf 1 Používané informační systémy	5
Graf 2 Klientská agenda v používaných IS	7
Graf 3 Provozní výstupy	9
Graf 4 Výstupy pro RVKPP	10
Graf 5 Výstupy pro MPSV	15
Graf 6 Graf ukazující zastoupení výstupů pro kraje v jednotlivých IS	23
Graf 7 Výstupy pro kraje	24

Seznam tabulek

Tabulka 1 Tabulka RVKPP č. 4 – Tabulka klienti (vyplňují všechny služby kromě programů primární prevence)	11
Tabulka 2 Tabulka RVKPP č. 5 – Tabulka výkony (vyplňují všechny služby kromě programů primární prevence)	12
Tabulka 3 Tabulka RVKPP č. 2 – Tabulka výkonů realizovaných s klienty – osobami / případně v jejich prospěch. (Tabulka výkonů primární prevence – ostatní typy primární prevence mají tabulky obdobné.)	14
Tabulka 4 Závěrečná zpráva pro Ministerstvo zdravotnictví – klienti	18
Tabulka 5 Závěrečná zpráva pro Ministerstvo zdravotnictví – výkony	19
Tabulka 6 Výstup pro MŠMT: Výkonová tabulka č. 1. Sumarizace výkonů, je prakticky stejná jako pro RVKPP. Jen jsou zde pouze vybrané výkony.	21
Tabulka 7 Výstup pro MŠMT: Tabulka č. 2. Je zcela specifická a vyplňuje se pro každou třídu zvlášť – tzv. karta školy	22
Tabulka 8 Tabulka pro účely dotačního řízení pro Jihomoravský kraj	25
Tabulka 9 Porovnání typů služeb dle jejich modalit napříč rezorty	34

Zkratky

GDPR	Obecné nařízení o ochraně osobních údajů (angl. General Data Protection Regulation)
HMP	Hlavní město Praha
ICT	Informační a komunikační technologie (angl. Information and Communication Technologies)
IS	informační systém(y)
IT	informační technologie
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
MS	Ministerstvo spravedlnosti ČR
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR
MV	Ministerstvo vnitra ČR
MZ	Ministerstvo zdravotnictví ČR
NL	návykové látky
NRLUD	Národní registr léčby uživatelů drog
NRPZS	Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb
NZDM	nízkoprahové zařízení pro děti a mládež
PC	osobní počítač (personal computer)
RVKPP	Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky
SOZ RVKPP	Standardy odborné způsobilosti Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
ZP	zdravotní pojišťovna



Příloha

Informační systémy pro výkaznictví

Formulář slouží k analýze současného stavu výkaznictví v drogových službách. Konkrétně zkoumá používané systémy v jednotlivých organizacích. Výstupy z analýzy budou sloužit k návrhu změn a opatření, které budou mít za cíl současný stav sjednotit, zoptimalizovat a zjednodušit tak celý systém výkaznictví. Shromážděná data nebudou použita k žádným dalším účelům, než výše jmenovaným. Děkujeme za Váš čas!

PS: Pokud nerozumíte některým technickým dotazům, není třeba je vyplňovat - budeme-li znát název systému, technické specifikace si dojdeme.

***Povinné pole**



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

1. Název zařízení / organizace

Údaj není povinný

2. Typ služby - služeb *

Pokud poskytujete více typů služeb a po každé používáte jiný systém, prosím, vyplňte formulář pro každou službu zvlášť.

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- ☐ Ambulantní doléčovací programy
- ☐ Ambulantní léčba a Stacionární program
- ☐ Detoxifikace (ústavní)
- ☐ Drogové služby ve vězení
- ☐ Kontaktní a poradenské služby
- ☐ Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba
- ☐ Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež
- ☐ Primární prevence
- ☐ Rezidentní péče v terapeutických komunitách
- ☐ Substituční léčba
- ☐ Terénní programy

3. Primární informační systém: **Označte jen jednu elipsu.*

- ☐ Boris
- ☐ 5IS
- ☐ UniData
- ☐ UniData Lite
- ☐ Jiné: _____

4. Sekundární informační systém(y):

Všechny další systémy, které se k výkaznictví využívají. Včetně Excelu a tabulek na papíru s krátkým popisem, k čemu jsou využívány.

Jaké moduly systém obsahuje bez ohledu na to, jaké jsou používány.

Strukturované otázky a odpovědi s velkou pravděpodobností nepokryjí všechny varianty a specifika. Použijte proto, prosíme, sekci poznámek pod otázkami.

5. Systém obsahuje následující moduly*Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- ☐ Agregované zápisy
- ☐ Karta klienta
- ☐ Výkony - včetně možnosti zápisu dokumentace práce s klientem
- ☐ Výkony - pouze evidence výkonů bez možnosti dokumentace práce s klientem
- ☐ Incomové tabulky
- ☐ Anamnestické listy

6. Organizační / interní výstupy - kolik procent pokrývají

Organizační výstupy jsou výstupy sloužící pro vnitřní potřeby organizace. Interní statistiky a přehledy. Napište odhadované procentuální pokrytí vašich potřeb, které vám používaný primární systém zprostředkovává.

7. Výstupy pro donory - RVKPP **Označte jen jednu elipsu.*

- ☐ úplné včetně přímého exportu - xls, xml, pdf...
- ☐ úplné s nutností přepisu do formulářů donora
- ☐ kombinace obou úplných
- ☐ částečné - je nutno přepočítávat a dopočítávat, ale veškerá data jsou v systému
- ☐ částečné - je nutno přibírat zdroje z jiných systémů
- ☐ žádné
- ☐ nevím - nepoužívá se

8. Jsou výstupy pro RVKPP přepočívány na jednotku výkonu? *

Definice výkonů uvádí tzv. časovou dotaci. Počty výkonů pro potřeby závěrečných a průběžných zpráv pro RVKPP vyžadují přepočet na tuto časovou jednotku výkonu. Uved'te, zdali ho váš systém používá.

Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Ano
- ☐ Ne
- ☐ Nevím

9. Výstupy pro donory - MPSV - okSlužby *

Označte jen jednu elipsu.

- ☐ úplně včetně přímého exportu - xls, xml, pdf...
- ☐ úplně s nutností přepisu do formulářů donora
- ☐ kombinace obou úplných
- ☐ částečné - je nutno přepočítávat a dopočítávat, ale veškerá data jsou v systému
- ☐ částečné - je nutno přibírat zdroje z jiných systémů
- ☐ žádné
- ☐ nevím - nepoužívá se

10. Výstupy pro donory - MPSV - registr poskytovatelů služeb *

Označte jen jednu elipsu.

- ☐ úplně včetně přímého exportu - xls, xml, pdf...
- ☐ úplně s nutností přepisu do formulářů donora
- ☐ kombinace obou úplných
- ☐ částečné - je nutno přepočítávat a dopočítávat, ale veškerá data jsou v systému
- ☐ částečné - je nutno přibírat zdroje z jiných systémů
- ☐ žádné
- ☐ nevím - nepoužívá se

11. Výstupy pro donory - MZ - NRLUD *

Označte jen jednu elipsu.

- ☐ úplně včetně přímého exportu - xls, xml, pdf...
- ☐ úplně s nutností přepisu do formulářů donora
- ☐ kombinace obou úplných
- ☐ částečné - je nutno přepočítávat a dopočítávat, ale veškerá data jsou v systému
- ☐ částečné - je nutno přibírat zdroje z jiných systémů
- ☐ žádné
- ☐ nevím - nepoužívá se

12. Výstupy pro donory - MZ - národní registr poskytovatelů zdravotních služeb **Označte jen jednu elipsu.*

- ☐ úplné včetně přímého exportu - xls, xml, pdf...
- ☐ úplné s nutností přepisu do formulářů donora
- ☐ kombinace obou úplných
- ☐ částečné - je nutno přepočítávat a dopočítávat, ale veškerá data jsou v systému
- ☐ částečné - je nutno přibírat zdroje z jiných systémů
- ☐ žádné
- ☐ nevím - nepoužívá se

13. Výstupy pro donory - MZ - podklady pro průběžné a závěrečné zprávy **Označte jen jednu elipsu.*

- ☐ úplné včetně přímého exportu - xls, xml, pdf...
- ☐ úplné s nutností přepisu do formulářů donora
- ☐ kombinace obou úplných
- ☐ částečné - je nutno přepočítávat a dopočítávat, ale veškerá data jsou v systému
- ☐ částečné - je nutno přibírat zdroje z jiných systémů
- ☐ žádné
- ☐ nevím - nepoužívá se

14. Výstupy pro donory - MŠMT - podklady pro průběžné a závěrečné zprávy **Označte jen jednu elipsu.*

- ☐ úplné včetně přímého exportu - xls, xml, pdf...
- ☐ úplné s nutností přepisu do formulářů donora
- ☐ kombinace obou úplných
- ☐ částečné - je nutno přepočítávat a dopočítávat, ale veškerá data jsou v systému
- ☐ částečné - je nutno přibírat zdroje z jiných systémů
- ☐ žádné
- ☐ nevím - nepoužívá se

15. Výstupy pro donory - Kraje **Označte jen jednu elipsu.*

- ☐ úplné včetně přímého exportu - xls, xml, pdf...
- ☐ úplné s nutností přepisu do formulářů donora
- ☐ kombinace obou úplných
- ☐ částečné - je nutno přepočítávat a dopočítávat, ale veškerá data jsou v systému
- ☐ částečné - je nutno přibírat zdroje z jiných systémů
- ☐ žádné
- ☐ nevím - nepoužívá se

16. Výstupy pro donory - Města, Obce **Označte jen jednu elipsu.*

- ☐ úplné včetně přímého exportu - xls, xml, pdf...
- ☐ úplné s nutností přepisu do formulářů donora
- ☐ kombinace obou úplných
- ☐ částečné - je nutno přepočítávat a dopočítávat, ale veškerá data jsou v systému
- ☐ částečné - je nutno přibírat zdroje z jiných systémů
- ☐ žádné
- ☐ nevím - nepoužívá se

17. Místo pro vaše poznámky a doplňující údaje k modulům a výstupům

Bezpečnost a práce s daty - webová aplikace - online

Tuto část vyplňte pouze v případě, kdy je vámi používaný systém využíván přes internet. Většinou se v tomto případě jedná o webovou aplikaci, ale nemusí to tak být vždy.

18. Kam jsou data ukládána (poskytovatel hostingu, vlastní server atd.)

19. Jak jsou data zabezpečena?

20. Jak jsou data zálohována?

21. Zabezpečení SSL - pokud se jedná o webovou aplikaci*Označte jen jednu elipsu.*☐ Ano☐ Ne**Bezpečnost a práce s daty - aplikace je offline - data zůstávají u poskytovatele služby**

Tuto část vyplňte pouze tehdy, používáte-li tzv. off-line systém. Off-line aplikace je aplikace, kdy je aplikace nainstalovaná na počítače poskytovatele a data zůstávají uvnitř organizace. Typickým příkladem jsou UniData.

22. Jak jsou data uchovávána?

23. Jak jsou zálohována?

24. Jak jsou zabezpečena?

Bezpečnost a práce s daty - jaká data jsou v aplikaci uložena?

Tato část se již týká obou typů aplikací. Off-line i on-line.

25. Kompletní klientská data, včetně dokumentace a zápisů ze služeb*Označte jen jednu elipsu.*☐ Ano☐ Ne

26. Incomové tabulky a výkony klientů*Označte jen jednu elipsu.*

- ☐ Ano
- ☐ Ne

27. Pouze výkony klientů*Označte jen jednu elipsu.*

- ☐ Ano
- ☐ Ne

28. Klient je - není - ukládán pouze pod kódem (bez skutečného jména)*Označte jen jednu elipsu.*

- ☐ Ano - pouze pod kódem
- ☐ Ne - je ukládán včetně jména

29. Pouze agregovaná data*Označte jen jednu elipsu.*

- ☐ Ano
- ☐ Ne

Podpora a rozvoj aplikace

Pro přesný popis využijte mimo strukturovaných dat i poznámky pod otázkami.

30. Způsob podpory aplikace*Označte jen jednu elipsu.*

- ☐ Není
- ☐ Pouze online nebo offline dokumentace a nápověda
- ☐ Pouze řešení zásadních problémů
- ☐ Přímá podpora včetně metodické

31. Způsob rozvoje aplikace*Označte jen jednu elipsu.*

- ☐ Aplikace se nerozvíjí
- ☐ Aplikace se rozvíjí pouze v kritických bodech
- ☐ Aplikace se průběžně rozvíjí a reaguje na podněty uživatelů

32. Poznámky k rozvoji a podpoře

Doplňující poznámky, návrhy, nápady, hodnocení atd.

33. Máte nějaké další poznámky k systému, který využíváte?

Používá technologii

