



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

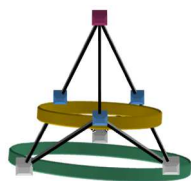
ANALÝZA

**Analýza obecných organizačně ekonomických a právních parametrů stávajícího
stavu řízení krajských sítí péče o lidi s duševním onemocněním**

a

**Variantní popis možných cílových stavů a kritických bodů předpokládaných
organizačně právních postupů pro jejich dosažení**

Praha 2018



Conus, s.r.o.



REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ
Strategie reformy psychiatrické péče

OBSAH

I.	Zadání, východiska, metodika a obsah analýzy	4
A.	Zadání Analýzy	4
B.	Východiska Analýzy	4
C.	Metodika a obsah Analýzy	7
II.	Analýza obecných organizačně ekonomických a právních parametrů stávajícího stavu řízení péče o lidi s duševním onemocněním	9
A.	Obecná zjištění	9
B.	Finanční rámec	12
Ba.	Financování zdravotní péče	13
Bb.	Financování sociálních služeb	14
Bc.	Finanční flexibilita a efektivita	15
Bd.	Shrnutí klíčových problémů stávajícího finančního rámce:	16
C.	Realizační rámec	16
Ca.	Institucionální struktury a vztahy	16
Cb.	Lidské zdroje, nehmotné statky a činnosti	20
Cc.	Hmotný majetek	21
Cd.	Řízení stávajících sítí	22
Ce.	Shrnutí klíčových problémů stávajícího realizačního rámce:	23
D.	Právní rámec	24
Da.	Normy pevné	25
Db.	Normy odolné	25
Dc.	Normy živé	25
Dd.	Normy žádoucí	26
DE.	Shrnutí klíčových problémů stávajícího realizačního rámce:	27
III.	Formulování variantního popisu možných cílových stavů reformy a návrhy základních PRINCIPŮ pro jejich nastolení	29
E.	Funkcionality cílového modelu	29
Ea.	Zadávání služeb	30
Eb.	poskytování služeb	31
F.	Vlastnosti a parametry cílového modelu	32
Fa.	Organizace	34
Fb.	Finanční zabezpečení	39
Fc.	Personální zabezpečení, vzdělávání	42
Fd.	Řízení, plánování	43
IV.	Kritické body a milníky předpokládaných organizačně právních postupů reformy	45
V.	Shrnutí pozitiv a negativ možných cílových stavů a k nim směřujících procesů, doporučení	46

Přílohy za textem:

A. Porovnání základních vztahů současného a cílového stavu	48
B. Porovnání organizační struktury Agentury S a Agentury R	49
C. Finanční toky a řídicí schéma sítě v modelu sítě SARTR (Agentura S – Trust R)	50
D. Finanční toky a řídicí schéma v modelu sítě RASTR (Agentura R – Trust S)	51

Samostatné přílohy:

- 1. Cíle reformy psychiatrie formulované v základních dokumentech mezinárodní a národní platnosti**
- 2. Zápisy ze společných jednání odborných týmů zadavatele a zpracovatele**
 - 2A: Zápis z 29. 8. 2018
 - 2B: Zápis z 18. 9. 2018
 - 2C: Zápis z 12. 10. 2018
 - 2D: Zápis z 21. 11. 2018
- 3. Presentace zprávy *ppt**
- 4. Informace, poskytnutá anonymizovanému žadateli Ministerstvem zdravotnictví**
- 5. Přehled právních předpisů ovlivňujících koncipování a provádění reformy**

I. ZADÁNÍ, VÝCHODISKA, METODIKA A OBSAH ANALÝZY

A. Zadání Analýzy

1. Ministerstvo zdravotnictví ČR (dále jen „MZdČR“) realizuje v rámci Evropského sociálního fondu – operační program Zaměstnanost, projekt *Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné* (dále jen „projekt“).

Pro potřeby rozhodnutí o dalším postupu, která před stojí řídícím týmem projektu (dále jako „objednatel“), zadalo MZd ČR u společnosti Conus, s.r.o. (dále jen „zpracovatel“) vypracování „Analýzy obecných organizačně ekonomických a právních parametrů stávajícího stavu řízení krajských sítí péče o lidi s duševním onemocněním a formulování variantního popisu možných cílových stavů a kritických bodů předpokládaných organizačně právních postupů pro jejich dosažení“ (dále jen „Analýza“).

2. Hned v úvodu je třeba poznamenat, že zadání analýzy „stávajícího stavu řízení krajských sítí péče o lidi s duševním onemocněním“ je eufemisticky řečeno nadnesené. Zpracovatel již při shromažďování podkladů neidentifikoval ani fakticky, ani právně žádné struktury, které by mohly být označeny jako krajské sítě péče o lidi s duševním onemocněním, natož aby mohl analyzovat parametry jejich řízení. Jak bude v Analýze popsáno podrobněji, na úrovni krajů existují sítě pro poskytování sociální péče, ale bez toho, aby z nich bylo možno vypreparovat nějakou strukturu poskytovatelů služeb pro duševně nemocné jako autonomně říditelný celek. Vedle toho existují specifická zdravotní zařízení pro psychiatrické pacienty, která jsou řízena individuálně a žádné sítě nevytvářejí. Jedinou entitou, která by do jisté míry splňovala parametry synchronně řízené sítě, jsou experimentálně zřizovaná Centra duševního zdraví, ta ale jsou koncipována jako smluvně zřízená nízkoprahová dostupná zařízení a nemají výlučně krajskou působnost.

B. Východiska Analýzy

3. Zpracovatel nepředpokládá, že by takto nepřesné zadání bylo záměrné - ledaže by se jednalo o nějaký vstupní test jeho pozornosti či kompetentnosti. Formulace zadání bezpochyby směřuje k vizi do budoucna, k níž je vztažena druhá, pro futuro syntetická část objednané studie. V první analytické části objednatel zjevně požaduje popis organizačně ekonomických a právních parametrů aktuálního stavu v obecném smyslu, tj. stavu péče o duševně nemocné tak jak existuje, bez ohledu na to, že se fakticky nejedná o soustavu krajských sítí v tom slova smyslu.

Takto celou Analýzu koncipujeme a vycházíme při tom z těchto východisek:

- i. Projekt je součástí *Reformy psychiatrické péče* (dále jen „reforma“), která je v České republice předmětem úvah odborné veřejnosti a odborně-politických kruhů již od konce minulého století. Po asi dvacetiletém decentralizovaném a nekoordinovaném, místy (ne vždy) překvapivě úspěšném experimentování, právě v roce 2000 (symbolicky) zakotvila Psychiatrická společnost ČLS JEP do svého programu jako hlavní záměr v oblasti duševního zdraví deinstitucionalizaci psychiatrické péče s následným propojením do sítě komunitních služeb.
- ii. Šlo o proces probíhající v mezinárodním kontextu, a programový záměr PS ČLS JEP nevznikl bez inspirace v zahraničních vzorech. Lékařské kruhy jsou přinejmenším v posledním čtvrtstoletí nuceny reagovat na naléhavou společenskou potřebu zvrátit trend, kdy se ze všech zdravotních defektů populace ve vyspělých zemích celého světa stávají největší společensko-ekonomickou zátěží právě duševní choroby.
- iii. V následujících dvou desetiletích pak bylo na základě odborně-politických úvah sestaveno a formálně schváleno několik strategických dokumentů a nezpochybňovaných analytických podkladů. Na ně pak navázaly (v zahraničí i v České republice) více či méně systematické pokusy o jejich praktické naplnění.

- iv. Tato Analýza proto svým obsahem není a nemá být vnímána jako dokument vstupní, mapující neznámý terén a vytyčující rámcové cíle. Některé z existujících dokumentů je dokonce nutno považovat za závazné – buď proto, že jde o oficiální podklady, předurčující další působení veřejné moci v dané oblasti, nebo proto, že obsahově vymezují projekt, k jehož naplnění je tato Analýza zpracovávána a financována.
 - v. Záměrem objednatele Analýzy ani jejího zpracovatele není reprodukování, revize, či oponentura již odvedené práce. Smyslem Analýzy je vyhodnocení stávajících podkladů v kontextu zpětné vazby, vyvolané názorovou interakcí mezi skupinou psychiatrických odborníků, činných v projektovém týmu objednatele, a týmem nezávislých odborníků v oblasti ekonomiky, práva a projektového řízení, přizvaných zpracovatelem Analýzy. Objednatel požaduje, a zpracovatel se v Analýze pokouší, posunout potřebu exekutivní veřejné moci reagovat na společensko-politickou objednávku, volající po modernizaci péči o duševně nemocné, od akademických úvah k praktickým krokům.
 - vi. Prostředky, věnované objednatelem na zpracování této Analýzy nejsou vysoké. Je to úspornost legitimní a účelná nejen z pohledu povinnosti k obecné hospodárnosti s veřejnými prostředky. V dané fázi rozpracovanosti problematiky je zdravě minimalistický přístup nezbytný pro koncentraci zpracovatele a spolupracujících osob na základní otázky, které jsou pro stanovení stěžejních postupů do budoucna a eliminaci základních rizik se zamýšlenou reformou spojených klíčové. Praktické řešení problémů z nich vyplývající bude předmětem dalších etap reformy, které snad naleznou v této analýze oporu.
 - vii. objednatel a zpracovatel jsou ve shodě, že v tomto smyslu se má zadaná Analýza především stát východiskem pro optimalizaci dalšího naplňování reformních záměrů - od načrtnutí architektury cílového reformovaného stavu (viz též odst. 7.), přes vytvoření potřebného právního rámce, až po postupně praktické realizační a logistické kroky, jejich načasování a obsahové zabezpečení.
4. Za podklady, které je nutno od počátku analytických prací brát v úvahu imperativně, považují zpracovatelé zejména:
- i. *Rada ministrů EU - Deklarace o duševním zdraví pro Evropu – EUR/04/5047810/6 (14. ledna 2005) a navazující Akční plán duševního zdraví pro Evropu*
 - ii. *MZdČR - Strategie reformy psychiatrické péče, verze 1.0 (8. 10. 2013)*
 - iii. *Vláda ČR - Národní strategie zdraví 2020 (srpen 2015), v jejím rámci MZdČR: Akční plán č. 3 - Duševní zdraví*

Závazné je dále z pohledu objednatele i zpracovatele formální vymezení projektu, v jehož rámci je tato Analýza, jako jedna za aktivit, zpracována:

- iv. *EU – ESF, OP Zaměstnanost - Zadávací podmínky projektu Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné*

Konečně, jak vyplývá z následujících kapitol Analýzy, je s péčí o duševně nemocné neoddělitelně spjata oblast sociálních služeb. Zahrnutí Národní strategie rozvoje sociálních služeb, schválené vládou pro MPSV, mezi východiska této Analýzy, se jeví nezbytné. Při jejím studiu ze zorného úhlu psychiatrické reformy je nápadné, kolik principů, cílů a navrhovaných opatření lze, navzdory jiné resortní příslušnosti, uplatnit v doslovném znění i pro deinstitutionalizaci péče o duševně nemocné:

- v. *MPSV - Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016 – 2025 (usnesení vlády ČR č. 245 ze dne 21. 3. 2016)*

5. Imperativní podklady dle odstavce 4. obsahují více či méně podrobná hodnocení stávajícího stavu (inspirativní je zejména Akční plán č. 3 Národní strategie), a jsou v nich různým způsobem formulovány vícečetné koncepty cílů probíhajících či požadovaných reforem. Některé z nich bezprostředně, další pak v souvislostech zobecňují funkční parametry cílového stavu, k němuž víceméně shodně směřují reformní úvahy národní i mezinárodní. Jejich obsah rekapitulujeme z oficiálních českých znění dokumentů v příloze č. 1.
6. Nelze přehlédnout společnou a zastřešující myšlenkou veškerého reformního úsilí. Napříč shrnutími cílů několika strategických dokumentů vyčnívá snaha o funkční garanci naplnění základních lidských práv psychiatrických pacientů v maximální pro ně možné míře. Pod tímto lidskoprávním zastřešením z dosavadních oficiálních verzí sumarizujeme, zjednodušujeme a sjednocujeme vlastní pracovní formulaci podstatných globálních cílů reformy, jejichž optikou poměřujeme analytické výstupy a syntetické postupy, dokládané, hodnocené a navržené v dalších kapitolách:
- i. **Zvýšit a udržitelně zajistit kvalitu života osobám, postiženým současně zdravotním omezením a ztíženou sociální situací v důsledku duševního onemocnění, tak, aby v maximální možné míře odpovídala standardům lidských a základních občanských práv, k jejichž dodržování je Česká republika vázána svým ústavním pořádkem a mezinárodními závazky.**
 - ii. **Minimalizovat negativní individuální a společenské dopady narůstajícího ohrožení populace poruchami duševního zdraví.**
7. Ve vztahu k zadání Analýzy pak respektujeme základní koncepci reformy. Souhrnnou interpretací vstupních dokumentů (odst. 3.) si dovoluujeme předpokládat, že reforma předpokládá dosažení globálních cílů mj. dosažením těchto dílčích cílů, provázaných v ucelený systém:
- i. **Minimalizací dlouhodobé lůžkové péče a zajištěním přechodu významné části dosud hospitalizovaných pacientů do komunitních forem péče, poskytované v síti efektivně propojených poskytovatelů vzájemně navazujících zdravotních a sociálních služeb, působících v logisticky dobře obsluhovatelných územích přiměřené velikosti**
 - ii. **Stanovením dlouhodobě udržitelného financování celého systému a motivujícího způsobu úhrady za péči**
 - iii. **Adekvátním personálním zajištěním pečovatelských činností**
 - iv. **Řízením systému na základě zjišťování a uspokojování potřeb pacientů s důrazem na prevenci**
 - v. **Nastavením metod sledování a hodnocení kvality poskytovaných služeb, a zavedením mechanismů zpětné vazby pro zvyšování jejich účinnosti**
8. Z povahy věci a z informací v mezinárodním kontextu je zřejmé, že stávající český systém péče o duševně nemocné dosažení těchto cílů systémově brání. To ale není stav alarmující. Podle všech informací dosud nebyl v celosvětovém měřítku ověřen žádný optimální organizačně ekonomický model, který by mohl současný stav přímou cestou nahradit. I při respektování základního požadavku zdravotní služby deinstitutionalizovat, tzn. redukovat lůžkovou péči a podporovat život pacientů v přirozeném prostředí, na čemž se mezinárodní odborná veřejnost většinou shoduje a získává k tomu politickou podporu, jsou možné různé cílové varianty uspořádání vztahů mezi veřejnou mocí v pozici zadavatele, poskytovateli služeb spolu s jejich ekonomickým zázemím, a uživateli služeb, a různé cesty, jak ke každé z nich dospět. Každá z variant má svá úskalí. Krátkou rozvahu k této problematice předkládáme v kapitole V. této Analýzy.

9. V průběhu dosavadní přípravy reformy byly dále s externí asistencí zpracovány podrobné analytické podklady a organizovány týmové studie. Zpracovatelé respektují kvalitu těchto podkladů a dále vycházejí zejména z těchto:
- i. Analýza současného stavu financování psychiatrické péče (podkladová analýza v rámci projektu „Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné“), verze 1.0, MZdČR 2018 (+ VZP)
 - ii. Expertní platforma MERRPS – presentace k 1. setkání 28. 2. 2017 a zápis z 11. setkání 27. 3. 2018
 - iii. Analýza stávající úpravy systému péče o duševní zdraví v ČR – pro MZdČR zpracovala Z klub s.r.o. (JUDr. Karel Zuska) 2018
10. Za povšimnutí stojí, že další dílčí situační analýzy a strategické podklady byly, bez podstatnější koordinace, zpracovávány v samostatné působnosti územních samospráv a / nebo v souvislosti s autonomní činností nevládních organizací, v obou případech většinou s přispěním fondů Evropské Unie (např. *Situační analýza stavu péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje 2010*, nebo výstupy projektu *Veřejné zdraví – Lidská práva a péče o duševní zdraví v České republice*, realizovaného v roce 2005 Centrem pro rozvoj duševního zdraví v hlavním městě Praha). Existují rovněž akademické práce Ústavu zdravotnické informatiky a statistiky ČR a Centra pro sociální a ekonomické strategie FSV UK v Praze. Tyto podklady jsou bezpochyby inspirativní, jejich podrobnějším studiem se ale zpracovatel z kapacitních důvodů podrobně nezabýval. Vycházíme z toho, že jejich validní závěry bezpochyby byly potřebným způsobem reflektovány již ve strategii reformy a v navazujících analýzách, pořizovaných v režii objednatele v národním měřítku.

C. Metodika a obsah Analýzy

11. Z analytických podkladů dle odstavce 7. byla zpracovatelem čerpána podstatná část vstupních údajů pro první část Analýzy, zaměřenou na *obecné organizačně ekonomické a právní parametry stávajícího stavu řízení krajských sítí péče*. Podklady byly shromážděny, filtrovány, revidovány a nikoli nepodstatně doplněny v řízených diskusích týmu zpracovatele s odborným týmem, který za tím účelem delegoval objednatel. Kompletace podkladů a jejich následné analytické souhrny byly provedeny ve třech tematických rámcových blocích. Výsledek předkládáme v kapitole II. (Shrnutí diskusní části filtrace a kompletace, včetně podrobnějšího strukturování jednotlivých rámcových oblastí, jsou zaznamenány v zápisech z jednání pracovního týmu – viz přílohy č. 2.A, 2.B, 2.C, 2D. Některé výraznější závěry byly zaznamenány též ve formě presentace, založené jako příloha č. 3).
- i. Finanční rámec (náklady péče, finanční zdroje, finanční plánování, efektivita a flexibilita finančních toků)
 - ii. Realizační rámec (institucionální struktury, lidské zdroje, nemotné statky a činnosti, hmotné statky – nemovitosti, movitý materiál)
 - iii. Právní rámec (pro financování, pro poskytování služeb, pro civilně právní a veřejnoprávní souvislosti a pro ukotvení problematiky v ústavním pořádku).
12. Ve výstupech k jednotlivým rámcovým blokům jsou v následující kapitole II. akcentovány ty aspekty současného stavu, které, dle předchozích analytických podkladů a diskusních závěrů zpracovatelského a odborného týmu, nejsou v souladu s cíli reformy. Jejich zakonzervování by provedení reformy fakticky znemožnilo, víceméně bez ohledu na to, jaký cílový stav finančního, realizačního a právního rámce si z možných variant objednatel pro další postup zvolí.

13. Při úvahách o obsahu a způsobu nápravy těchto regresivních aspektů současného stavu je od počátku nezbytné brát v úvahu vzájemnou provázanost všech tří rámcových skupin, tzn., posuzovat vzájemnou podmíněnost potřebných změn vždy alespoň ve dvou oblastech - v ekonomickém + právním rámci, v realizačním + právním rámci a v realizačním + ekonomickém rámci.

14. Pro popis variant cílového stavu, nastíněných v kapitole III., se orientujeme na čtyři komponenty:

14.1. Účelná a přiměřená organizovanost systému

14.2. Dostatečné a efektivně využitě ekonomické zabezpečení systému

14.3. Dostatečně kvalitní a kvalifikačně úplné personální naplnění systému.

14.4. Efektivní nástroje pro řízení systému

K funkčnosti a dosažitelnosti těchto komponent se pak jeví nezbytné jejich podřazení koherentním, provázaným a přiměřeně zastřešeným změnám právního rámce.

15. Výběr cílového modelu bude bezpochyby otázkou výsostně politického rozhodnutí. Tato analýza poskytuje objednateli základní obraz budoucích možností, avšak jako podklad pro definitivní rozhodnutí zřejmě nepostačí. Za podstatné kritérium, které by měl objednatel vzít v úvahu při závazné volbě cílového modelu, považuje zpracovatel transformační náklady jednotlivých variant (v širším smyslu, nikoli jen striktně ekonomickém). K jejich odhadnutí bude zřejmě nutno provést podrobnější komparativní analýzy, vyžadující zpracování mnohem objemnějších souborů informací, a mnohem větší odborné a časové kapacity, než zde má k dispozici zpracovatel. Nezbytná k tomu bude i širší součinnost stávajících poskytovatelů péče a nositelů veřejnoprávních rozhodovacích pravomocí. Vhodné se může ukázat modelování deinstitucionalizace formou pilotních projektů, realizovaných na úrovni krajů či spádových oblastí stávajících nemocnic.

16. Při rozhodování o volbě cílového modelu bude vhodné vzít v úvahu i skutečnost, že dílčí reformní deinstitucionalizační procesy již nějakou dobu probíhají spontánně na lokálních úrovních. Celková reforma by měla být koncipována tak, aby neohrozila pozitivní výsledky již odvedené práce.

17. V závěru jednotlivých částí následující analytické kapitoly II. shrnujeme ke každému tématu zjištění, která považujeme za závažná úskalí pro reformní proces, a k jejich překonání stručně formulujeme úkoly pro realizátory reformy. Tyto úkoly mají ve vztahu k reformě všeobecný rozměr. V naší analýze je v části IV. selektivně reinterpretujeme pro postupy směřující k vytvoření funkčních krajských sítí péče tak, jak byla Analýza zadána (resp., jak bylo ve smyslu odstavce 1. zpracovatelem Analýzy z jejího zadání pochopeno).

II. ANALÝZA OBECNÝCH ORGANIZAČNĚ EKONOMICKÝCH A PRÁVNÍCH PARAMETRŮ STÁVAJÍCÍHO STAVU ŘÍZENÍ PÉČE O LIDI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

A. Obecná zjištění

18. V této kapitole shrnujeme základní fakta, podstatná pro úvahy o možných cílových stavech a postupech k jejich dosažení. Zpracovatel neprováděl vlastní šetření, analýza vychází výhradně z materiálů, poskytnutých zadavatelem, z výsledků workshopů uskutečněných v průběhu přípravy této zprávy, a z veřejně přístupných zdrojů, jimiž si zpracovatel podklady od zadavatele na základě vlastní rešerše doplnil (viz též kapitola I., odst. 1, 2). Pro úroveň studie, koncipované jako iniciační materiál, jsou tyto podklady zcela dostatečné; další šetření terénního typu nicméně bude vhodné provést v navazujících etapách reformy.
19. Z povahy věci je nepochybné, že duševní onemocnění implicitně s sebou nese sociální znevýhodnění. Současný stav péče o psychiatrické pacienty charakterizuje obtížná slučitelnost dvou systémových skutečností. Charakter pečovatelských potřeb cílové skupiny je multidisciplinární, vyžadují průběžně péči z okruhu zdravotních i sociálních služeb (pro takto společně poskytovanou péči v následujícím textu místy pro zjednodušení používáme nepřesný pojem „veřejná péče“). Oproti tomu ale stojí oddělená nekompatibilní institucionalizace poskytovaných služeb jak ve vztahu k organizačně právním podmínkám, tak co do finančního a personálního zajištění.
20. Obecně lze duševní onemocnění axiomaticky považovat za postižení trvalé či dlouhodobé, avšak s více či méně kolísající intenzitou a charakterem průběhu. Jeví se, že více než u jiných typů osobních handicapů naráží poskytování péče osobám s duševním onemocněním na nezřetelnost hranice mezi úplně či „únosně“ kompenzovaným stavem choroby, kdy ještě je pacient schopen sociálního života v přirozeném prostředí, a excesem, k jehož kompenzaci je zapotřebí (měřeno například optikou obou globálních cílů reformy, souhrnně formulovaných v předchozí kapitole v odstavci 6.) intervence ze strany systému veřejného zdravotnictví či dokonce orgánů veřejné moci, ať už individuální nebo systémové.
21. Tato variabilita se projevuje jak staticky, tzn. v obtížnosti diagnostiky k danému okamžiku (míněno tím diagnostiky nikoli jen zdravotní, ale v širším smyslu, tzn., i co do sociálního postižení klienta a hodnocení vzájemného působení obou složek), tak v dynamickém smyslu, tj. z hlediska proměnlivosti stavu pacienta v čase. Předvídání vývoje nemoci funguje v dlouhodobějších výhledech na základě statistického zpracování dlouhodobých trendů, dokumentovaných zdravotními pojišťovnami. Na úrovni plánovacích horizontů jednotlivých poskytovatelů je nemožné.
22. Důsledkem naznačené variability je také riziko výskytu hluchých období, kdy osoba, strádající kombinací mírně zhoršeného zdravotního stavu a souběžně zhoršené sociální situace, nedosáhne ani na jednu ze složek veřejně poskytované péče (nebo mu je poskytnuta péče nedostatečná či nefunkční). U některých případů, které nejsou podchyceny ani ambulantní péčí, se může jednat o dlouhodobý stav.
23. Lze předpokládat, že v terénu se pohybuje nemalé množství potenciálních adeptů na přiměřenou péči, kteří (např. díky ekonomickému a / nebo rodinnému zázemí) nezachytí síť poskytovatelů péče sociální, a nestanou se pacienty, tzn. klienty zdravotní služby, dokud u nich nedojde k takovému zhoršení stavu, že potřeba zdravotně-sociální intervence dostane akutní, společensky nepřehlédnutelný rozměr. Může jít o zhoršení s nemalou pravděpodobností zbytečně, vzniklé právě v důsledku neposkytnutí včasné služby. Stávající systém vykazuje v tomto směru citelnou absenci nástrojů účelné prevence, počínaje nedostatkem informačních vstupů z terénu a konče nedostatkem nástrojů, jak zajistit pozitivní dopady poskytované péče na cílovou skupinu uživatelů, zejména ve vztahu ke globálnímu cíli, formulovanému výše v odstavci 6.2. předchozí kapitoly I. B.

24. Zpřístupnění existujících zdravotních a sociálních služeb pro takové nepodchycené případy duševního onemocnění souvisí s jednou z koncepčně nejobtížnějších otázek, bezprostředně souvisejících s hlavními cíli reformy:
25. Zásadním problémem se v této souvislosti jeví hledání a respektování hranice mezi právem / schopností pacienta (= občana) rozhodovat o svých záležitostech a jednat na základě vlastní vůle, a jeho možností / povinností přijmout v důsledku onemocnění při tomto rozhodování či jednání asistenci, nebo dokonce svá rozhodování a právní jednání svěřit jiné osobě. Jde o téma, jehož analytická reflexe musí opakovaně stát na začátku každé individuální intervence, tím spíše pak před zásadními systémovými kroky, týkajícími se celých skupin pacientů. Nelze přehlédnout, že většinově již samotný vstup do sítě zdravotních a sociálních služeb je předmětem svobodného rozhodnutí, a stejně tak i její opuštění. Žádným právním jednáním se člověk nemůže dobrovolně omezit na svých základních právech do budoucna.
26. Klíčovým nástrojem pro zefektivnění psychiatrie současné i reformované tedy je co možno včasná komunikace s adepty na užívání služeb a podpora jejich účelného rozhodování. K tomu mají z povahy věci větší kompetenci a příležitost poskytovatelé služeb sociálních.
27. Důsledkem neurčitosti hranice mezi kompenzovaným stavem pacienta a akutním relapsem je dále přirozená tendence veřejnoprávních autorit preferovat při plánování ekonomických a organizačních nástrojů pro poskytování zdravotních a sociálních služeb konkrétnější a uchopitelnější pohled jejich poskytovatelů před sice reálnými, ale málo předvídatelnými a nesnadno vyčíslitelnými potřebami cílové skupiny.
28. Za striktní dvoukolejnosti státem garantovaných a) zdravotních a b) sociálních služeb pro o duševně nemocné osoby naráží plánování a řízení stávajícího systému na nekompatibilitu a oboustrannou neúplnost vstupních dat o jejich příjemcích. Chybí východiska a metodické nástroje pro kvalifikované predikce, pokud jde o charakter a objem budoucích potřeb. Plánování zdrojů a nástrojů pro jejich uspokojení proto postrádá spolehlivost. To opět podporuje tendenci reagovat při finančním plánování na požadavky uplatňované, často jen mechanicky, ze strany poskytovatelů služeb, v nekompatibilní duální struktuře a vůči dvěma nepropojeným rozpočtovým systémům.
29. Pro úplnost je třeba brát v potaz třetí směr nároků, kde by se zdravotní a sociální služby mohly komplementárně potkávat, a to je vzdělávací soustava. I zde však se systém za současného stavu jeví dvoukolejně a izolovaně. Všeobecný vzdělávací systém v gesci MŠMT nenabízí žádné zvláštní kvalifikace pro služby poskytované při péči o duševní zdraví. Potřebné odbornosti vznikají až ve specializovaném resortně řízeném vzdělávání.
30. Dvoukolejnost poskytovaných služeb se projevuje nekompatibilitou organizační struktury institucí, veřejnoprávně odpovědných za jejich poskytování, nekompatibilitou finančních toků, nerovnoměrností pokrytí území republiky, nedostatečnou komunikací mezi osobami fakticky poskytujícími různé typy služeb. Všechny tyto okolnosti limitují kvalitu jejich poskytování a stojí v cestě plnění základních cílů reformy.
31. Zdravotní služby jsou poskytovány sítí státních, centrálně zřizovaných a řízených nemocnic, krajských (samosprávnými celky zřizovaných či zakládaných) nemocnic a soukromých ambulantních pracovišť, svázaných s kraji nepřímo prostřednictvím aprobačních řízení, předcházejících uzavření smlouvy s pojišťovnou.
32. Sociální služby jsou poskytovány prostřednictvím různých subjektů veřejnoprávní i soukromoprávní povahy. Jejich koordinaci částečně umožňuje povinnost komunitního plánování, strukturovaného podle územně správního členění státu, uložená zákonem o sociálních službách, která ve zdravotnictví nemá přiměřenou obdobu, a na tyto plány navazující rozpočtové toky.
33. Systém poskytování sociálních služeb je, mj. v souvislosti s navázáním na územní samosprávné celky a jejich zákonné plánovací povinnosti, ustáleně strukturován do triády zadavatel – poskytovatel – uživatel. Tento vztah je deformován okolností, že příjemcem dotačních příspěvků je v právním smyslu uživatel, ale služby mu za jeho peníze „nakupuje“ od poskytovatelů zadavatel. U zdravotních služeb v důsledku převládajících

zřizovatelských vztahů a rozpočtové provázanosti role zadavatele a poskytovatele částečně splývá jak na úrovni státu, tak, zejména, na úrovni krajů.

34. Nepřesné vztahové rozhraní zadavatel – poskytovatel se dále znepřehledňuje velkou variabilitou institucionální povahy poskytovatelů a nezapadajícím postavením zdravotních pojišťoven do principu triády. Z právního hlediska jde o jakousi obdobu soustavy poukazních a přímých vztahů, kdy se prostředky poukazatele nepřehledně rozdělují mezi poukazníka a poukázaného.
35. Z logiky věci je pro potřeby rozumného řízení procesů při poskytování péče zdravotně postiženým osobám nezbytná teritoriální struktura. Jako přirozený podklad se k tomu, i s přihlédnutím ke struktuře poskytování služeb sociálních, jeví členění státu do vyšších územních samosprávných celků, vykonávajících přenesenou působnost. Sociální služby a ambulantní zdravotní péče většinou respektují samosprávnou krajskou strukturu (nemluvě o psychiatrických odděleních ve všeobecných krajských nemocnicích) a není nesnadné tomu přizpůsobit i případné nástroje pro jejich koordinaci. Administrativní kraje, v jejichž správních obvodech je vykonávána přímá státní moc, jsou pro zdravotně sociální problematiku strukturou překonanou, až na jedno úskalí: Všeobecná zdravotní pojišťovna je organizována do pouhých šesti poboček, pokrývajících vždy území 2 – 3 samosprávných krajů. Stávající síť státních psychiatrických nemocnic nemá institucionální územní působnost vůbec a svou zvykovou spádovostí s územněsprávním členěním částečně nekoresponduje.
36. Zatímco sociální služby, financované podstatnou měrou prostřednictvím krajů, celkem legitimně působí vůči uživatelům v přirozeném teritoriálním rámci, u zdravotních služeb se o žádnou územní působnost opřít nelze – přinejmenším vzhledem k zákonem garantované svobodné volbě lékaře a zdravotnického zařízení (s výjimkou kvantitativně zanedbatelných a přísně regulovaných nucených hospitalizací). Podchycení pacientů, léčených jinde než na území kraje kde žijí, do jakékoli budoucí krajské sítě, se neobejde bez plošného informačního systému, vedeného centrálně pro celou republiku, a bez propojení teritoriálních sítí přes tento systém.
37. Struktura poskytovatelů sociálních služeb je rozdrobenější a co do právní povahy pestřejší. Více než polovinu služeb zajišťují na základě veřejné objednávky / poptávky soukromoprávní, většinou neziskové subjekty. Pokud zadavatel Analýzy požaduje mj. rozbor stavu řízení krajských sítí (viz kapitola I., odst. 1.), pak bezpochyby lze jako základní odpověď shrnout, že organizace sociálních služeb je za současného stavu takovému organizačnímu modelu blíže, až na to, že psychiatrické pacienti v systému nejsou identifikováni jako samostatný soubor uživatelů.
38. Při úvahách o systémech péče o psychiatrické pacienty a jejich změnách nelze vynechat respekt k jejich dopadům politického rozměru. Jedním z cílů reforem, deklarovaných závazně v mezinárodním měřítku, je destigmatizace duševně nemocných osob. Á contrario je tedy zřejmé, že určité stigma společenské nepohodlnosti či nebezpečnosti je (nejen v ČR) existující jev a obecně vnímaný problém. Jeho projevem je mj. pokřivené a zjednodušené společenské vnímání psychiatrických nemocnic jako zařízení, jejichž posláním je ochrana vnějšího prostředí před behaviorálními příznaky duševního onemocnění hospitalizovaných pacientů.
39. Takovému pohledu je potřeba intenzivně komunikačně čelit z principiálních důvodů vždy. Tím spíše ale za situace, kdy jsou předmětem veřejně diskutovaných úvah systémové změny, vedoucí k rozšíření kontaktu duševně nemocných se zdravou populací. Ve vztahu k negativně medializovaným excesivním případům se dosavadní veřejné reakce zadavatelů a poskytovatelů psychiatrické péče jeví spíše jako pouhá obrana stávajícího systému, než aby jich bylo (zároveň) využito k pozitivnímu objasňování prevenčního významu chystaných reformních cílů.
40. Shrnující pracovní popis aktuálního organizačně ekonomického stavu, jak vyplynul z poskytnutých a veřejně dostupných podkladů a z jejich upřesnění během uskutečněných workshopů, je v přílohách č. 2A,B,C,D. V následujících částech B., C., D. této kapitoly II. podrobněji zdůrazňujeme ty atributy stávajícího stavu, které v kontextu jednotlivých analytických rámců (viz shora odst. 11) nejsou v souladu s cíli reformy a budou vyžadovat principiální změny.

41. Z obecných zjištění vybíráme některé klíčové aspekty, na něž bude nutno brát ohled při práci uvnitř všech analytických tří rámců:

A.	Shrnutí některých obecných problémů	Úkol pro řízení reformy
A1	Aby byl jakýkoli systém poskytování péče společensky účinný, je nezbytné maximalizovat jeho naplnění uživateli. Jejich vstup do systému však je dobrovolný a nemůže k němu dojít bez toho, aby uživatelé stojící vně měli potřebné informace a motivace k takovému rozhodnutí. K jejich zprostředkování mají lepší předpoklady poskytovatelé sociálních služeb, než zdravotnická zařízení.	<i>Bez ohledu na další detailnější parametry zvoleného reformního postupu a cílového stavu psychiatrické péče je nezbytné od počátku dosáhnout úzké a funkční spolupráce se zadavateli a poskytovateli sociálních služeb. Některé její aspekty budou v dalším rozboru upřesněny.</i>
A3	A2 Je-li záměrem reformy budovat systém péče na bázi teritoriálně vymezených sítí poskytovatelů, nelze odhlédnout od stávající praxe poskytování služeb sociálních, které podstatnou měrou sledují územní členění samosprávných krajů, tím spíše, že pro zdravotní služby právní řád neumožňuje svázání jejich uživatele s místem.	
A4	V pečovatelské soustavě je velký zmatek, pokud jde o identifikaci a vymezení rolí zadavatelů a poskytovatelů péče a jejich návaznosti na finanční zdroje.	<i>K přiřazení psychiatrických pacientů teritoriálně vymezené sítí poskytovatelů péče je nezbytný plošný celorepublikový informační systém. V tomto směru se jeví nezbytná spolupráce zdravotních pojišťoven.</i> <i>V rámci stanovení cílového modelu uspořádat soustavu tak, že bude jednoznačně stanoveno zadávání služeb z jediného místa.</i>
A5	Cíle reformy by měly vyvolat zcela zásadní změnu ve vnímání psychiatrické problematiky, na kterou společnost, včetně určité části poskytovatelů zdravotních služeb a další odborné veřejnosti, není dostatečně připravena. Již v okamžiku, kdy se do stávajícího stavu ještě nezasahuje, ale veřejnost disponuje neúplnými informacemi o připravované změně, zakládá se politická překážka jejímu plynulému uskutečnění. Předvídání a překonatelnosti tohoto odporu je nutno od počátku věnovat pozornost. Není zcela zřejmé, že by přípravu reformy provázela dostatečná a účinná transparentní komunikace směrem k veřejnosti a její politické reprezentaci.	<i>Architektura reformy musí od počátku počítat s nástroji politického marketingu. Každá medializovaná událost, týkající se psychiatrických zdravotnických pracovišť nebo veřejného chování psychiatrických pacientů, by měla být v reformním týmu odborně vyhodnocena s cílem ji pokud možno využít pro vytváření pozitivního obrazu reformy nebo alespoň pro odvracení obrazu negativního.</i>

B. Finanční rámec

42. Dvoukolejnost služeb, poskytovaných duševně nemocným osobám, se promítá především do systému jejich financování. Prostředky pro zdravotní služby, hrazené ze systému veřejného pojištění, není možno jakkoli agregovat s prostředky, které jsou rozpočtovými nástroji státu a územních samospráv určeny pro financování služeb sociálních. Není tedy k dispozici kumulativ, který by bylo možno přerozdělovat podle komplexních potřeb cílové skupiny příjemců, jejichž zdravotní stav závisí na souběžném poskytování obou typů služeb.

43. O obtížnosti tvorby funkčního reformního konceptu pro Českou republiku svědčí mj. skutečnost, že podle dostupných informací ze zahraničí se doposud daří psychiatrickou péči systémově deinstitucionalizovat pouze v zemích, jejichž zdravotní služby jsou nějakým způsobem etatizovány a napojeny na politicky spravované veřejné rozpočty. Zpracovateli Analýzy ani jejímu zadavateli není znám žádný případ koncepčně zvládnuté transformace v systému, založeném na úhradách zdravotních služeb ze zdravotního pojištění. V tomto směru je český projekt považován v mezinárodním kontextu za ambiciózní.
44. Pro následující léta jsou na bázi evropských dotačních programů vytvořeny finanční nástroje, umožňující v období 2017 – 2021 postupný přechod k systému, který by služby psychiatrickým pacientům poskytoval nejen hospodárně, ale také účinně. Jde o projekty, realizované v rámci Operačního programu Zaměstnanost (osa Sociální začleňování a boj s chudobou) a Integrovaných regionálních operačních programů.

BA. FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

45. Podle analyzovaných podkladů (v úrovni 2017) je na zdravotní péči o psychiatrické pacienty ročně alokováno z veřejného zdravotního pojištění cca 11,2 mld. Kč. Komerční pojištění se na psychiatrickou péči nevztahuje. O možnostech a objemech případného spolufinancování ze strany pacientů či jejich rodin nejsou podklady, v úvahu připadají pouze u ambulantní péče (doposud ale zde je možný pouze jeden zdroj příjmů) a bezpochyby se za stávajícího stavu jedná o zanedbatelné objemy.
46. Jedná se o cca 4 % z celkového objemu finančních prostředků, vynakládaných na veřejné zdraví. Převládá názor, že jde o podíl značně podhodnocený. Za standard se ve vyspělých zemích považuje 7,5 %; z podkladů pro tuto studii je nicméně obtížné porovnat, do jaké míry se v zahraničních modelech do celkového objemu promítá i související péče sociálního charakteru, řešená v ČR přísně odděleně. K tomu u nás dochází sice v méně regulovaném režimu, než ve zdravotnictví, avšak (doposud) bez možnosti jakéhokoli kvantitativního sledování a kvalitativního hodnocení ve vztahu k psychiatrickým pacientům jako samostatné skupině uživatelů (viz níže odst. 56).
47. V souvislosti s reformou psychiatrické péče je nutno zmínit zvláštní objem finančních zdrojů, alokovaných z dotačních programů evropských strukturálních fondů. U nich je možný volnější mechanismus řízení finančních toků vně resortní působnosti. Dle informací, poskytnutých anonymizovanému žadateli Ministerstvem zdravotnictví (viz příloha č. 4), byla pro reformu psychiatrie vyjednána podpora z Evropského fondu regionálního rozvoje (ERDF - prostřednictvím Integrovaných operačních programů) a z prostředků Evropského sociálního fondu (ESF – prostřednictvím prioritní osy Zaměstnanost) v souhrnné částce 3,475 Mld. Kč. Jedná se o prostředky určené nikoli k přechodnému posílení stávajícího systému péče, ale k pokrytí transformačních nákladů, očekávaných v souvislosti s reformním přechodem na systém nový. Při úvahách o využití prostředků ze strukturálních fondů je třeba mít na zřeteli, že jsou obtížně použitelné pro krytí běžných provozních nákladů beneficianta dotace (tj. v daném případě zejména k navýšení mzdových fondů). Význam mají jako zdroje pro financování implementačních a podpůrných nákladů.
48. Nepodařilo se získat, a zřejmě neexistují, podrobněji členěné informace o faktické struktuře výdajů, vynaložených na zdravotní péči. Ani případná evidence četnosti různých typů diagnóz, jejíž pořízení by zřejmě bylo jednoduché (bezpochyby ji mají k dispozici zdravotní pojišťovny), nákladovou analýzu neřeší. Stejná nemoc může mít u individuálních pacientů různý průběh v čase, a nároky na péči pro různé klienty s obdobným postižením mohou být významně odlišné. Finanční plánování poskytovatelů se proto opírá převážně o meziroční indexace a statisticky sledovatelné trendy výskytu určitých skupin onemocnění v dlouhodobějším měřítku, které sledují zdravotní pojišťovny.
49. Členění standardního národního financování zdravotní psychiatrické péče (tzn. bez evropských fondů a jejich kofinancování) lze sledovat ve vztahu k základní právně-organizační struktuře poskytovatelů zdravotních služeb. Zhruba 72 % čerpají státní psychiatrické nemocnice, 20 % ambulantní péče a 8 %

psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic. Co do věcného členění představují náklady na ambulantní péči a na medikaci po cca 20%, a na lůžkovou péči cca 60 %, z čehož méně než 10 % činí lůžka akutní. Lůžka pro následnou a dlouhodobou hospitalizaci tedy odeberou více než polovinu standardně alokovaných zdrojů. Při nesouladu spádovosti institucionální nemocniční sítě s územně-správním členěním není území státu finančně pokryto rovnoměrně.

50. Ve všech případech jsou platby vázány úhradovou vyhláškou na výkony atestovaného psychiatra a / nebo na obsazené lůžko. Ocenění zahrnuje i předpokládané vedlejší výdaje (pomocný personál, budovy, ostatní hmotné zajištění). Hrazené výkony jsou standardizovány v katalogu vedeném Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. Ta může (cca 2 roky trvající procedurou) číselník doplňovat. Ostatní pojišťovny postupují obdobně, nikoli ale obligatorně. Z pragmatických důvodů akceptují katalog VZP jako vodítko.
51. Psychiatrie nemá ve vztahu k příjmům žádný jiný nárokový titul. Zejména se projevuje absence diagnostických a / nebo terapeutických technologií apod. Toto specifikum psychiatrie se promítá nepříznivě do ekonomické a funkční výkonnosti zdravotních zařízení.
52. Tlak na ekonomické chování zdravotních zařízení u nich způsobuje i deformaci priorit, pokud jde o volbu typu poskytované služby. Kupříkladu okolnost, že nástupní a výstupní den hospitalizovaného pacienta je hrazen poloviční lůžkosazbou, vede k preferenci pacientů, jejichž diagnóza opodstatňuje dlouhodobou či trvalou hospitalizaci, před klienty, u nichž by bylo možno intenzivní (tedy náročnější) intervencí dosáhnout remise kompenzovaného stavu pouze krátkodobým pobytem na akutním lůžku a vhodnou navazující externí dispensární¹ péčí. Obdobně ambulantní specialisté mohou směřovat do hospitalizace pacienty, jejichž diagnóza by byla léčitelná ambulantně, avšak za cenu vyšší pracnosti a menší výkonnosti lékaře co do úhrad, jen proto, aby uvolnili kapacitu pro jednodušší, časově méně náročné ambulantní výkony.
53. (Na okraj poznamenáváme, že nelze ani vyloučit účelové či podvědomé přizpůsobování diagnostiky a léčebných postupů v tomto smyslu. Tuto hypotézu podáváme jako hyperbolu, s vědomím, že již balancujeme na hranici analyticky nepřijatelného předpokladu deliktního jednání jako systémového jevu. S ohledem na zorný úhel cílové skupiny však hrozbu takových podezření nemůžeme přehlédnout).
54. Ekonomické důvody ale mohou naopak představovat bariéru i pro dlouhodobou hospitalizaci pacientů s onemocněním, jehož charakter či průběh vyvolává potřebu poskytovat souběžně s terapií nějaký typ intenzivní sociální péče, pro kterou nemají nemocniční zařízení finanční krytí ani institucionalizované personální kapacity.

BB. FINANCOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

55. Struktura zdrojů pro financování sociálních služeb je upravena zákonem. Základní objem veřejných prostředků je distribuován plánovitě prostřednictvím krajů. Prostředky jsou primárně určeny především uživatelům, odkud směřují do sítě poskytovatelů, působících na území kraje. Příspěvky na péči v případě

¹ Zde si dovoluujeme upozornit, že (s přihlédnutím k cílům reformy a z nedostatku profesní kompetence k navržení vlastního, lepšího označení) v této Analýze používáme pojem **dispensární péče** v poněkud širším významu, než vyplývá z právního rámce. Zákon o zdravotních službách v § 5 odst. (3) c) pojem definuje účelem jako: „*dlouhodobé sledování zdravotního stavu pacienta ohroženého nebo trpícího nemocí nebo zhoršením zdravotního stavu, u kterého lze podle vývoje nemoci důvodně předpokládat takovou změnu zdravotního stavu, jejíž včasné zjištění může zásadním způsobem ovlivnit další průběh nemoci*“. V praxi je k tomuto vymezení intuitivně (otázka jak moc důvodně a co do respektu k patientských právům oprávněně !!) přikládán i jistý aspekt donucovací.

V kontextu deinstitucionalizace psychiatrie a důrazu reformy na komunitní poskytování zdravotní a sociální péče souběžně jsme si dovolili tento restriktivní pohled ignorovat. Pojem dispensární péče jsme si od zdravotníků „vypůjčili“ a extendovali jeho význam na celkovou **terciární prevenci zdravotně sociální**. Tzn., umíme si představit, že pro psychiatrické pacienty mohou dispensární péči sui generis poskytovat i kvalifikovaní sociální pracovníci, a v tomto významu Analýza o dispensární péči na různých místech hovoří.

psychiatrických pacientů hrají malou roli, podstatný objem směřuje formou dotací k rukám poskytovatelů. Vedle toho je centrálně financována síť registrovaných poskytovatelů služeb, jejichž činnost má nadregionální či rozvojovou povahu, a v konkrétních případech jim jsou poskytovány více či méně účelové dotace. Další ne zcela zanedbatelné zdroje generuje soukromý sektor, včetně vlastních prostředků klientů, což je modus ve zdravotní sféře obtížně prosaditelný.

56. Objem veřejných prostředků pro financování sociálních služeb činí celkem cca 10 Mld Kč. Vychází z plánovaných personálních nákladů (ty tvoří až 80 % celkového objemu) a nespecifikovaných nákladů režijních. Přes takto jednoduchou strukturu nelze z celkového objemu financí, protékajících systémem sociálních služeb (cca 30 mld Kč/rok), ani hrubě odhadnout částku, vynaloženou na sociální služby, poskytované v přímé souvislosti s psychiatrickou péčí. Řada sociálních služeb je potřebným osobám poskytována, aniž by se zaznamenala jejich případná psychiatrická diagnóza, a náklady vynaložené na sociální služby pro duševně nemocné příjemce nelze samostatně vyčlenit ani ve formě souhrnných dat, použitelných pro krátkodobé plánování alespoň formou meziroční indexace.
57. Ostatně plánování personálních nákladů v sociálních službách naráží i na individuální variabilitu reálné potřeby, odvislé od náročnosti péče o určitý typ klienta v určité životní situaci a s určitým sociálním zázemím. To je obecný problém všech sociálních služeb, ve vztahu k psychiatricky nemocným klientům však je posílen možnou kolísavostí průběhu a symptomů jejich nemoci, zmíněnou výše (odst. 48), která se kolísavě promítá do kvality a intenzity aktuálních potřeb uživatele.

BC. FINANČNÍ FLEXIBILITA A EFEKTIVITA

58. Několikrát výše zmíněná proměnlivost nároků co do rozsahu a druhu služeb, poskytovaných psychiatrickým pacientům (v souběhu zdravotních výkonů a sociálních asistencí), nemá protipól v horizontální flexibilitě nakládání s finančními zdroji na straně poskytovatelů péče. Jejich čerpání je pro zdravotní a sociální služby plánováno odděleně, na různých principech na základě nekompatibilních vstupů.
59. Měřítkem efektivity čerpání alokovaných zdrojů jsou pak logicky především kritéria hospodárnosti na straně poskytovatelů. Skutečná účelnost využití účelově přijatých prostředků by však měla být posuzována ve vztahu k výsledkům péče s jejich vynaložením poskytnuté. Pro takové hodnocení nejsou zatím stanovena ustálená kritéria, indikátory a procesy. V případě péče o duševně nemocné osoby, jejichž zdravotně sociální stav představuje společensky závažný a narůstající problém, představuje řízení procesů „přes výsledek“ klíčový úkol.
60. Do jisté míry se zde nepochybně projevuje dlouhodobé neporozumění některým systémovým nástrojům projektového řízení na straně českých manažerů veřejného sektoru. Ve všeobecném povědomí dosud dostatečně nezakořenil principiální rozdíl mezi obsahem pojmů hospodárnost (efficiency) a účinnost (effectiveness). Ty jsou, i po téměř dvou desítkách let čerpání evropských fondů a jejich průběžné evaluace, která s těmito parametry ustáleně pracuje, v běžné plánovací, řídicí a kontrolní praxi českých institucí často vzájemně zaměňovány, či splývají v jediné, obsahově nesourodé hodnotící kritérium (asi i díky sémantické nedůslednosti běžných překladových slovníků).
61. Jeví se, že část odborné veřejnosti, zejména osoby zapojené do procesu reformy, si je tohoto úskalí vědoma. V současné době probíhá na půdě NUDZ příprava metodologie pro identifikaci, sběr a vyhodnocování dat, potřebných k posuzování reálné efektivity (tj. účinnosti) péče poskytované psychiatrickým pacientům. Projekt je znám jako platforma MERRPS (Metodika pro evidenci respektující rozvoj psychiatrických služeb). Předpokládá se, že některé definované indikátory by měly být dovoditelné z údajů, shromažďovaných v ÚZIS.

62. Z podkladů poskytnutých zpracovateli této studie zadavatelem vyplývá, že platforma reflektuje cíle reformy, počítá s deinstitucionalizací služeb a s posílením komunitních principů péče současně s redukcí péče nemocniční. Není však zcela zřejmé, do jaké míry bude tento metodický koncept schopen prolomit stávající institucionální dvoukolejnost zdravotních a sociálních služeb, a zda dostatečně předjímá potřebu jejich faktického propojení. Jeho autoři výslovně připouštějí, že jim chybí informace o využívání sociálních služeb.

BD. SHRNUTÍ KLÍČOVÝCH PROBLÉMŮ STÁVAJÍCÍHO FINANČNÍHO RÁMCE:

63. Z řady problémů, které musí reforma psychiatrie řešit v oblasti financování služeb, se pro výstupy této Analýzy jako klíčové jeví:

B	Shrnutí problému finančního rámce	Úkol pro řízení reformy
B1	Psychiatři pacienti vyžadují multidisciplinární zdravotně-sociální péče. Ta by měla být, co do míry a poměru zapojení obou základních disciplín, průběžně přizpůsobovaná jejich akutním potřebám. Stávající institucionální struktura zdravotních a sociálních služeb je financovaná dvoukolejně v celé vertikále, rozhraní není na žádném místě finančního toku horizontálně prostupné. I kdyby poskytovatelé znali reálné potřeby uživatelů a jejich vývoj v čase, nemohou operativně vyvažovat nabídku zdravotních a sociálních služeb tak, aby vůči pacientům obě služby působily průběžně ve vzájemné synergii.	<i>Odstranit dvoukolejnost financování alespoň na té úrovni, kde se plánuje a realizuje faktické poskytování služeb konkrétním uživatelům.</i>
B2	Veřejné finanční zdroje jsou v rámci této dvoukolejnosti administrovány v odlišném režimu a odlišně se přistupuje k jejich plánování, ke kterému chybí relevantní vstupní data o potřebách cílové skupiny. Tím je a priori inhibována nezbytná koordinace poskytovatelů různých typů služeb a potlačena odpovědnost za účelnost vynaložených prostředků.	<i>Sjednotit plánování na základě reálného zmapování potřeb</i>
B3	Poskytování zdravotních a sociálních služeb je možné ze strany veřejné moci řídit a kontrolovat po odborné stránce. Pokud ale jde o finanční řízení, zdravotní služby jsou financované z veřejného pojištění a přímému administrativnímu vlivu se vymykají. Zdravotní pojišťovny jsou v systému nezávislým hráčem a pro jejich zapojení do jakýchkoli strukturálních změn nejsou direktivní nástroje, na rozdíl od poskytovatelů péče, k jejichž ovlivňování má ministerstvo přinejmenším metodické nástroje.	<i>Identifikovat potřeby zdravotních pojišťoven ve vztahu k reformě a motivačně je od počátku zapojit do její přípravy</i>
B4	Efektivitu financování péče o psychiatrické pacienty nelze zatím hodnotit ve vztahu k výsledku, tzn. ke zdravotně sociálnímu stavu uživatelů služeb a jeho udržitelnosti. Imperativní sledování hospodářských výsledků poskytovatelů služeb může vést nejen k zavádějícím závěrům (přinejmenším proto, že není korelována zdravotní a sociální složka), ale i k zanedbávání péče o takové skupiny příjemců, jejichž typ postižení z povahy věci představuje pro poskytovatele neefektivní ekonomickou zátěž.	<i>Měřit a porovnávat účinnost péče, nikoli jen její hospodárnost, a to společně pro služby zdravotní a sociální.</i>

C. Realizační rámec

CA. INSTITUCIONÁLNÍ STRUKTURY A VZTAHY

64. Zdravotní a sociální služby jsou psychiatrickým pacientům poskytovány prostřednictvím institucí s různými formami právní subjektivity. O odlišných typech a režimech navázanosti poskytovatelů služeb na veřejné finanční zdroje již bylo pojednáno v předchozí kapitole. Významné statusové rozdíly se však promítají do péče o pacienty i v podobě dalších veřejnoprávních omezení pro ekonomické a právní chování poskytovatelů.

65. Dominující státní psychiatrické nemocnice (70 % finančních a personálních kapacit zdravotní psychiatrické péče) vykonávají vedle poskytování zdravotní služby správu státního majetku, v naprosté většině případů i nemovitého. Nicméně, pokud jim není zřizovatelem poskytnuta zvláštní investiční dotace, je i běžná majetková správa nemocnic pokrývána jejich příjmy ze zdravotního pojištění. Nabízí se ostatně otázka, zda je systémově správné a spravedlivé, aby prostředky, placené pojištěnci k solidární úhradě „bezplatné“ zdravotní péče, byly investovány do státního nemovitého majetku, jehož zdravotnické využití může stát jako vlastník kdykoli svým rozhodnutím změnit a vložené prostředky pojištěnců kapitalizovat mimo dosah zdravotní péče.
66. Vedení psychiatrických nemocnic je vedeno k dodržování povinnosti řádné hospodářské péče. Souběžně ale není nijak explicitně motivováno, aby instituce kromě terapie směřovala i k extensivnímu pojetí péče o pacienta, ve smyslu usilování o jeho důstojné společenské postavení a subjektivní spokojenost. Tím není řečeno, že se tak s větší či menší intenzitou neděje, naopak je řada signálů, že nemocnice se o takový přístup snaží. Motorem k tomu je však především obecná a profesní etika a reflexe trendů v mezinárodním měřítku, bez formalizovaných motivačních nástrojů manažerského typu.
67. Z pohledu cílů reformy jsou proto státní psychiatrické nemocnice komplikovaný klíčový hráč. Jejich vedení je (v jistém smyslu paradoxně) až příliš autonomní, a jejich institucionální povaha brání prostupnosti služeb „měkkých“ složek péče směrem k pacientům. Zřizovatel, který je nositelem reformních záměrů, má na řízení nemocnic pouze nepřímý vliv. Pokud nemocnice plní hospodářské ukazatele a zdravotní péči poskytuje bez významných a/nebo opakovaných excesů, nemůže ministerstvo do jejich vedení zasahovat.
68. V tomto smyslu jsou v poněkud odlišné pozici psychiatrická oddělení krajských nemocnic. Jejich vedení většinou reaguje na vůli zřizovatele / akcionáře flexibilněji. Tato psychiatrická pracoviště sice představují relativně malý objem čerpaných zdrojů (8 %) a obsluhují specifický segment poskytované péče (především jde o řešení akutních případů a jejich předání do péče dispenzární), nicméně i tak je pro další transformační kroky cenný jejich potenciál kvalifikovaně reagovat na systémové výkyvy během reformního procesu, pokud k tomu bude na straně regionální politické reprezentace vůle.
69. Soukromá ambulantní psychiatrická pracoviště představují v celkovém objemu zdravotních psychiatrických služeb větší část (spotřebují až 20 % zdrojů) než krajské nemocnice. Z pohledu zapojení do reformy jsou ale nejproblematictějším poskytovatelem. Lékaři v nich mají doživotní smlouvy s pojišťovnami a stávající stav, kdy mohou „neproduktivní“ pacienty směřovat do nemocnic, jim vyhovuje. Deinstitutionalizace naopak pro jejich terénní práci hrozí významným zvýšením pracovní zátěže, bez toho, aby (zatím) bylo jasné, zda a jak se to promítne do systému úhrad jejich výkonů.
70. Z dosavadních zjištění vyplývá vcelku naléhavá potřeba horizontálního propojení na úrovni jak zadavatelů, tak poskytovatelů souvisejících zdravotních a sociálních služeb. Veřejnoprávní rámec (jak ještě bude zmíněno) neposkytuje pro vznik takových sítí závazné ekonomické a právní nástroje, vedoucí ke společnému efektivnímu plánování a řízení obou typů služeb, relevantních pro psychiatricky nemocné osoby - ať už by šlo o řízení vertikální, nebo horizontální.
71. Za situace, kdy nezanedbatelnou částí odborné veřejnosti, a do jisté míry i některými složkami politické reprezentace, je již nějakou dobu vnímána potřeba multidisciplinárních struktur a nástrojů, docházelo v posledních letech na místních a regionálních úrovních k více či méně kreativnímu hledání cest, jak méně formálními postupy zaplnit stávající institucionální a právní vakuum pro zajištění komplexní péče o psychiatrické pacienty (včetně prevence). Celkem logicky v tomto směru pokročili dále poskytovatelé sociálních služeb, nezřídka působící z pozice nevládní neziskové sféry. Zákonný institut komunitního plánování a střednědobý horizont plánování na úrovni krajů jim dává k dispozici v zásadě funkční

komunikační nástroj závazné povahy, přičemž podléhá méně komplikované veřejnoprávní regulaci, než jaká (legitimně a důvodně) dopadá na služby zdravotní.

72. Nejde jen o povzbudivé příklady, kdy poskytovatelé sociálních služeb našli na krajských úrovních postupy, jak provázat zjišťování potřeb uživatelů s financováním služeb nutných k jejich uspokojení, a jak na úrovni regionu financování a faktické poskytování služeb koordinovat. Za povšimnutí také stojí, že někteří silní nevládní poskytovatelé s potenciálem vytvořit nadregionální celoplošnou síť (např. FOKUS) postupně v přímé komunikaci s MPSV prosadili jako dobrou praxi přímé finanční toky (viz odst. 55) k zajištění komunitně poskytovaných služeb.
73. Zdravotní sféra reagovala na reformní požadavky, pravdaže bez účinné legislativní opory, zato však s podporou evropských dotačních programů, konceptem Center duševního zdraví („CDZ“). V dosavadních koncepčních dokumentech bývají Centra vnímána (vedle psychiatrických nemocnic, ambulantních pracovišť a psychiatrických oddělení ve všeobecných nemocnicích) jako „čtvrtý pilíř psychiatrické péče“.
74. Předchozí (před zahájením systematické přípravy na reformu), víceméně spontánní iniciativy komunitního typu, realizované na regionálních úrovních s podporou tzv. Norských fondů a ERDF - IROP, vyústily v sjednocenou koncepci CDZ jako nízkoprahových pracovišť, zaměřených na práci „multidisciplinárních týmů, kdy zdravotničtí a sociální pracovníci společně poskytují individuální podporu osobám s dlouhodobým duševním onemocněním při začlenění do běžného života v jejich přirozeném prostředí“ (parafráze znění implementační dokumentace projektu „*Program podpory vzniku Center duševního zdraví*“ CZ.03.2.63/0.0/0.0/15__039/0004672).
75. Věstníkem MZ ČR č. 5/2016 byly publikovány „*Standardy péče poskytované v Centrech duševního zdraví*“. Počátkem roku 2018 byla mezi VZP a Ministerstvem zdravotnictví podepsána *Prováděcí dohoda o vzniku a podpoře zdravotních služeb souvisejících s reformou psychiatrické péče* a zahájena jednání s pojišťovnami.
76. V březnu 2018 byla vyhlášena výzva k předkládání žádostí o dotace na činnost prvních pěti CDZ. Projekt realizuje jako primární příjemce Ministerstvo zdravotnictví v rámci Operačního programu Zaměstnanost (ESF), řízeného Ministerstvem práce a sociálních věcí. Právě tato okolnost umožnila v několika (pěti) pilotních případech částečně prolomit dvoukolejnost řízení a financování veřejné péče, poskytované duševně nemocným osobám. Konečným příjemcem dotace přerozdělené Ministerstvem zdravotnictví (§ 14 rozpočtových pravidel č. 218/2000 Sb.) jsou poskytovatelé jak zdravotních, tak sociálních služeb, působící ve stejném teritoriu (společně jako „spolupracující subjekty“). Podmínkou přijetí žádosti o dotaci je doložení uzavření vzájemné smlouvy, zakotvující mj. solidární občanskoprávní odpovědnost za naplnění účelu a podmínek dotací, které jsou vypláceny každému ze spolupracujících subjektů samostatně. Tzn., CDZ (prozatím) vznikají závazkově, nejsou právním subjektem ani příjemcem dotace, jejíž využití je výsledkem negociace mezi spolupracujícími subjekty, směřující k sestavení společného plánu.
77. Již existující CDZ v něčem pokročila směrem k budoucím reformním cílům, výstupy jejich práce je možno považovat za modelové podklady. Kupříkladu existují analýzy personálních potřeb pro poskytování péče v deinstitucionalizovaném režimu (pracovní pozice, odpovědnosti, počty pracovních úvazků a k nim potřebné kvalifikace). Výstupy jsou zřejmě validní, ale vzhledem k celkovým objemům plánovaných transformací pouze ilustrativní.
78. V roce 2019 a násl. se počítá se vznikem dalších 25 CDZ tak, aby jich do roku 2021 bylo ustaveno celkem 30 (Akční plán č. 3 národní strategie zdraví stanoví předpoklad 2 – 3 centra pro každý kraj). Výhledová

potřeba k plošnému pokrytí území státu s dostatečnou hustotou a dostupností služeb je odhadována počtem 100 center.

79. Dle vyjádření MZd se předpokládá, že náklady na další chod CDZ budou po vyčerpání evropských finančních prostředků hrazeny jak z prostředků veřejného zdravotního pojištění, tak z rozpočtových alokací na sociální služby. Konkrétní postup, jak tento záměr naplnit v souladu s právním řádem ČR bez zastřešení nadřazenými pravidly evropského operačního programu a bez rizik, vyplývajících z podmíněnosti poskytování multidisciplinární veřejné péče obecným občanskoprávním závazkovým vztahem, není ještě pevně stanoven. Máme za to, že tato Analýza má posloužit právě k jeho upřesnění.
80. Z hlediska řízení multidisciplinárních sítí je v současné české realitě několik referenčních příkladů z jiných odvětví, jejichž zkušenosti je vhodné reflektovat. Bez významu nebude desítky let prohlubujících se zkušeností s komunitním plánováním sociálních služeb na úrovni větších sídel a krajů. Jde sice o koordinaci různých typů služeb adresovaných různým cílovým skupinám, ale nejedná se o reálnou meziresortní multidisciplinaritu. Tyto zkušenosti nicméně ukazují, že společné plánování rozličných poskytovatelů rozdílných typů veřejné péče je důležitým výchozím svorníkem pro řízení čerpání agregovaných finančních zdrojů.
81. Příklady, kdy je multidisciplinarita ve vztahu k určitým typům zdravotního postižení řešena na národní úrovni, bohužel není mnoho a ne každý je příkladem dobré praxe.
82. Na spolkové bázi, bez primární vazby na orgány veřejné moci, působí Rada osob se zdravotním postižením. Má ambiciózně koncipovaný program, přesahující rámec resortně garantovaných služeb. Dostupné informace o jeho realizaci nicméně nepůsobí dojmem, že by byl ve vztahu ke specifické problematice péče o osoby postižené na duševním zdraví příliš inspirativní.
83. Relevantně funkčnější se jeví Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, zřízená v roce 1993 usnesením vlády ČR jako Meziresortní protidrogová komise. V postavení stálého „poradního, iniciačního a koordinačního orgánu vlády České republiky v oblasti integrované protidrogové politiky, kterou se rozumí politika v oblasti legálních i nelegálních návykových látek a patologického hráčství, s nimi souvisejících závislostních poruch a dalších zdravotních a sociálních dopadů a souvislostí“ plní svou funkci a je orgánem respektovaným.
84. Cílem reformy je naplnění ústavně garantovaného práva na zdravotní péči, poskytovanou s respektem k (rovněž ústavně garantované) ochraně osobnosti a lidské důstojnosti. Tato základní práva jsou u dané cílové skupiny ohrožena více, než u jiných osob. Zdravotní péče sama o sobě, bez zapojení služeb sociální povahy, k jejich ochraně nestačí. S veškerou empatií k důležité a v lecčems nezastupitelné úloze nevládního neziskového sektoru, resp. iniciativ soukromoprávní povahy obecně, nezbývá než shrnout, že koncipování a realizace reformy takového obsahu přísluší v demokratickém právním státě obligatorně veřejné moci a nelze to nahradit aktivitami „zdola“.
85. V daném případě nadto není na straně podstatné (odborné i ekonomicky silné) části poskytovatelů zdravotních služeb vnímána potřeba stávající stav reformovat koncepčně. V dlouhodobě stabilních institucích není vzácností přesvědčení, že partikulárních cílů reformy je možné postupně dosáhnout i v existujících podmínkách a s mnohem menším úsilím. Ze strany dominantních hráčů lze dokonce očekávat odpor proti systémovým změnám, k jehož prolomení nemá veřejná moc účinné nástroje, a i kdyby nějaké existovaly, jejich autoritativní použití by bylo spíše kontraproduktivní.

CB. LIDSKÉ ZDROJE, NEHMOTNÉ STATKY A ČINNOSTI

86. S ohledem na charakter poskytovaných, resp. potřebných, služeb pro duševně nemocné příjemce jsou na osoby, jejichž prostřednictvím jsou služby poskytovány, kladeny specifické kvalifikační nároky. Zároveň, jak je zřejmé z předchozí části B., představují osobní náklady víc než dominující podíl na alokovaných financích.
87. Jedním z problémů stávajícího stavu ve zdravotní péči je již zmíněný mechanismus financování prostřednictvím úhrad výkonů, vázaných výhradně na plně atestovaného lékaře a jeho kontakt s pacientem. V praxi však řada činností, které lze považovat za součást zdravotní služby, je či může být vykonávána personálem s nižší kvalifikací.
88. Úhradové vyhlášky systémově směřují především k ambulancím. V nemocnicích, které jediné jsou oprávněny k atestování lékařů a kde se předpokládá režim průběžného „dovzdělávání“ personálu, není tento problém tak citelný. (Je samozřejmě otázka, zda a do jaké míry k formálně dokládanému nárůstu kvalifikací fakticky dochází). I v nemocnicích ale je problémem přetížení již atestovaných specialistů, a péče je pacientům fakticky poskytována lékaři, kteří se na atestaci teprve připravují, a kvalifikovaným ošetrovatelským personálem, bez transparentních úhrad. To deformuje hospodaření nemocnic a vnáší permanentní nejistotu do odpovědnostních vztahů.
89. Připravovaná deinstitucionalizace, provázená mj. přechodem velké skupiny dosud hospitalizovaných pacientů do „terénu“ spolu se zdravotním personálem, zákonitě tento problém prohloubí. Jeho řešení bude nevyhnutelně směřovat k tlaku na akceptování poptávky po navýšení mzdových fondů. Krom toho bude tento přechod vyžadovat nemalé vzdělávací a certifikační aktivity, tedy náklady, které nejsou pokryty ze zdravotního pojištění. Konečně by personální náklady měly vzrůst také z důvodu rozšíření počtu uživatelů, kteří dosud služby nekonzumují a budou nově zachyceni terénními sítěmi, a k jejichž obsluhování stávající lidské zdroje poskytovatelů nepostačí. Pro tyto nároky bude nutno nalézt zdroje v resortních úsporách a politické odůvodnění.
90. Uvažované modely reformované péče předpokládají nahrazení zdravotních služeb, poskytovaných ve vazbě na lékaře v lůžkových zařízeních, službami poskytovanými v terénu, zčásti méně kvalifikovanými (tedy „lacinějšími“) pracovníky. Odhady hovoří o potřebě tisíců pracovních pozic „případových manažerů“, kteří budou poskytovat přiděleným či vyhledaným pacientům dispenzární péči mimo nemocniční zařízení. Počet lékařů ale úměrně tomu neklesne, nanejvýš dojde v jejich pracovní náplni k zásadní změně. Po té ale zatím u většiny z nich (eufemisticky řečeno) není poptávka.
91. V oblasti sociálních služeb není problém nedostatku stratifikace obligatorních kvalifikací tak vyhracen. Střední management již má certifikované a samostatně financovatelné kompetence. Dokud ale bude v péči o psychiatrické pacienty trvat dvoukolejnost poskytovaných služeb, kvalifikovaní sociální pracovníci nijak nevyřeší personální pokrytí jejich zdravotní složky, poskytované mimo zdravotnická zařízení.
92. Ani stávající uspořádání profesního zastřešení nesměruje ke komplexnímu řešení péče o duševně nemocné. Lékaře sdružuje Psychiatrická společnost, ustavená jako pobočný spolek České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, a zabývá se především odbornými problémy psychiatrického odvětví lékařské vědy. Zdravotní sestry se sdružují v České asociaci sester bez ohledu na specializaci. Profesní komora pracovníků sociálních služeb sdružuje několik tematických spolků bez toho, aby mezi nimi měla specifická problematika sociální péče o duševně nemocné alespoň náznak zvláštního zájmu. Za tohoto stavu chybí jakýkoli institucionální nástroj nejen pro řízení multidisciplinární péče, ale i pro systematickou komunikaci napříč profesemi, pečujícími o psychiatrické pacienty. Taková komunikace ale je podstatným předpokladem pro řešení praktických problémů, které se nevyhnutelně objeví v souvislosti s budováním jakéhokoli systému péče komunitního typu.

93. Absence institucionalizovaného komunikačního prostředí se projevuje mj. i přešlapováním na místě a potížemi, které dlouhodobě provázejí pokusy standardizovat kvalitu péče, a dodržování stanovených standardů následně kontrolovat.

CC. HMOTNÝ MAJETEK

94. Jak již zmíněno, psychiatrická péče není založena na technologických zařízeních ani v diagnostice, ani v terapii. Vypořádání movitého majetku v souvislosti s denstucionalizací zdravotních služeb se může týkat jen běžného vybavení nemocničních budov, a v kontextu transformačních kroků způsobí jen marginální komplikace. Stávající dominující hospitalizační péče je však spojena i s využíváním, vlastnictvím a správou rozsáhlého nemovitého majetku nemalé hodnoty.
95. Pouze minimum státních psychiatrických nemocnic je v nájmu, všeobecně je provozování lůžkových zařízení spojeno se správou nemovitostí. Překvapivě však je právní způsob užívání budov v obou případech vnímán jako zátěž pro vedení zdravotnického zařízení, na úkor koncentrace kapacit (personálních i finančních) do vlastní zdravotní péče.
96. Nájemci namítají, že užívání budovy je neoperativní a závislé na činnosti třetích osob, což zejména v případech řešení akutních infrastrukturních poruch může způsobit komplikace při plnění primárních úkolů, tzn. narušit péči o pacienty. Nemocnice ve vlastních budovách takové problémy řeší operativněji, ale musí k tomu zaměstnávat vlastní správcovský aparát či si z vlastních prostředků najímat profesionální správce. Při provozování vlastních nemovitostí nadto musí plnit různé administrativně náročné veřejnoprávní povinnosti, uložené jim v zákonných pravidlech pro hospodaření s majetkem státu, pro ochranu hospodářské soutěže atd.
97. Plnění těchto povinností je, na rozdíl od léčebného fungování nemocnice, snadno kontrolovatelné ze strany jak zadavatele služeb, tak nezávislých kontrolních orgánů, a proto je na hospodaření s budovami nezřídka kladen oboustranně větší důraz, než na kvalitu poskytované zdravotní péče. Zároveň mohou tyto povinnosti představovat administrativní překážku pro poskytování péče: například při zřizování CDZ se opakovaně naráží na omezení nemocnic pro nakládání se státním majetkem.
98. Nemovité vybavení stávající sítě státních nemocnic v mnoha ohledech věcně nevyhovuje už současným představám o kvalitách péče, bez ohledu na reformní vize. Tzn., ke změně způsobu užívání řady nemovitostí by bylo nutno dříve či později přistoupit, i kdyby k žádné reformě nedošlo. Většina nemocničních budov není nová a jejich dispozice neodpovídá ani moderním standardům důstojného pobytu a přiměřeného komfortu pacientů, ani potřebě efektivní logistiky práce zdravotního personálu. Systematické, kvalifikované a na subjektivních představách vedení nemocnic nezávislé vyhodnocení tohoto stavu, a možností případné změny či celkově alternativního využití nemovitostí, nicméně chybí.
99. Problémem je již zmíněný nesoulad lokalizace nemocnic s územním členěním státu, v jehož struktuře je poskytována ambulantní péče, která hospitalizaci pacienta předchází (nebo by měla). V případě transformace psychiatrické péče do struktury krajských sítí zakládá tento nesoulad problémy se spádovostí (která formálně právně neexistuje, ale v praxi nadále funguje přinejmenším v důsledku aplikace práva na časovou a místní dostupnost péče) a navazujícími finančními toky.

CD. ŘÍZENÍ STÁVAJÍCÍCH SÍTÍ

100. Z předchozího je zřejmé, že v současné době v zásadě ani neexistují pro poskytování péče psychiatrickým pacientům sítě, které by bylo možno nějakým způsobem efektivně řídit, ani nástroje pro takové řízení použitelné.
101. Řízení není možné nejen kvůli organizačně nesourodé povaze dosud poskytovaných služeb, různé míře závazné hierarchizace jejich poskytovatelů a odlišném způsobu jejich financování. I po (nesnadném) odstranění těchto překážek a ustavení sítí poskytovatelů jako vnitřně koordinované entity s jednoznačnými vertikálními vazbami by jejich řízení mohlo směřovat nanejvýš k hospodárnosti jejich činnosti. I nadále by ale negarantovalo směřování k potřebnému výsledku, tzn. účinnému (z pohledu uživatelů) poskytování služeb, včetně služeb preventivních.
102. Neodmyslitelným základem koordinovaného řízení jakékoli sítě více subjektů, ať už horizontálního nebo vertikálního, je existence nějakého společného plánu. Tím se nemá na mysli plán hospodářského typu, orientovaný na parametry finančního rámce, ale plán aktivit, na který teprve finanční plán navazuje. V současné době je, při absenci pevně ukotvených sítí, těžko představitelné plánování v multidisciplinárním prostoru.
103. I kdyby měl takový akční plán vznikat ve zcela neformální spolupráci dotčených poskytovatelů, chybí jim k tomu znalost „poptávky“, tzn. zmapování potřeb cílové skupiny. Ta je zároveň širší, než souhrn pacientů registrovaných k zdravotním službám psychiatrické péče, a užší, než souhrn znevýhodněných osob, jimž jsou poskytovány služby sociální. Problémem neformálně vznikajícího plánu pak je jeho nezávaznost, tedy nepoužitelnost pro efektivní řízení celé struktury.
104. Metodicky se říditelnému stavu blíží poskytovatelé sociálních služeb v rámci zákonného institutu komunitního plánování. Ani to však není konceptem, který by se v praxi plně osvědčil. Nedaří se při něm vyvážit zájmy poskytovatelů, kteří se na plánování podílejí hlavní měrou, a uživatelů, zastoupených pouze sporadicky.
105. Poskytovatelé psychiatrických zdravotních služeb směřují k obdobnému cíli postupným ustavováním CDZ a projektem MERRPS. V poslední době dochází i k pokusům o změnu přístupu k evidenci postižení uživatelů zdravotní péče všeobecně a v mezinárodním měřítku, kdy stávající soustavu diagnostických skupin by měly nahradit či doplnit kategorie vymezené parametry funkčního postižení. Dosud existující mezinárodní klasifikace však potřebám péče o duševně nemocné příliš nevyhovuje.
106. Z oblastí, kde již komunitní péče v nějaké formě pilotně existuje, jsou sbírána data potřebná pro nové modely klasifikace a zakládána do národních informačních systémů (informační systém ÚZIS pro zdravotnictví, systémový produkt dodavatele OKSystém pro MPSV). Jejich sledováním a vyhodnocováním jejich použitelnosti se zabývají národní výzkumná pracoviště (NUDZ, VÚPSV).
107. Za stávajícího stavu nicméně zatím ani tyto nástroje obou složek multidisciplinární péče nejsou agregovatelné natolik, aby umožnily řízení společné. Na úrovni krajů již dochází k ustavování koordinačních řídicích skupin se zastoupením poskytovatelů, samosprávy a VZP. Jejich výstupy však nemají pro poskytovatele žádnou závaznost.

CE. SHRnutí KLÍčOVÝCH PROBLÉmŮ STÁVAJÍCÍHO REALIZAČNÍHO RÁMCE:

108. Z řady problémů, které musí reforma psychiatrie řešit v oblasti realizace služeb, se pro výstupy této Analýzy jako klíčové jeví:

C	Shrnutí problému realizačního rámce	Úkol pro řízení reformy
C1	Různorodost poskytovatelů služeb pro duševně nemocné osoby nemá žádný zastřešující prvek ani veřejnoprávní, ani soukromoprávní povahy. Veřejnoprávní zastřešení na adekvátní mocenské úrovni je nezbytné pro sblížení závazných nástrojů řízení a prolomení resortismu. Soukromoprávní zastřešení je vhodné pro nastavení toku zpětných vazeb pro řídicí orgány zadavatelů a poskytovatelů služeb a pro posílení všeobecného povědomí o specifických institucionálních nárocích na péči poskytovanou duševně nemocným.	<i>Usilovat od počátku o zastřešení reformy, která se fakticky týká více resortů, na úrovni vlády ČR.</i> <i>Prozkoumat mezi všemi odbornostmi, zapojenými do péče o psychiatrické pacienty, vůli ke společné aktivitě spolkového typu a nalézt pro ni vhodného iniciátora.</i>
C2	Koncept množících se Center duševního zdraví je z odborného hlediska perspektivní, nicméně jde o provizorní řešení, založené na závazkovém vztahu resortně neslučitelných poskytovatelů a jen díky tomu přechodně financovatelné z evropských fondů.	<i>V rámci řešení problému multidisciplinarity nalézt dlouhodobě udržitelný režim právní existence a financování CDZ, pokud je časem nenahradí jiný, pevněji institucionalizovaný typ poskytovatele služeb.</i>
C3	Systém financování zdravotních služeb neumožňuje hradit náklady spojené s výkony, které neprovádějí atestovaní lékaři a / nebo které nejsou prováděny v kontaktu s pacientem. I kdyby v tomto došlo ke změně, neexistují certifikované kvalifikace, ke kterým by bylo možno platby pojišťoven navázat, ani dostatek pracovníků, kteří by se mohli o tyto kvalifikace ucházet.	<i>Vytvořit či přizpůsobit vzdělávací a certifikační systém pro pracovníky poskytovatelů zdravotních psychiatrických služeb, adekvátní cílům reformy a jejím personálním nárokům, a předpokládaným změnám jejich financování</i>
C4	Stávající síť poskytovatelů psychiatrických zdravotních služeb umísťuje (zejména) lékařský personál do pevné struktury pracovního zařazení. Reforma směřuje k jejímu demontování a ke změnám pracovních podmínek pro velkou část personálu, které jsou obtížně uskutečnitelné bez toho, aby byly podloženy pozitivně motivovanou vůlí velkého množství dotčených osob.	<i>Nastavit a v odborné veřejnosti projednat motivační změny v organizaci a odměňování zdravotnické psychiatrické práce pro transformační období a pro cílový stav reformy</i>
C5	Podstatnou část alokací na psychiatrickou péči z veřejného zdravotního pojištění čerpají státní nemocnice spíše s důrazem na řádné hospodaření se státním majetkem a dodržování souvisejících veřejnoprávních povinností, než na zlepšování kvality poskytovaných zdravotních služeb.	<i>Řešit majetkovou správu nemocnic bez přímé vazby na financování a řízení zdravotní péče v nich poskytované.</i>
C6	Do nemovitého majetku psychiatrických nemocnic byly průběžně investovány prostředky ze zdravotního pojištění, vykazované v rámci psychiatrické zdravotní péče. V souvislosti s reformou, zejména s jejími transformačními náklady, by neměl být obor o hodnotu dosavadních investic krácen ani v případě, že budovy nemocnic změní využití či vlastníka, tzn., majetek uvolněný z potřeb poskytovatelů by měl svou hodnotou zůstat k dispozici potřebám uživatelů.	<i>Zmapovat využitelnost nemovitého majetku stávajících nemocnic pro další potřeby psychiatrie. Navrhnout buď úpravy nemovitostí k moderním standardům, nebo (pro majetek nepotřebný) navrhnout využití, schopné generovat doplňkové finanční zdroje pro realizaci reformy a udržitelnost cílového stavu.</i>

D. Právní rámec

109. Právní regulace dopadající na analyzovanou problematiku je rozsáhlá. Přehled právních předpisů, které bude muset zadavatel brát při koncipování a provádění reformy v potaz, uvádíme v příloze č. 5. Bez podrobnější rešerše, překračující kapacity zpracovatele vyčleněné pro tuto Analýzu a smysluplné teprve v okamžiku, kdy bude rozhodnuto o právní architektuře cílového modelu reformy, nemůžeme garantovat úplnost soupisu ani to, že neobsahuje položky nadbytečné.
110. Analýza má primárně organizačně ekonomické zadání. Podrobný rozbor právních souvislostí a dopadů reformních záměrů do právní sféry státu, zadavatelů, poskytovatelů a uživatelů služeb, vzdělávacích zařízení, rodin a jiných třetích osob, není a nemůže být jejím předmětem. Zpracování takového rozboru by se však mělo stát jedním z hlavních úkolů nejbližšího dalšího reformního postupu a je potřeba počítat s tím, že bude vyžadovat nemalé úsilí.
111. Analýza právního rámce se (na rozdíl od předchozích kapitol B., C.) cíleně nezaměří ani tak na shrnutí klíčových problémů a z nich plynoucí procesní úkoly, i když některé nutně pojmenuje. Pozornost věnujeme spíše hledání právních cest, kudy vést reformní postup průběžně, tak, aby nebyl zpomalován legislativními vsuvkami s nevypočitatelným průběhem, trváním a výsledem. Úspěšný a hladký průběh transformačního mezidobí je nutným předpokladem pro kvalitní finální ukotvení reformované psychiatrické péče v právním řádu.
112. Z hlediska právního prostředí, ve kterém bude reforma probíhat, můžeme relevantní právní předpisy rozdělit do několika skupin.
- a. Normy „pevné“, vymezující pro reformu základní právní prostor. Předmětem jejich úpravy je zejména ústavní pořádek, ochrana osobních údajů a rovné zacházení, územně správní členění a územní samospráva, hospodaření s majetkem státu, hospodářská soutěž, integrovaný záchranný systém a jeho složky, nedávná civilní rekodifikace, pracovní právo, správní a justiční procesní předpisy, legislativní pravidla vlády a jednací řády parlamentních komor). O jejich změnách nemá smysl uvažovat, ledaže by (v některých případech) by k tomu nastala zásadní, pravděpodobně s reformou nesouvisející politická příležitost
 - b. Normy „odolné“, u nichž nelze vyloučit nezbytnost dílčích úprav (například státní a územní rozpočtová pravidla, veřejné pojištění a konstituce zdravotních pojišťoven, dobrovolnictví), ale bylo by záhodno se tomu vyhnout z důvodu jejich širší platnosti a nevhodnosti otevírat návrhem na jejich změnu prostor pro politické pokusy o jiné legislativní zásahy s reformou nesouvisející.
 - c. Normy „živé“, u kterých je nutno počítat se změnami, protože se bezprostředně týkají služeb, jejichž poskytování chceme reformovat, a právě jejich dílčími úpravami bude třeba dosáhnout cílů reformy (zákony o zdravotních, sociálních a specifických zdravotních službách, odborná způsobilost lékařů a nelékařských zdravotnických povolání, a navazující prováděcí předpisy, jakož i prováděcí předpisy k jiným zákonům, např. na úseku zdravotního pojištění, vzdělávání aj.).
 - d. Normy „žádoucí“, tj. sice neexistující, ale z pohledu některých hráčů reformy potřebné. Není jisté, zda jsou de lege ferenda nezbytné, ale prvoplánově, bez hlubší analýzy, se má v kruzích podporujících reformu za to, že by mohly být prospěšné a koncepčně by zjednodušily řešení určitých problémů. Právní pohled na tyto představy může být odlišný. Hovoří se zejména o zákonu o duševním zdraví, zákonu o sociálně zdravotním (či zdravotně sociálním) pomezí, zákonu o neziskových nemocnicích.

DA. NORMY PEVNÉ

113. Jedná se o skupinu norem ústavní síly a komplexních zákonů, ohraničujících reformu ze dvou směrů. Na jedné straně jde o předpisy, které se dotýkají základních práv a právních principů, formujících lidskou integritu a meze individuálního postavení člověka ve společnosti. Ty jsou prvotním imperativem pro to, aby k reformě došlo, důvodovým rámcem pro legislativní změny nezbytné k jejímu uskutečnění a základním referenčním měřítkem její úspěšnosti. Z druhé strany stojí skupina norem, jimiž se řídí strukturovaný svět, který obklopuje každého člověka bez rozdílu. Tyto předpisy naopak vymezují nepřekročitelné právní teritorium, v němž musí realizátoři reformy nalézt cestu k cílům, vypracovaným ze skupiny první.
114. Obsah norem, garantujících základní práva a právní principy, nestojí v právním řádu izolovaně, promítají do dalších předpisů. Tzn., i do oněch pro nás „odolných“ a „živých“, u kterých nevykládáme, nebo dokonce předpokládáme, že u nich v souvislosti s reformou dojde ke změnám. Typickým příkladem je např. svobodná volba zdravotního zařízení a právo na časovou a místní dostupnost zdravotní péče (§ 11 zákona o zdravotním pojištění), soubor klientských práv pacienta v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (část čtvrtá, hlava I. zákona o zdravotních službách), přísné a přezkoumatelné podmínky pro převzetí pacienta do péče bez jeho souhlasu atd. Těchto ústavních průmětů do obecného práva se žádná reformní novela dotknout nemůže – ledaže by šlo o úpravu předmětná základní práva posilující.

DB. NORMY ODOLNÉ

115. V průběhu reformní transformace by k nim mělo být přistupováno jako k normám pevným. O změnách by se mělo uvažovat teprve po zjištění, že by bez zásahu do nich nemohly být naplněny potřebné změny v normách živých, nebo by byla přijata některá z norem žádoucích v podobě z odolných dispozic vybočující.
116. Například nelze vyloučit, že nalezení právního základu pro svéprávnou existenci CDZ a jejich financování z domácích zdrojů (úkol C2) vyvolá nutnost zasáhnout do rozpočtových pravidel územních samosprávných celků, nebo že eventuální vznik zákona o zdravotně sociálním pomezí (níže ad Dd) se promítne do reglementace zdravotního pojištění.

DC. NORMY ŽIVÉ

117. Máme za to, že alespoň některých podstatných cílů reformy by bylo možno dosáhnout izolovanými nebo zrcadlově provázanými úpravami stávajících zákonů, bezprostředně regulujících poskytování služeb. Tyto zákony (ve spojení s civilní rekodifikací) přiměřeně reflektují lidskoprávní dimenzi postavení cílových skupin péče. Ve vztahu k cílům reformy by mohly rozšířit prostor pro jejich flexibilnější aplikaci, zejména v definitorických ustanoveních zákona o zdravotních službách.
118. Zákon o sociálních službách pracuje s předpokladem souvislosti mezi potřebou sociální péče a zdravotního stavu. Např. hned v prvním paragrafu předjímá i působení sociálních pracovníků u poskytovatelů zdravotních služeb a v samostatném ustanovení řeší (dočasné) poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních (§ 52). Zákon o zdravotních službách takovou souvislost na opačnou stranu nezná, i když v charakteristikách některých zákonem vymezených druhů péče je jejich sociální rozměr na dohled. Jde např. o druhy péče dle § 5 odst. (2) písm. a), f), g), a zejména o formu péče dle § 10 (péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta), jehož aplikace ve vztahu ke komunitnímu způsobu poskytování služeb bezpochyby nabude na významu.
119. Podstatnou okolností při tom je, že řeč je o předpisech, které již obsahují zmocnění pro výkonnou moc k vydávání předpisů podzákoných (§ 120 zákona o zdravotních službách, § 118 zákona o sociálních službách, § 95 zákona o specifických zdravotních službách, § 37 zákona o odborné způsobilosti

lékařů, § 90 zákona o nelékařských zdravotnických povoláních). Ve většině případů, u zdravotních služeb vesměs, jde o vyhlášky Ministerstva zdravotnictví. Zákon o speciálních zdravotních službách však u některých vyhlášek předjímá dohodu s jiným ministerstvem nebo ústředním orgánem. Podle zákona o sociálních službách poskytování dotací krajům, určeným k zajištění dostupnosti a vymezení sítě sociálních služeb, upravuje vládní nařízení. Obdobně také výkon lékařských činností podle zákona o odborné způsobilosti lékařů a výši úhrad za atestační zkoušky nelékařských zdravotnických profesí je v působnosti vlády.

120. Rozšíření těchto zmocnění směrem k řešení úkolů realizačního rámce alespoň pro transformační období by představovalo nenásilnou legislativně technickou cestu pro postupné naplňování cílů reformy. Vzhledem k potřebě prolomit převládající striktně resortní mechanismy, ovládanými doposud poskytováním služeb, se nařízení vlády jeví jako perspektivnější forma, zejména pro eventuálně potřebnou návaznost na legislativně obtížnější dopady do odolnějšího rámce finančního.

DD. NORMY ŽÁDOUCÍ

121. V části Analýzy věnované organizačně ekonomickým a právním parametrům stávajícího stavu není zcela vhodné místo pro hodnocení neexistujících právních norem. Za zmínku nicméně stojí zaznamenané představy iniciátorů a hybatelů reformy o tom, co by mělo či mohlo být novými právními úpravami řešeno, a nezávislý pohled konzultantů na ně.
122. Případný zákon o duševním zdraví: Námět vychází z předpokladu, že jednou z možných cest pro naplnění reformních cílů je komplexní úprava, která by překlenula všechna podstatná úskalí, stojící v cestě k funkčnímu cílovému stavu, v němž by byla pro psychiatrického pacienta zajištěna komplexní zdravotně sociální služba, umožňující účinně kompenzovat jeho znevýhodnění a dát mu příležitost k životu kvalitativně srovnatelnému se zdravou populací.
123. K tomuto na pohled efektivnímu řešení lze i bez podrobnější rešerše stávajícího legislativního stavu uplatnit mimo jiné tyto připomínky:
- Námět je projevem nepříliš vítané tendence regulovat každý detail fungování společnosti závaznou speciální právní normou, jejíž dispozice nikdy nemohou plně reflektovat reálný život. Projednávání takového zákona by mohlo precedenčně vyvolat poptávku po obdobné regulaci dalších (v nadsázce řečeno) anomálií lidské existence.
 - Každý nový zvláštní zákon snižuje předvídatelnost práva, vnáší do právního řádu nepřehlednost, nutnost rozlišovat v praktickém životě obecné („normální“) situace a výjimky, rizika legislativních nedůsledností a vzniku rozporů v právním řádu, nejednoznačnost práv a povinností, plynoucí z odlišnosti obecné a zvláštní úpravy atd.
 - Nový zákon jako takový problematiku komplexně nevyřeší. Jeho součástí by tak jako tak musela být řada změnových a / nebo zrušovacích ustanovení pro jiné předpisy, bez nichž by nebylo možné novou úpravu vůbec uvést v život. To by rovněž přehlednosti právního řádu nepřispělo.
 - V dlouhodobých trendech (i v mezinárodním měřítku) se jeví pravděpodobnější upuštění od vymezení psychiatrické péče jako svébytné kategorie s velmi nezřetelnými stavovými hranicemi některých diagnóz (např. demence v důsledku Alzheimerovy choroby), a přechod k samostatné kategorii uživatelů, vyžadujících dlouhodobou péči z hlediska jejich funkčního postižení.
124. Případný zákon o sociálně zdravotním (či zdravotně sociálním) pomezí: Námět směřuje k prolomení stávajícího resortismu při financování a zajišťování veřejné péče pro znevýhodněné občany. Z povahy věci by se netýkal pouze psychiatrických pacientů, ale dopadal by na všechny, komu jsou poskytovány sociální služby a dlouhodobě nemocní (či naopak jsou pacienti a dostanou se do situace, kdy jim vznikne potřeba sociální služby). V tomto směru je záměr do jisté míry protismyslný k představě o komplexní úpravě duševního zdraví samostatným zákonem, zmíněné v předchozím odstavci.

125. Právní úprava sociálně zdravotního pomezí by totiž spíše prohloubila současný stav, kdy není snadné souběh sociálního znevýhodnění a psychiatrické diagnózy reflektovat jako zvláštní okolnost, vyžadující specifický přístup poskytovatelů péče. Úvaha o nějaké výjimce, akcentující potřeby psychiatrické reformy jako specifický problém, by směřovala k založení nerovných příležitostí mezi psychiatrickými a ostatními pacienty, jejíž eliminace je ústavní povinností zákonodárce, nehledě k legislativnímu paskvilu, který by tím pravděpodobně vznikl.
126. Lze si nicméně představit, že v budoucnosti by mohl být model multidisciplinární péče o pacienty s dlouhodobým onemocněním, vyžadujícím souběžnou zdravotní a sociální, vzájemně se podmiňující péči, uplatněn vůči širší, obecněji definované skupině uživatelů služeb, než jen pro duševně nemocné. Komplexní úpravu zdravotně sociálního pomezí jako vzdálenější cíl proto přinejmenším nevylučujeme, v dalších souvislostech je zřejmě možno považovat takovou úpravu za skutečně žádoucí.
127. Případný zákon o neziskových nemocnicích: Námět je již evergreenem zdravotní legislativy a exponovaným politickým problémem. Poptávka po konstitutivní normě, zakotvující samostatnou právní existenci nemocnic jako subjektů s garantovanými smlouvami se zdravotními pojišťovnami, hospodařících nezávisle na vůli zřizovatele, zakladatele či společníka (vlastníka) a vázaných pouze podmínkou refinancovat z případného zisku poskytování vlastních zdravotních služeb za snížených daňových povinností, přichází z mnoha stran.
128. Vzhledem k základnímu konceptu deinstitucionalizace psychiatrie, tzn. i snižování počtu psychiatrických nemocničních lůžek, by se mohlo jevit, že ve vztahu k péči o duševně nemocné jde o téma poněkud anachronické. To by však byl pohled zjednodušující přinejmenším proto, že dlouhodobá lůžková péče pro psychiatrické pacienty má být sice redukována, ale rozhodně nezanikne. Nadto, specializované nemocnice i nadále zůstanou v transformacním procesu tohoto odvětví klíčovými hráči. Krom toho by z pohledu reformy mohla mít statusová změna stávajících příspěvkových organizací na svébytnější právní formu i další pozitivní dopady, například zmírnění některých veřejnoprávních komplikací při zapojení nemocnic v procesu vzniku Center duševního zdraví a postupného plošného pokrývání spádových teritorií službami komunitního typu, apod.
129. Jedná se tedy o normu skutečně žádoucí, na rozdíl od předchozích diskutabilních. Nicméně dokud nebude známa konečná podoba nového typu zdravotnických právnických osob, a garantována doba, kdy reálně vzniknou, nemá předjímání jejich existence při koncipování reformních kroků (bohužel) velkou hodnotu.

DE. Shrnutí klíčových problémů stávajícího realizačního rámce:

130. Z řady problémů, které musí reforma psychiatrie řešit brát v úvahu v oblasti právního rámce, se pro výstupy této Analýzy jako klíčové jeví:

D	Shrnutí problémů právního rámce	Úkol pro řízení reformy
D1	Problematika péče o psychiatrické pacienty se nepřímo váže na široký okruh právní regulace. Její přesný rozsah je nezbytné znát od počátku praktických reformních postupů, ale není jej možno stanovit dřív, než bude rozhodnuto o cílovém modelu reformované péče o duševně nemocné.	<i>Jako jeden z prvních úkolů poté, co bude rozhodnuto o cílovém modelu reformy, zajistit zpracování podrobné rešerše jejího dopadu do českého právního řádu a stanovení legislativního plánu k odstranění případných legislativních nesouladů.</i>

D2	Jeví se, že ambice usnadnit reformu rychlým prosazením přijetí nových samostatných a speciálních norem zákonné síly je z více důvodů nepatřičná. Dostatečným a flexibilnějším právním rámcem (přinejmenším pro transformační období), by se mohly stát dílčí novely stávajících předpisů, upravujících zajištění relevantních sužeb, a přenesení normativních pravomocí na moc výkonnou tam, kde to je v ústavněprávním kontextu možné. Přispělo by to k plynulé realizaci reformy bez skokových otřesů, které by mohly mít (byť jen přechodný) dopad na kvalitu poskytované péče a života jejích příjemců.	<i>Na vhodném fóru (např. v rámci plnění „Prováděcí dohody o vzniku a podpoře zdravotních služeb souvisejících s reformou psychiatrické péče“ projednat společný „legislativní mikroplán“ a dohodnout postup MPSV, MZd a VZP k prosazení a přijetí minimálních legislativních změn, nezbytných pro postupnou realizaci reformních kroků.</i>
D3	Ve výhledu je na místě uvažovat o komplexní právní úpravě zdravotně sociálního pomezí. Ta by se však neměla týkat jen reformované péče o psychiatrické pacienty, ale měla by být koncipována obecněji ve prospěch všech osob, znevýhodněných sociálně v důsledku zdravotního postižení.	<i>Pokud se v další spolupráci MZd, MPSV a VZP otevře a bude upřesněna poptávka po komplexní právní úpravě zdravotně sociálního pomezí, představuje zahájená reforma psychiatrie oblast s pokročilou zkušeností, pokud jde o praktické potřeby, které by měly být takto nově právně řešeny. Nositelé reformy by proto měli tento záměr prosazovat a při jeho naplňování převzít iniciativu, avšak při respektu k obecnějšímu významu zamýšlené normy pro širší okruh znevýhodněných osob, přesahující půdorys psychiatrie.</i>

III. FORMULOVÁNÍ VARIANTNÍHO POPISU MOŽNÝCH CÍLOVÝCH STAVŮ REFORMY A NÁVRHY ZÁKLADNÍCH PRINCIPŮ PRO JEJICH NASTOLENÍ

E. Funkcionality cílového modelu

131. Pokud jde o vnitřní vztahy v systému, každá jeho složka má za současného stavu svou vertikální strukturu, na kterou jsou vázány především finanční toky. Nahlížet ji můžeme optikou funkční (materiální – kdo, co a proč něco vykonává) a ve smyslu institucionálním (procesním – kdo a jak to vykonává). Efektivní systém vyžaduje, aby oba tyto zorné úhly byly co možno koherentní vzájemně, a společně ve vztahu k finančním tokům.
132. Stratifikace stávajícího systému péče o psychiatrické pacienty ve funkčním smyslu odpovídá vertikálnímu pohledu na známou triádu zadavatel – poskytovatel – uživatel (se zpětnou vazbou v opačném směru), známou ze sociální péče. Takový pohled, jak bylo naznačeno v části C. předchozí kapitoly II., nekoresponduje s procesním členěním stávající soustavy veřejných služeb. Rozdílnosti finančních toků tento nesoulad dále prohlubují. Základní funkcí cílového modelu, který tato Analýza hledá, je tyto inkoherece odstranit, vymezit všem účastníkům systému jednoznačné role a zajistit uživatelům maximální užitek z vynaložených prostředků.
133. Jako o možném řešení se při zahájení práce na reformě mimo jiné uvažovalo o vzniku subjektů korporálního typu (s pracovním označením „trust“ – viz níže), v němž jsou sdruženi zadavatelé a poskytovatelé služeb s působností zhruba pro území samosprávných krajů. Vychází z inspirace zahraničními modely, nastolenými v zemích, kde deinstitucionalizace psychiatrie již nějakou dobu probíhá. V nich je dvousložkovost služeb překonávána různými formami jejich agregace na principu vzniku zvláštních subjektů, oprávněných poskytovat zdravotní a sociální typy služeb komplexně na bázi společného financování. V odborných debatách hybatelů reformy se pro takového zadavatele vžil pojem „trust“.
134. Z diskusí mezi zpracovateli Analýzy a týmem jejího objednatele nakonec vyplynulo, že směr uvažování, kdy zadávání a poskytování služeb splyne v jednom subjektu, není šťastný. Řízení takové korporace by se blížilo samosprávnému principu, který je legitimní, pokud v něm účastníci rozhodují o svých vlastních zájmech a svých vlastních prostředcích. Při rozhodování o tom, jak budou za cizí (veřejné) peníze uspokojovány potřeby třetích (fyzických) osob, nota bene znevýhodněných, by se i v podmínkách absolutní dobré víry a poctivosti staly obtížně řiditelné pro nepřetržité vnitřní konflikty zájmů, a vyvolávaly by pravděpodobně opakovaná politicky citlivá podezření.
135. Bez ohledu na možné námitky proti označení „trust“, vycházejícímu z anglosaských právních konceptů, se ho v této Analýze budeme zvykově držet, ale pouze ve vztahu k poskytování služeb (viz dále odst. 186 a násl). Pro institucionalizaci zadávání služeb budeme uvažovat o subjektu/ech, označovaném/ých v českém legislativním prostředí u jiných externích aktivit praktické exekutivy jako „agentura“.
136. V dosud proběhlých odborných diskusích nejen, že nebyla představa o architektuře a vnitřním fungování agentury / trustu jednoznačně sdílená, ale v některých ohledech zřejmě dosud ani dostatečně konkrétní představa neexistuje. Jedním z cílů této Analýzy je takovou architekturu navrhnout. Vycházíme z potřeby agregovat čtyři komponenty: zadávání X poskytování – zdravotních X sociálních služeb do dvou složek jednoho systému: zadávání a poskytování služeb.

EA. ZADÁVÁNÍ SLUŽEB

137. Ve zdravotních službách, hrazených z veřejného pojištění, garantuje (těžko říci zadává ve stejném smyslu, jako je tomu u služeb sociálních) dlouhodobou a následnou nemocniční psychiatrickou péči stát, akutní lůžkovou péči kraj. Ambulantní péče je garantována nepřímo prostřednictvím krajských souhlasů se vznikem pracoviště. K zadávání služeb dochází ze strany zdravotních pojišťoven, avšak až v následném režimu, bez toho, aby byly plánovitě zohledňovány potřeby. Na kontrolní činnosti se podílejí stát, kraje a pojišťovny ne zcela přehledným způsobem.
138. V sociálních službách je ve vztahu k psychiatrickým pacientům rozhodná veřejná dotační politika. Nakupování služeb ze strany uživatelů přes příspěvek na péči pokrývá co do objemu jen marginální část poskytované péče. Za současného stavu služby zadává buď stát přímo, tzn. adresnými dotacemi, nebo prostřednictvím kraje. Ten pak se chová jako zadavatel služeb, ale nezřídka (nikoli vždy) péči o uživatele zadává sám sobě nebo subjektům navázaným na svůj rozpočet, a to jak za prostředky vyčleněné ze státního rozpočtu, tak za prostředky vlastní. Kraji přísluší i podstatné kontrolní funkce.
139. Sjednocení takto dvousložkového a nekoherentního zadávání péče o specifickou skupinu uživatelů, vyžadujících neoddělitelně oba typy služeb, není zřejmě možné jiným způsobem, než ustavením jednotného zadavatele, tzn. vznikem agentury, jako unitárního zadavatele, spojeného institucionálně s finančními zdroji, nikoli s jejich čerpáním. Funkčnost, transparentnost a potřebnou flexibilitu zadávání a financování služeb zajistí zastoupení poskytovatelů a uživatelů v kontrolních orgánech agentury.
140. Agentura disponuje prostředky, sdruženými z veřejných rozpočtů a ze zdravotního pojištění, jako s jediným kumulativním zdrojem, a zajišťuje jejich flexibilní distribuci mezi poskytovatele dle aktuálních potřeb uživatelů, jejichž mapování agentura průběžně zajišťuje. Jsou-li podkladem pro zadání služeb zjištěné potřeby jejich uživatelů, odpadá dosavadní tendence služby zadávat (tzn. především financovat) na základě potřeb poskytovatelů.
141. Agentura sama služby neposkytuje, zadává je u poskytovatelů na smluvním základě. Součástí závazkových vztahů je i vymezení odpovědností a kontrolních mechanismů, a povinnosti poskytovatelů ke sběru informací o poskytované péči a jejich výsledcích, které agentura shromažďuje pro potřeby plánování a hodnocení zadávaných služeb. K tomu agentura vypracuje, a po projednání s poskytovateli služeb (viz dále „trust/y“) stanoví metodiku, závaznou na národní úrovni.
142. Agentura svou činnost směřuje ke standardizaci služeb na národní úrovni jako plánovacímu a kontrolnímu nástroji. Nad rámec běžné standardizace pracovních postupů a hodnocení jejich pracnosti a nákladovosti, charakterizujících efektivitu poskytovatelské práce, se agentura soustředí na stanovení a sledování hodnotitelných indikátorů pro měření její účinnosti.
143. Agentura hodnotí účinnost poskytovaných služeb ve střednědobých obdobích ve vztahu oběma globálním cílům (kap. I. odst. 6.). K tomu agentura stanoví indikátory životních kvalit na straně uživatelů, včetně jejich lidskoprávní dimenze, a zajistí jejich sledování prostřednictvím poskytovatelů. Zároveň spolupracuje s orgány veřejné moci a zdravotními pojišťovnami na stanovení indikátorů účinnosti ve vztahu k širším společenským zájmům, jako je zaměstnanost, bezpečnost a veřejný pořádek. Zadávané služby na jejich základě vyhodnocuje co do společenského dopadu a ten promítá jako podstatné kritérium do navazujících plánovacích procesů.
144. Agentura by jako zadavatel, vzhledem k multidisciplinárním specifikům uživatelských potřeb psychiatrických pacientů, měla mít i specifické kompetence, pokud jde o zajišťování akreditace či

certifikace² (pro poskytovatele) a atestace (pro jejich pracovníky) odborných činností, včetně podmiňujícího kvalifikačního vzdělávání, poskytovaného nad rámec obecného vzdělávacího systému. Zajišťováním se míní nikoli vlastní činnost agentury, ale spíše objednání (zadání) potřebného kvalifikačního či rekvalifikačního programu u existujících či za tím účelem vzniklých oprávněných institucí.

145. Legitimní úvaha by měla být vedena k rozhodnutí, zda a do jaké míry by agentura měla / mohla disponovat majetkem, který by dle potřeby přenechávala do užívání poskytovatelům (pronajímala) zároveň s nasmlouváním zadaných služeb. Vyhodnocení výhod a nevýhod takového uspořádání nelze v rámci této Analýzy snadno zobecnit. Posouzení musí vycházet z konkrétních informací, o jaký majetek by se mohlo jednat a jaké podmínky budou poskytovatelé ve vznikajících sítích potřebovat (což bude známo až v pokročilejším stadiu reformy poté, co bude vyřešena institucionální struktura poskytovatelů a nějakou dobu poběží pilotní projekty).
146. Konečně, lze si představit situaci, že v některé lokalitě se faktické zadání některých služeb stane od začátku problémem prostě proto, že nebude k dispozici vhodný poskytovatel. Pro takový případ je zřejmě nutno počítat s tím, že úlohou agentury bude zajistit i vyplnění této mezery, tzn., bude plnit funkci iniciátora a koordinátora vzniku potřebného subjektu, ve výjimečném případě i jeho zakladatele.

EB. POSKYTOVÁNÍ SLUŽEB

147. Poskytovatelé zdravotní péče tak, jak dosud fungují, jsou součástí celkového systému zdravotnictví, regulovaného společnými předpisy a pravidly. Lze si těžko představit, že by v existujícím právním rámci zdravotních služeb došlo k nějakým změnám, pokud jde o péči věnovanou psychiatrickým pacientům jako nějaké výlučné, zdravotními potřebami se od ostatních nemocných odlišující skupiny uživatelů. Funkční diferenciací systému podle diagnózy by byla i na hranici ústavnosti. Jistý posun v budoucnu by snad mohla vyvolat kategorizace uživatelů podle funkčních postižení (viz odst. 105, 123)
148. Co do zdravotních služeb bude nadále existovat dlouhodobá lůžková péče, akutní lůžková péče a ambulantní péče. Změny v důsledku reformy se budou týkat především celkových objemů a poměru výkonů mezi jednotlivými formami, a odlivu pacientů pod péči nového typu. Legitimní úvahou je postupná eliminace svébytné existence psychiatrických nemocnic jako zařízení, poskytujících specializovanou dlouhodobou lůžkovou péči výhradně pro duševně nemocné. Výhledově zřejmě nic nebrání tomu, aby taková dlouhodobá péče byla institucionálně včleněna do nemocničních zařízení všeobecného typu, při vyřešení provozních potřeb zvláštních typů nucených hospitalizací.
149. Na okraj je na místě poznamenat, že tato Analýza je svým způsobem zjednodušující, neboť se zabývá pouze „základním“ typem uživatele služeb, tj. člověkem, který je nemocen „pouze“ duševně, a jeho sociální potřeby neoddelitelně souvisejí s tímto onemocněním. V reálné praxi však nejsou vzácné případy, kdy jde zároveň o pacienty se somatickým postižením, kteří vyžadují zdravotní i sociální péči v širším rozsahu, než umožňuje stávající systém, popisovaný v kapitole II. Zohlednění tohoto problému v reformních konceptech se nebude možné vyhnout, ale přesahují rámec této Analýzy. Zapojení všeobecných nemocnic do reformy se nicméně již nyní jeví jako naléhavě potřebné.
150. Není zcela zřejmé, do jaké míry v těchto souvislostech reforma zasáhne do autonomie ambulantních lékařů. Reformní úvahy se zatím vedou spíše v okruhu institucionálních zdravotních zařízení, zpětná vazba ze strany soukromých praxí prozatím chybí (nebo ji zpracovatelé Analýzy nezaznamenali).

² Akreditací zde rozumíme konstitutivní oprávnění služby poskytovat. Certifikací rozumíme potvrzení, že podmínky akreditace jsou dodržovány. Předpokládáme, že certifikace by se u akreditovaných poskytovatelů měla provést po roce od akreditace a pak v několikaletých intervalech opakovat.

151. Systém poskytování sociálních služeb dosud neumožňuje uvažovat o partikulární péči, poskytované duševně nemocným osobám, jako o systémovém prvku. K takové specializaci služeb dochází pouze při výkonu některých soukromoprávních poskytovatelských aktivit, aniž by ale byly specializovaně zadávány.
152. To, co reformu charakterizuje, je vznik nového pilíře dosud systémově neposkytovaných zdravotně sociálních služeb, především terénních, a pevné umístění jejich poskytovatelů v celkovém systému, tzn. včetně transparentního zadávání takových služeb. V této Analýze prozatím vycházíme z předpokladu, že smíšené terénní služby budou poskytovány prostřednictvím universálního typu multidisciplinárního poskytovatele, fungujícího na principech Center duševního zdraví.
153. Poskytování terénní zdravotně sociální péče prostřednictvím CDZ již v některých lokalitách fakticky probíhá. Existují i jiné typy neformálně a nekoordinovaně ustavených lokálních multidisciplinárních týmů, zanášejících do stávajícího stavu dílčí nesystémovost. Nelze vyloučit, že i do budoucna praxe ukáže nezbytnost zapojit pro zajištění komunitních služeb do cílového řešení více typů poskytovatelů. Počítá se i s jinými, ryze zdravotními formami alternativní péče o duševně nemocné např. formou tzv. rozšířených psychiatrických ambulancí. I když nelze vyloučit, že ve finálním stavu se systémoví poskytovatelé multidisciplinární péče budou jmenovat jinak a bude jich třeba i více druhů, budeme pro přehlednost označení CDZ v této Analýze nadále používat jako pojmovou zkratku pro jakákoli v budoucnosti institucionalizovaná multidisciplinární pracoviště.
154. Na vznikajících principech věcné náplně existujících a v budoucnu vzniklých CDZ se v průběhu deinstitucionalizace zřejmě nic významného zřejmě nezmění, bude se „pouze“ zlepšovat kvalita péče v důsledku zlepšující se koordinace, návaznosti jednotlivých činností a výkonů, a postupné personální stabilizace. Rozšířit však bude nutno jejich informační funkce a zapojení zpětné vazby do plánovacích procesů, které by měly kvalitu zvyšovat systémově.
155. To bude probíhat průběžně a víceméně kontinuálně již v rámci stávajícího typu závazkových vztahů, které v institucionálním smyslu nahrazují právní subjektivitu CDZ. Avšak v určitém okamžiku nastane u nich institucionální zlom, jakmile bude dosaženo pevnějšího ukotvení jejich právní existence a vazby na soustavu veřejné péče v právním systému, což považujeme za podmínku pro jejich včlenění do systému poskytovatelů, napojených na sjednocené zadávání a financování služeb.
156. Do budoucna považujeme za nezbytné konstituovat právní osobnost CDZ. Na rozdíl od agentur předpokládáme, že subjektivita CDZ bude korporáčního typu, tzn., bude založena na členském principu.
157. Obdobně jako u různorodých zadavatelů, i u mnohem různorodějších poskytovatelů je pro zřízení sítí multidisciplinárních služeb nutné dvousložkový systém spojit do jednoho systémového celku. Nikoli pro faktické poskytování péče, ale za účelem zapojení poskytovatelů do mapovacích a plánovacích funkcí agentur(y).

F. Vlastnosti a parametry cílového modelu

158. K tomu, aby cílový stav směřoval k dosažení globálních cílů reformy (viz odstavec 6. první kapitoly), vyplynuly ze strategických dokumentů a z diskusí, které proběhly při zpracování této analýzy mezi jejím zpracovatelem a objednatelem, následující požadavky na vlastnosti budoucího systému:
- Péče, kterou psychiatrickí pacienti vyžadují, je dvojího druhu (v právním smyslu), ale musí být vzájemně propojená, koordinovaná a kontinuální. K tomu není jiné cesty, než multidisciplinární systém, v němž budou uživatelům poskytovány současně služby zdravotní a sociální, na základě společného zadání.
 - Poskytování obou okruhů péče by mělo prvotně vycházet ze včasné intervence. Tu by zajišťoval terénní multiprofesní tým formou proaktivních, avšak neinvazivních postupů, založených na průběžném kontaktu s uživatelem v jeho přirozeném prostředí. Proto bude nutno pro systém zajistit větší počet kontaktních pracovníků – případových (case) managerů, s odpovídající

kvalifikací a dlouhodobou vazbou na konkrétní klienty, a s kompetencí zaznamenat a v prvním kroku řešit výkyvy jak jejich zdravotního stavu, tak sociální situace včasnou diagnostikou a/nebo zahájením či úpravě terapie indikovaných poruch. K tomu by mělo docházet na základě operativního vyhodnocení situace v malém ambulantním týmu konsiliárního typu, kde se terénní informace case managerů shromažďují, vyhodnocují a navrhuji potřebné intervence, či následně schvalují a korigují bezprostřední zásahy, provedené v bezodkladné naléhavosti.

- Systém by měl umožnit přesah výkonných kompetencí mezi zdravotní a sociální oblasti. Zdravotní zařízení by ve své věcné a ekonomické působnosti zajišťovala poskytování sociální péči a naopak poskytovatelé sociálních služeb by mohli zajišťovat nezbytnou péči zdravotní. Funkčnost takového skloubení zdravotního a sociálního sektoru však podmiňuje sdílené financování, které umožní flexibilní přesouvání prostředků mezi poskytovateli (dominantně) sociálních a (dominantně) zdravotních služeb dle momentálních potřeb klientů.
- V multidisciplinárním systému je nutné redefinovat pracovní náplně osob, které péči poskytují a jejich začlenění do systému včetně možnosti sdílení lidských zdrojů různými pracovišti, jednoznačné pravomoci a odpovědnosti jednotlivých poskytovatelů a jejich (případných) společných řídicích orgánů.
- Systém musí osobnost klientů (v právním a ústavním smyslu), maximalizovat jejich inkluzi do každodenního života a k tomu facilitovat zapojení rodin a blízkých občanských komunit, jsou-li k dispozici.
- Systém, resp. jeho řízení, by měl umožnit plošné i individuální zvyšování kvality poskytované péče, ve smyslu jak subjektivního vnímání ze strany uživatelů, tak objektivního zvyšování její účinnosti, hodnocené na základě účelně stanovených indikátorů, vycházejících z globálních cílů reformy.

159. Pro variantní popis možných cílových stavů považujeme za závazné východisko soubor partikulárních cílů, formulovaných v odstavci 7. první kapitoly, tj.:(připomínáme)

- a. (7.1.) Minimalizace dlouhodobé lůžkové péče a zajištění přechodu významné části dosud hospitalizovaných pacientů do komunitních forem péče, poskytované v síti efektivně propojených poskytovatelů vzájemně navazujících zdravotních a sociálních služeb, působících v logisticky dobře obsluhovatelých územích přiměřené velikosti. Nezbytnou lůžkovou psychiatrickou péči řešit posílením pracovišť, poskytujících služby v akutním režimu.
- b. (7.2.) Stanovení dlouhodobě udržitelného financování celého systému a motivujícího způsobu úhrady za péči
- c. (7.3.) Adekvátní personální zajištění pečovatelských činností
- d. (7.4) Řízení systému na základě zjišťování a uspokojování potřeb pacientů s důrazem na prevenci
- e. (7.5.) Nastavení metod sledování a hodnocení kvality poskytovaných služeb, a zavedení mechanismů zpětné vazby pro zvyšování jejich účinnosti (evaluace).

160. Popis cílového stavu charakterizujeme čtyřmi systémovými parametry, navrženými v odstavci 14 první kapitoly:

- i. (14.1.) Účelná a přiměřená organizovanost systému
- ii. (14.2.) Dostatečné a efektivně využitě ekonomické zabezpečení systému
- iii. (14.3.) Dostatečně kvalitní a kvalifikačně úplné personální naplnění systému.
- iv. (14.4.) Efektivní nástroje pro řízení systému

FA. ORGANIZACE

161. Bez ohledu na vnitřní vztahy systému je nezbytné ho horizontálně strukturovat do jednotek takového rozměru a pokrývajících takovou velikost cílové skupiny, aby bylo možno ho efektivně řídit a kontrolovat. Z celkového kontextu organizace veřejných služeb a veřejné péče v ČR, jakož i statistických jednotek v rámci EU, se logicky nabízí respektování územně správního členění státu do vyšších samosprávných celků – krajů. To ostatně předjímá i zadání této Analýzy (k tomu viz komentář k zadání v odstavci 2. první kapitoly).
162. Logickým postupem pak je další členění správních obvodů kraje do menších přirozeně spádových celků, ve kterých působí ambulantní a multidisciplinární terénní pracoviště. Projekt vzniku CDZ počítá na konci reformy s cca stovkou center. Není nepravděpodobné, že další regionalizace péče o psychiatrické pacienty se ustálí v územní struktuře obdobné bývalým okresům (bez územně členěné Prahy jde o celkem 76 správních obvodů). Jejich historické hranice do značné míry respektovaly přirozenou spádovost a dopravní dostupnost, a doposud vymezují správní a soudní obvody řady institucí (včetně např. svou působností blízkých úřadů práce a správ sociálního zabezpečení).
163. V souvislosti s regionalizací bude nutno řešit rozpor hranic územních celků podle administrativního členění státu a faktické (právně nepodložené a nevynutitelné) spádovosti stávajících psychiatrických nemocnic, které jsou (zatím) funkčně dominantními, a zároveň reformou nejvíce zasaženými poskytovateli zdravotní složky péče o duševně nemocné.
164. Jedním ze základních shora naznačených výstupů této Analýzy pro architekturu cílového modelu je vyjasnění vzájemných pozic zadavatelů a poskytovatelů. Zatímco u zadavatelů je množina klíčových hráčů víceméně legislativně stabilizovaná a již jsme dospěli k závěru, jak jejich vztahy uspořádat pod jednu entitu agenturního typu, u poskytovatelů je institucionální struktura barvitější, právně neukotvená a v průběhu jakýchkoli reformních kroků vystavená turbulentním tlakům. I tak ale bude, vzhledem ke klíčové roli plánovacího procesu finančních toků návazně na objektivně zjišťované potřeby uživatelů (nikoli poskytovatelů) žádoucí, aby v cílovém modelu měl/i agenturní zadavatel/é na straně poskytovatelů „protistranu“ (samozřejmě se má na mysli především partnerství) s obdobnou teritoriálně vymezenou strukturou.

Fa1. Organizace zadávání služeb – agentura/y

165. Principiálně se jeví nezbytné, aby agentura měla soukromoprávní subjektivitu, co možno svrchovanou. Pokud by byla odvozená, muselo by s ní být spojeno oprávnění a povinnost jednat vlastním jménem a na vlastní účet přinejmenším v rozsahu, v jakém práva, povinnosti a odpovědnosti zadavatele obou typů služeb dopadají do soukromé sféry.
166. Současný právní řád konstituuje několik typů právnických osob v režimu soukromého i veřejného práva. Žádný z nich ale nesplňuje bezesbýtku parametry, které od agentur(y) v reformovaném systému poskytování psychiatrické péče očekáváme. Nejbližší danému účelu je svou povahou zapsaný ústav. V úvahu připadá i příspěvková organizace, u té by ale vznikly problémy s kolektivním řízením a s pluralitním financováním (viz níže). Tak či onak by se jednalo o subjektivitu založenou spíše na majetkovém, než na osobním principu.
167. Považujeme za víc než účelné, aby agentura podléhala řízení a kontrole vlastními orgány kolektivního typu, v nichž by byly zastoupeny subjekty podílející se na finančním (zadavatelé) i věcném (poskytovatelé) zajištění zadávaných služeb a na garantování jejich kvality. Co se týče kontrolních funkcí (členství v dozorčích orgánech) a zpětných vazeb, lze jen doporučit i zastoupení uživatelů, pravděpodobně prostřednictvím právnické osoby spolkového typu.

168. Ústavněprávní rozměr pozice uživatelů v systému poskytování veřejné péče mimo jiné vyžaduje, aby systém byl v celostátním měřítku předvídatelný a aby nezakládal nedůvodně teritoriální rozdíly. Toho lze dosáhnout dvojí cestou – buď centrálním řízením, nebo centrální koordinací, spolu s transparentním plánováním a utrácením financí.
169. Konceptně je tedy klíčovou otázkou, zda ve vztahu k horizontální (teritoriální) distribuci výkonů a peněz vznikne agenturní model zadávání služeb jako singulární, vnitřně členěný systém, řízený více či méně vrchnostenskými postupy shora (dále státní agentura - „Agentura S“) nebo jako pluralitní decentralizovaná struktura samostatných regionálních zadavatelů, zastřešená společným koordinačním a kontrolním mechanismem (dále regionální agentury - „Agentury R“).

Fa1.1. Organizace Agentury S

170. Agentura S vznikne jako právní subjekt nezávisle na zřizovatelských či zakladatelských³ funkcích kteréhokoli z dotčených ministerstev - ta by nicméně měla společně rozhodující slovo při stanovení zásad a limitů řízení agentury. Možný způsob vzniku takové agentury je buď normativní (ze zákona), nebo z rozhodnutí moci výkonné, tzn. aktem či právním jednáním některé z organizačních složek státu. Vedle ministerstva/ev připadá v úvahu Úřad vlády. Ten, krom toho, že jeho postavení v exekutivě zaručuje požadovanou nezávislost na resortních zájmech, má v působnosti lidskoprávní problematiku, která se do zadávané péče o psychiatrické pacienty imperativně promítá.
171. Statutární dokumentace Agentury S pevně ustaví dekoncentrované organizační jednotky s odvozenou právní subjektivitou (obdobu pobočných spolků nebo odštěpných závodů) a s vymezenou teritoriální působností v rámci správních obvodů (samosprávných) krajů.
172. K zajištění rovnováhy v uplatňování resortních vlivů vykonává vrcholové řízení Agentury S kolektivní orgán (dále „správní rada agentury“) se zastoupením ústředních orgánů státní správy. Logické zastoupení ve správní radě mají Úřad vlády, Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo financí a Všeobecná zdravotní pojišťovna, nebo raději Asociace zdravotních pojišťoven, je-li funkční. Ke zvážení je zástupce Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Výkonné řízení Agentury S svěří vláda osobě, navržené ve shodě ministrem zdravotnictví a ministrem práce a sociálních věcí (dále „výkonný ředitel“). Výkonný ředitel pak v rámci organizačního řádu Agentury jmenuje odborné náměstky pro oblast zdravotní a sociální na návrh příslušných ministerstev.
173. Správní rada má pravomoc přizvat k projednání přesahových otázek zástupce dalších ústředních správních orgánů.
174. Organizace teritoriálních dekoncentrátů Agentury S (dále „pobočky agentury“) částečně odráží schéma centrálního řízení. Jejich vrcholným orgánem je rovněž kolektivní těleso (dále „regionální rada agentury“). V něm jsou zastoupeny krajské úřady (dvojmo, jako organizátoři zdravotnictví a zadavatelé sociálních služeb) a krajské pobočky VZP, případně úřady práce. K výkonnému řízení pobočky agentury jmenuje výkonný ředitel Agentury S na návrh dozorcí rady pobočky (viz níže) manažera pobočky.

³ Nový občanský zákoník shrnuje oba způsoby vzniku právnické osoby pod pojem „ustavení“. Vzhledem k výše vysloveném předpokladu, že by agentura zřejmě spíše neměla být příspěvkovou organizací, budeme spíše uvažovat o jednání či aktu zakladatelském.

175. Soulad řízení Agentury S s jejím účelem a právním rámcem sleduje na centrální úrovni kolektivní kontrolní orgán (dále „dozorčí rada agentury“), složený ze zástupců poskytovatelů s celostátní působností (za ty je, vzhledem ke svobodě volby zdravotního zařízení, nutno považovat psychiatrické nemocnice, některé poskytovatele sociálních služeb s celostátní působností, navázané na přímé financování z kapitoly MPSV), krajských samospráv. Případně může jít i o autonomní, tzn. s krajem rozpočtově nesvázané poskytovatele s regionální působností (pokud budou udržitelně existovat). Členové dozorčí rady agentury jsou navrženi pobočkami tak, aby v dozorčí radě byly zastoupeny všechny základní formy péče: dlouhodobá lůžková péče, akutní lůžková péče, ambulantní péče a terénní sociálně-zdravotní péče. K omezení počtu členů dozorčí rady agentury se může u zástupců poskytovatelů uplatnit např. rotační mechanismus obsazování krátkodobých mandátů z více návrhů. Se zjištěnými problémy se dozorčí rada agentury obrací na výkonného ředitele, který věc buď vyřeší po projednání s příslušným odborným náměstkem, nebo ji předloží správní radě agentury.
176. Na regionální úrovni dohlíží na řízení pobočky agentury rovněž kolektivní kontrolní orgán (dozorčí rada pobočky), složený ze zástupců krajské samosprávy a regionálních poskytovatelů služeb, vybraných na obdobném principu, jako pro dozorčí radu agentury.
177. Formální legitimaci pro členství v orgánu získávají:
- Členové správní rady agentury rozhodnutím příslušného ministra a ředitele VZP o jmenování
 - Členové regionální rady agentury usnesením správní rady agentury
 - Členové dozorčí rady agentury usnesením vlády o jmenování do funkce
 - Členové dozorčí rady pobočky usnesením dozorčí rady agentury
178. Správní rada Agentury S ustavuje pro formalizaci výkonu působností agentury další orgány (příklad: akreditační a certifikační orgán, působící celostátně jako koordinátor, a v dekoncentrované regionální struktuře jako vykonavatel).

Fa1.2. Organizace Agentury R.

179. Regionální agentury vzniknou obdobně jako Agentury S buď obecně závazným předpisem, nebo zakladatelským jednáním. Logickým zakladatelem je kraj, kterému to však musí být uloženo zákonem.
180. Pro metodické vedení Agentur R a koordinaci jejich plánovací činnosti vláda zřídí a na společný návrh ministrů zdravotnictví a práce a sociálních věcí obsadí funkci Zmocněnce pro péči o duševní zdraví. Zmocněnec zároveň monitoruje působení Agentur R a případné nesrovnalosti přenesl k řešení na úroveň ministerstva, jehož působnosti se problém dotýká, případně k Odboru lidských práv a menšin Úřadu vlády. Na úrovni Zmocněnce je zastřešena problematika regionálně prováděných akreditací a certifikací.
181. Organizačně by Zmocněnec spadal zřejmě do Sekce pro lidská práva. V jeho působnosti může vzniknout samostatný poradní orgán, nebo bude koncepční věci řešit ve spolupráci s Vládním výborem pro zdravotně postižené občany.
182. Správní rada Agentury R může mít složení obdobné, jako regionální rada Agentury S., tzn., ji tvoří zástupci krajského úřadu, regionální pobočky VZP a Úřadu práce. Ke zvážení je, zda by nebylo účelné delegovat do správních rad Agentur R zástupce obou odvětvových ministerstev. Výkonného ředitele Agentury R jmenuje zastupitelstvo kraje po předchozím souhlasu Zmocněnce. Odborné náměstky jmenuje výkonný ředitel na návrh VZP po projednání s MZd a krajského úřadu po projednání s MPSV.
183. Dozorčí rada Agentury R může mít obdobné složení jako dozorčí rada pobočky Agentury S.

184. Formální legitimaci pro členství v orgánu získávají:
- Členové správní rady Agentury R rozhodnutím hejtmána, ředitele VZP a ředitele Krajského úřadu práce o jmenování, nebo též rozhodnutím příslušného ministra jako u Agentury S
 - Členové dozorčí rady Agentury R rozhodnutím rady kraje o jmenování do funkce
185. *Poznámka:* v interním smyslu se budou na regionální úrovni chovat víceméně shodně pobočky Agentury S a Agentury R. Pro jejich orgány v dalším textu bude zkráceně řeč o regionální správní radě a regionální dozorčí radě.

Fa2. Organizace poskytování služeb

186. Většinu podstatných principů potřebné k organizaci poskytování služeb jsme nastínili výše v části Eb. Stávající síť zdravotnických zařízení v základech zůstanou tak jak jsou, dokud nenastane organizačně vhodný čas k individuálním změnám – předpokládá se zejména útlum dlouhodobé lůžkové péče a posílení péče akutní a následné, což může být provázeno s transformací či sloučením některé psychiatrické nemocnice do nemocnice všeobecného typu. Jako systémově čisté řešení se hybatelům reformy jeví v delším výhledu úplný zánik specializovaných psychiatrických nemocnic, k posouzení reálnosti této představy však bude nutno návazně na tuto Analýzu zpracovat podrobnější analýzu cílových modelů poskytovatelské struktury pro potřeby mapování potřeb a zapojení poskytovatelů do plánovacích procesů (viz závěry této Analýzy).
187. Může dojít ke změně typu právní subjektivity u nemocničních zařízení (k tomu ostatně může docházet i bez ohledu na reformu; kraje kupříkladu politicky volí mezi zakládáním obchodních společností a zřizováním příspěvkových organizací), ani to však nemusí znamenat větší zásah do organizace systému. Žádoucí by byla změna způsobu jejich řízení tak, aby pružněji reagovalo na informace o reálné potřebě, zprostředkované nějakým poradním nebo kontrolním orgánem. To je ve vztahu k jejich statusu příspěvkových organizací obtížně realizovatelné direktivně, vedení nemocnic musí mít motivaci k neformálním aktivitám tohoto směru. V každém případě se však značně změní poměr mezi výkony stávajících institucí, a v té souvislosti pravděpodobně proběhnou nemalé personální přesuny.
188. Psychiatrických nemocnic se zpočátku dotknou především změny objemu výkonů, jejich obsah prodělá pouze dílčí kvalitativní změny v souvislosti s požadavkem humanizace hospitalizační péče. Jejich klientela se zmenší o podstatnou část, o kterou se podělí jiní poskytovatelé péče, z nichž ti dosavadní budou měnit i obsahovou náplň pečovatelských činností. Krajské nemocnice posílí své psychiatrické kapacity a dosavadní akutní péče bude zřejmě zčásti rozšířena o bezprostřední péči následnou. Uvažuje se o rozšíření sortimentu služeb, poskytovaných ambulantními ordinacemi.
189. Lze si představit, že kdyby zůstalo jen při změnách ve stávajících sítích, nebyly by ani v této souvislosti nutné zásadní organizační změny a ledacos by vyřešila postupná změna zvykových pravidel. Situace se však mění v okamžiku, kdy do systému vstupuje jako nový prvek sdílené poskytování zdravotní a sociální péče prostřednictvím nového typu multidisciplinárního poskytovatele (typ CDZ). Organizaci systému pak je třeba přeskupit a navázat na jejich existenci.

Fa2.1. Organizace CDZ

190. Vhodný model bude nutno odvodit na základě zkušeností s provozováním stávajících pilotních projektů, realizovaných formou smluvních sdružení bez právní subjektivity. K tomu zpracovatelé analýzy nemají dostatečné podklady a bylo by to i předčasné. Organizace CDZ e zřejmě bude vyvíjet postupně na evolučním principu.
191. Jak již bylo zmíněno, na rozdíl od agentur(y), kde se přikláníme k majetkovému typu právní osobnosti (zřejmě ústavu), u CDZ připadá v úvahu spíše korporáční typ subjektivity založené na členství. To je zřejmě jediná cesta, jak v CDZ provázat rozličné typy právnických osob, působících na „trhu“ sociálních a zdravotních služeb.
192. Výjimečná situace může nastat v místě, kde nebudou pro založení CDZ vhodné členové. V takovém případě by se uplatnila zakladatelská způsobilost agentury (viz výše odst. 146).

193. Pokud jde o zapojení nemocnic, domníváme se, že i státní a krajské příspěvkové organizace by mohly vhodnou úpravou zřizovacích listin získat oprávnění k členství v organizaci spolkového či družstevního typu s odpovídajícím předmětem činnosti, pokud by při tom byly jasně vymezeny limity veřejnoprávní regulace jejich hospodaření (např. zákon o majetku České republiky č. 219/2000 Sb., rozpočtová pravidla 218/2000 a 250/2000 Sb., zákon o zadávání veřejných zakázek č. 134/2016).
194. Kromě zřetelného oddělení zadavatelské a poskytovatelské funkce je dalším významným benefitem konceptu, kdy poskytovatelé nejsou součástí agentury a tvoří společně jinou institucionální strukturu na členském principu, prolomení teritoriálních disproporcí mezi krajskou územní působností a spádovostí státních nemocnic. Těm by totiž zřejmě (za podmínky uvedené v předchozím odstavci) nic nebránilo v začlenění do více CDZ, bez ohledu na to, v kterém kraji působí.
195. Jednoznačně tedy uzavíráme, že organizovat poskytování služeb do jiných teritoriálních sítí, než jsou správní obvody (samosprávných) krajů zapojených do jejich zadávání, nemá smysl.
196. Nahrazení stávající závazkové formy existence CDZ jejich vlastní právní osobností neznamena, že veškerou multidisciplinární péči CDZ poskytují prostřednictvím svých zaměstnanců. Měly by vzniknout, nebo přetrvat, dlouhodobé závazkové vztahy s dodavateli některých úzce souvisejících služeb, které se nevejdou pod zákonné vymezení obsahu zdravotní a sociální péče, ale jsou pro naplnění cílů reformy nezbytné (typicky např. právní pomoc).
197. Praxe ukáže, zda a do jaké míry převládne zapojení ambulancí do CDZ, nebo je v této souvislosti nutno počítat s ambulancemi jako samostatnými poskytovateli. Ukáže se také, jestli v rámci reformy vznikne prostor pro účast v systému nejen smluvních, ale i soukromých ambulancí.

Fa2.2. Organizace poskytovatelů v krajských sítích a na národní úrovni – trust(y)

198. Na území kraje budou působit poskytovatelé ve třech rozdílných institucionálních skupinách: nemocnice (stávající krajské i státní, možná i soukromé), soukromé ambulance a nová CDZ. Ta využívají zčásti služeb vycházejících z obou institucionálních skupin, a zároveň vnášejí do systému novou kapacitu z řad dosud vně stojících poskytovatelů sociálních služeb, kteří, sami o sobě bez účasti v CDZ nebo obdobném multidisciplinárním poskytovateli, nemají šanci do zdravotního systému zapadnout.
199. Již jsme zmínili, že územní obvod kraje se pro ambulantní a terénní služby rozdělí, zřejmě nepříliš formálně, do menších území zhruba okresního formátu. V nich pravděpodobně bude působit jedno CDZ, ale může tam operovat několik ambulancí a spádově bude několik takových území obsluhováno jednou, popř. dvěma nemocnicemi.
200. Nemá smysl, a bylo by kontraproduktivní, tuto komplikovanou soustavu centralizovat a vrchnostensky řídit, pokud jde o faktický výkon pečovatelských činností. Jak dále upřesníme, k řízení docházet bude, nikoli však na základě nějakého vertikálního autoritativního mechanismu, ale prostřednictvím účasti poskytovatelů na mapování potřeb a plánovacím procesu, akceptováním jeho závazných výstupů a zpětnou vazbou, sledovanou při naplňování plánu skrze flexibilitu finančních toků.
201. Plánování (viz níže) musí být koherentní s organizací zadávacích činností. Bude tedy probíhat na půdě agentur/y a na půdorysu její/jich organizační struktury. U té předpokládáme, že bude kopírovat správní obvody samosprávných krajů. Podklady pro plánování, tzn. identifikace potřeb uživatelů, však nemohou vycházet odjinud, než od poskytovatelů z dokumentace jejich terénní a institucionální péče.
202. Již výše jsme k tomu dovodili nezbytnost vzniku zastřešující struktury poskytovatelů v obdobném organizačním uspořádání, jaké jsme navrhli u agentur(y). Nejde pouze o podíl na řízení a kontrole zadavatelských funkcí agentur(y), opřené o proporcionální zastoupení poskytovatelů v dozorčí radě Agentury R nebo s dozorčí radě regionální pobočky Agentury S. Na straně poskytovatelů musí existovat těleso, zodpovědné za úplnost a věcnou správnost podkladů, pořizovaných při poskytování péče s cílem mapovat reálné potřeby uživatelů a tvořit na jejich základě plány péče. V této souvislosti se

vracíme k pojmu „trust“. Obdobně, jako u agentur, předpokládáme dvě úrovně „trustování“ poskytovatelů, tzn. úroveň regionální a úroveň národní (Trusty R a Trust S).

203. Hlavní úlohou trustu/ů je zajištění podkladů mapujících potřeby uživatelů na základě metodiky, pořízené agenturou/ami. Na základě těchto podkladů agentura/y společně s trustem/y sestaví plán/y zadávaných služeb a jejich finančních nároků.
204. Podrobnější návrh organizační struktury trustu(ů) a jejich funkcionalit nicméně není v okamžiku dokončení této Analýzy možné navrhnout, a to z více důvodů. Podstatnými překážkami jsou např. aktuální nedostatek relevantních údajů; složitější právní vztahy současného stavu, kombinující prvky práva veřejného a soukromého (samostatnou právní analýzou by se mělo dospět mj. i k rozhodnutí, zda vůbec a jaká právní subjektivita by měla být trustu(ům) přiznána); větší variabilita stávajících forem poskytování péče v různých regionech pravděpodobně povede k nutnosti diferencovaného přístupu ohledně stanovení kritických bodů transformačního procesu, atd. atd.....To vše ve spojení s velmi omezenými zdroji, pro tuto Analýzu alokovanými.
205. K elementárním rysům sjednocující poskytovatelské struktury se v Analýze ještě krátce vrátíme v kapitole věnované řízení systému. Nicméně, pořízení samostatné studie, upřesňující organizační strukturu trustu/ů a mechanismu jejich fungování bude tak jako tak jedním z prvních nezbytných kroků, bezprostředně na tuto Analýzu navazujících – samozřejmě za předpokladu, že Analýza bude jako celek a východisko pro další postup reformy přijata.

Fa3. Zastřešující profesní organizace poskytovatelů a jejich pracovníků na národní úrovni

206. Ačkoli tato Analýza se nemá zabývat reformou jako celkem, kam by problém odvětvového zastřešení patřil, je vedlejším produktem spolupráce autorů Analýzy s týmem jejího objednatele debata o vzniku odborné zastřešující organizace poskytovatelů péče pro psychiatrické pacienty. V té souvislosti padla různá témata, jimiž by se takové těleso mohlo zabývat.
207. Na vhodnost vzniku organizace, která by problém multiprofesní koordinace řešila, upozorňujeme v souvislosti s očekáváním podstatné restrukturalizace lidských zdrojů a s tím spojenou problematikou vzdělávání a odborných akreditací a certifikací (viz též výše odst. 144). To ale není téma jediné.
208. V předchozí kapitole II. (odst. 92) jsme upozornili na dosavadní stav, kdy osoby, podílející se na poskytování veřejných služeb psychiatrickým pacientům, nemají společné fórum, kde by (v souladu s principem reformy) byly potřeby poskytovatelů řešeny na samosprávném principu na smíšeném fóru, ve výsledku s ohledem na specifické potřeby psychiatrických pacientů, než ve vztahu k potřebám jednotlivých profesí u poskytovatelů angažovaných.
209. Další debaty, kterým by se žádná zastřešující organizace nevyhnula, jsou politické a legislativně – právní problémy, související se statusovými věcmi poskytovatelů. K tomu by směřovalo spíše zastřešení typové než průřezové, tzn., by zazněl samostatně společný hlas nemocnic nebo ambulancí nebo CDZ. Lze si ovšem i pro tento segment představit, že jedna zastřešující organizace bude vnitřně členěna do tří institucionálních komor, a umožní jim interní dohádovací řízení.

FB. FINANČNÍ ZABEZPEČENÍ

210. Úvodem je nutno opět připomenout, že Analýza tak, jak byla zadána, nemá ambici podrobně hodnotit ekonomiku celé reformy. Nemůže se nicméně podrobně věnovat ani ekonomice té části reformy, která se týká vzniku krajských sítí. Jednak to nevyplývá z předmětu zadání, a zejména pak k tomu zpracovatel Analýzy (a zřejmě ani její zadavatel) nemá k dispozici relevantní „tvrdá“ data. Ekonomická studie, porovnávající stávající stav s předpokladem stavu cílového (případně komparativně několika možných cílových stavů), by měla být jedním z prvních kroků, navazujících na tuto Analýzu (pokud již práce na ní neprobíhají, což se nepodařilo zjistit – viz dále odst. 215). Dovolujeme si předvídat,

že půjde o obtížný úkol. Vše nasvědčuje tomu, že reálně chybí statistická data, nezbytná pro validní zodpovězení technokratických otázek typu „kolik co bude stát“, „kolik pacientů účelně změní způsob přijímané péče“, „kolik pracovních pozic poskytovatelů změní své působíště / kvalifikace“ atd. Tyto otázky bezpochyby budou v souvislosti s prosazováním reformy kladeny z různých míst od samého počátku.

211. Problém finančního zabezpečení se v této Analýze týká dvou tematických okruhů. Základem zadání Analýzy je popis možných finančních mechanismů cílového stavu. Vedle toho se však musíme již při popisu návrhů cílového stavu zabývat otázkou transformačních nákladů reformy a jejich dopadů do zajištění dlouhodobé udržitelnosti reformovaného systému.

Fb1. Financování transformačních nákladů

212. Reforma probíhá za chodu, tzn., stávající systém poskytování veřejné péče nemůže přestat plnit svoje funkce. Předpokladem k tomu je oddělené financování standardních poskytovatelských výkonů a reformních postupů.
213. Základním kamenem financování reformy a motivačním motorem jsou v současném okamžiku české závazky vůči strukturálním fondům EU (zmíněné v kapitole I.). V programovém období 2014 – 2020 může reforma počítat s částkou cca 3,5 Mld Kč (viz odst. 47 kapitoly II), čerpitelných do roku 2023. Z toho pro deinstitucionalizaci stávajícího systému služeb do krajských sítí komplexní péče připadá v prioritně úvahu financování dalšího rozvoje CDZ v objemu cca 500 mil. Kč (cca 16 mil. Kč na každé ze 30 předpokládaných CDZ). Další finanční prostředky směřované k realizaci reformních kroků formou investic a měkkých systémových projektů budou upřesněny v Akčním plánu duševního zdraví 2030, který by měl být předložen vládě v červnu roku 2019. O úvahách k dalšímu programovému období strukturálních fondů 2021 – 2027 nemají zpracovatelé Analýzy informace. Není však nedůvodný odhad, že pro externí financování dalších transformačních postupů již nebude v příštím programovém období formální ani materiální prostor.
214. Pokud jde o specifickou část transformace, klíčovou pro vznik krajských sítí, tzn. pilotního provozu CDZ financovaného z IROP, předpokládá dohoda mezi řídicím orgánem programu a Evropskou komisí uznatelnost provozních nákladů CDZ po dobu 18 měsíců. Po jejím uplynutí musí navázat financování z národních zdrojů, což mj. bude ze strany Bruselu sledováno jako indikátor povinné udržitelnosti projektu.
215. Je zřejmé, že externí zdroje jsou dostatečné a motivující pro zahájení a verifikaci reformního procesu. Nezaručují ale jeho úplné dokončení a udržitelnost výsledku. Rovněž je zřejmé, že po ukončení přechodného vnějšího financování musí existovat systém financování CDZ garantovaný státem. Akční plán 3 Národní strategie zdraví stanovil pracovní skupině úkol zpracovat do 31. 12. 2015 „komplexní plán financování sítě služeb péče o duševně nemocné“ v souladu se Strategií reformy. Zpracovatelům Analýzy není známo, zda se tak stalo a s jakým výsledkem.
216. V následujícím oddílu Fb2. proto předkládáme jednoduchý popis modelu financování budoucích sítí s rizikem, že souběžné uvažování na straně objednatele Analýzy se ubírá jiným směrem. Z diskusí se zadavatelem nicméně vyplynuly některé podstatné náměty ohledně průmětu majetkových a finančních souvislostí transformačního postupu do cílového stavu, které je na místě předeslat.
217. Cílový stav reformy předpokládá určitou průběžnou flexibilitu financování ve dvou směrech. V horizontálním smyslu se očekávají operativní přesuny mezi nároky souběžně působících poskytovatelů, ve vertikálním smyslu by mělo docházet mezi poskytovateli a zadavateli služeb k vyrovnávání nedoplatků a přeplatků zálohových plateb (viz níže odst. 224). Pokud očekáváme flexibilní režim cílového stavu, tím spíše je legitimní požadavek zajistit flexibilitu pro transformační období.
218. Při relativní rigiditě plánování veřejných prostředků zřejmě nelze potřebnou flexibilitu zajistit jinak, než samostatným finančním zdrojem, stojícím mimo režim standardních veřejných rozpočtů.

Úvaha směřuje ke vzniku majetkového subjektu typu státní fond, jehož posláním by bylo výlučně vyrovnávání plynulosti finančních toků, případně by plnil obecnější funkci dočasné finanční rezervy pro pokrytí nepředvídaných nevyhnutelných výdajů, souvisejících s transformací. Jde nicméně o námět zasluhující hlubší debatu na úrovni vlády vzhledem k tomu, že vznik státního fondu je podmíněn zákonnou úpravou a fondy jako takové nemají v českém legislativním prostředí dobrou pověst. Lepší vyjednávací pozici by měl zřejmě koncept fondu dočasného, jehož likvidační zůstatek by po dosažení cílového stavu reformy přešel zpět do sféry veřejných rozpočtů.

219. Příjmovou stranu fondu by vedle přesunu prostředků, vyčleněných ve státním rozpočtu pro realizaci reformy, mohly doplnit výnosy z případné redukce dosavadního institucionálního majetku poté, co se stane v důsledku reformy nepotřebným. Analýza majetkových dopadů deinstitutionalizace dosud provedena nebyla a měla by rozhodnutí o případném založení státního fondu předcházet.

Fb2. Financování cílového modelu

220. Základním požadavkem, vyplývajícím z reformních záměrů, je nahrazení stávajícího způsobu financování, kdy prostředky z různých zdrojů (ne vždy spojených se zadavateli služeb) směřují pevně k úhradám různých více či méně plánovaných výkonů, vykazovaných poskytovateli, flexibilním rozdělováním celkové alokace podle průběžně zjišťovaných potřeb uživatelů.
221. Tento mechanismus se uplatní zejména vůči poskytovatelům typu CDZ, u nichž je synergie zdravotní a sociální péče výchozím principem. Podle předběžných odhadů pracovní skupiny MZd, ustavené k rozpracování Akčního plánu č. 3 Národní strategie zdraví, se předpokládá rozdělení nákladů mezi zdravotní a sociální služby (tzn. rozdělení prostředků ze zdravotního pojištění a z krajských rozpočtů) v poměru 2 : 1. Nemůžeme vyloučit, že k určitému dofinancování služeb sociálního charakteru se přistoupí i u transformovaných institucionálních poskytovatelů.
222. Požadovaného cíle je obtížné dosáhnout bez toho, aby veškeré prostředky směřované do péče o psychiatrické pacienty byly administrovány z jednoho místa. Systémová změna, která by to umožnila, je obtížně představitelná. Znamenala by změnu několika zákonů a hluboký nesystémový zásah do celkového mechanismu financování zdravotní a sociální péče.
223. Možným řešením, jehož detaily je nicméně nutno prozkoumat v míře podrobností přesahujících kapacitu zpracovatele této Analýzy a na ni vyčleněnou alokaci, je princip (zřejmě ročních) neadresných zálohových úhrad zdravotního pojištění a veřejných dotací na poskytování sociálních služeb. Zálohy by byly vázány na území, obsluhované identifikovanou skupinou poskytovatelů způsobilých úhrady přijímat, nikoli na konkrétní příjemce.
224. Agentura ve své působnosti výši záloh naplánuje a odůvodní, a stane se platebním místem zálohových úhrad. Veškerý příjem agreguje do jednoho účetního systému, ze kterého průběžně hradí provedené výkony vykazované konkrétními poskytovateli. Na konci účetního období předloží plátcům záloh jejich vyúčtování. Přepjatky na zálohách se (v optimálním případě) převádí do dalšího účetního období. Nedoplatek na zdravotním pojištění plnění by zřejmě neměl být pro pojišťovnu problémem doplatit proti řádně vykázaným výkonům doplatit. K dofinancování nedoplatku na zálohově poskytnutých sociálních dotacích vedou dvě cesty. Dohoda s plátcem dotace o jejím navýšení, nebo úhrada z rezervního zdroje. Otázku rezervního zdroje komentujeme v předchozí části, věnované transformačním nákladům reformy (odst. 218).
225. Nahrazení stávající závazkové formy existence CDZ jejich vlastní právní osobností neznamena, že veškerá multidisciplinární péče je poskytována prostřednictvím jejich zaměstnanců. Měly by vzniknout nebo přetrvat dlouhodobé závazkové vztahy s poskytovateli některých úzce souvisejících služeb, které se nevejdou pod vymezení stávajícími zákony, ale jsou pro naplnění cílů reformy nezbytné (typicky např. právní pomoc).

226. Financování těchto doplňkových služeb nemusí systémově zapadat do základních finančních pilířů, agregovaných agenturou pro flexibilní průběžné zadávání péče akreditovaným poskytovatelům. Stávající praxe navazuje některé typy takových služeb na příspěvek na péči podle zákona o sociálních službách, o němž jsme dříve dovodili, že v celkovém systému financování péče o duševně nemocné představuje zanedbatelný faktor. Jako balanční finanční zdroj by nicméně přispěl k tomu, aby se doplňkové služby staly konstantní součástí celého systému. Je na místě prozkoumat právní možnosti ustavení agentury nebo zdravotní pojišťovny jako platebního místa pro zálohovou úhradu příspěvků, adresovaných jednotlivým uživatelům, s povinností jejich následného vyúčtování obdobně jako u úhrad zákonných typů péče z pojistného plnění a krajských dotací.

FC. PERSONÁLNÍ ZABEZPEČENÍ, VZDĚLÁVÁNÍ

227. Cílový stav reformy charakterizují současně se vznikem nových organizačních struktur i rozsáhlé změny v nárocích na jejich personální naplnění. Vzniknou nové pracovní pozice a u stávajících profesí dojde k nezanedbatelným změnám pracovní náplně. Podklady pro kvalitativní a kvantitativní predikce těchto změn teprve vznikají v souvislosti s ustavením prvních CDZ. Pro Analýzu je nemáme k dispozici, a nepředpokládáme, že by již byly natolik vypovídající, aby se mohly stát podkladem zobecňujících úvah. K tomu nemůže reálně dojít dříve, než bude systém pilotně implementován plošně na území konkrétního kraje.
228. V organizaci práce nastane nová distribuci odpovědností, která se promítne do způsobu flexibilního zadávání a financování péče. Systém péče bude nějakým způsobem standardizován a součástí standardů bude nastavení relace poskytovatel – uživatel. Ta je měřitelná ekvivalentem pracovních úvazků jednotlivých kvalifikací, potřebných v prvním odhadu na diagnózu, cílově stanovených pro přiměřeně zobecněnou multikriteriální charakteristiku uživatele.
229. Takto plánované a vykazované výkony by měly přinejmenším interně (uvnitř agentury) nahradit plánování a sledování výkonů namísto způsobu, jak jsou dosud vykazovány vůči stávajícím zadavatelům, především zdravotním pojišťovnám. Pokud se nepodaří změnit vnější mechanismy financování, tzn., zejména zdravotní pojišťovny budou nadále kalkulovat a hradit všechny výkony zdravotní složky péče „přes atestovaného lékaře“, musí agentura vytvořit (zřejmě nejjednodušší) algoritmus sledování svých průběžných realokací tak, aby na konci účetního období mohla agentura zálohově přijaté prostředky zpětně vyúčtovat jejich zdrojům v pro ně legitimní struktuře.

Fc1. Atestace

230. Nákladovost angažovaných lidských zdrojů je dána především kvalifikačními požadavky na typové skupiny pracovních pozic. Tyto požadavky jsou rovněž součástí očekávané standardizace péče, s cílem přesněji a rovnovážněji rozdělit odpovědnosti mezi lékaře a ostatní personál různé úrovně a typu odbornosti včetně sociálních pracovníků. S ohledem na charakter požadavků, vycházejících z potřeb uživatelů a jejich právních konsekvencí, se bude jednat v nemalé míře o kvalifikace nějakým způsobem, a na nějakou úroveň odbornosti, atestované.
231. Koncová atestace lékařů s dosavadním obsahem bezpochyby zůstane v samostatném režimu a její režim bude řešen shodně pro všechna lékařská odvětví. Je otázka přesahující nejen tuto Analýzu, ale i reformu psychiatrie, zda se něco změní na současném principu institucionální atestace lékařů v nemocnicích. Pro potřeby deinstitutionalizované psychiatrické péče si nicméně lze představit, že na úrovni krajských agentur (poboček) budou pro poskytování určité části zdravotní péče atestování graduovaní lékaři ještě před tím, než dospějí k atestaci finální (pokud tato potřeba neodpadne celkovou změnou atestačního systému a návratem k dřívějším atestacím dvoustupňovým). Na tyto interní atestace, resp. v jejich rámci prováděné výkony, by pak byly vázány dílčí úhrady.
232. Úlohou agentury bude umožnit disponibilní pracovní síle splnění a udržení požadovaných kvalifikací (zmíněno již v odst. 144). V cílovém stavu nastane víceméně ustálený režim plošného udržování kvalifikačních standardů s očekávatelnými náklady. Během transformace však půjde o velmi turbulentní a časově tísnivý proces. Očekává se zejména potřeba několika tisíc specificky kvalifikovaných

case-managerů. Obsazení těchto pozic, ať už z řad stávajících rekvalifikovaných pracovníků systému nebo zvenčí, je obtížně představitelný úkol. Agentura v této souvislosti bude chtít nechtě vystupovat v postavení agentury a účast Úřadů práce na jeho regionálním řízení dostává partikulární opodstatnění.

233. Specifická obtížnost péče o duševně nemocné vyžaduje určité kontrolovatelné kvalifikace i u pomocného personálu. Všeobecný vzdělávací systém nemá pro jejich poskytnutí kapacity a nástroje. Je možné, že v tomto směru dojde v budoucnu ke změně (úvaha leží mimo rámec této Analýzy), avšak šlo by bezpochyby o zdoluhavý proces. V této souvislosti je legitimní požadovat, aby agentura(y) vytvořila(y) jednotný mechanismus získávání potřebných nižších kvalifikací cestou mentorované praxe. V jeho rámci by mohlo docházet i k zapojení některých uživatelů do pečovatelských činností, s vedlejším terapeutickým a sociálně konsolidačním účinkem.

Fc2. Akreditace, certifikace

234. Naplnění atestovaných pozic bude jedním z hlavních, nikoli ale jediným, předpokladem akreditace či certifikace poskytovatelů, zapojených do multidisciplinárních regionálních sítí. Bez ohledu na to, zda bude pro cílový stav zvolen model Agentury S nebo Agentury R, je logické, aby akreditační / certifikační procedury probíhaly v rámci příslušného kraje - obdobně jako dosud krajský úřad registruje poskytovatele sociálních služeb a dává souhlasy ke zřízení ambulantních ordinací.
235. Dalšími kritérii pro akreditování poskytovatele bude způsob, jakým je garantováno dodržování ostatních standardů kvality, tzn. především dopadu péče na kvalitu života uživatelů. Mechanismus udělení prvotní akreditace bude chtít nechtě založen na formálním hodnocením nějaké žádosti, popisující obsah a procedury předpokládaných pečovatelských činností do budoucna. K dalšímu postupu agentury na regionální úrovni vytvoří mechanismus aktivní kontroly faktického (nikoli formálního) dodržování procesů, k nimž se poskytovatel přijetím akreditace zavázal, a jejich účinků. Výstupy kontrol agentura využije jako zpětnou vazbu pro průběžné finanční řízení péče a podklady pro pravidelnou certifikaci poskytovatelů, v souhrnu pak pro plánování služeb.

FD. ŘÍZENÍ, PLÁNOVÁNÍ

236. Z dosavadního vyplývá, že klíčovým nástrojem řízení systému agenturou/ami je plánování služeb na základě potřeb jejich uživatelů a průběžné vyhodnocování plnění plánu, sestaveného se zapojením poskytovatelů a uživatelů.
237. Jako vážnou překážku kvalifikovanému mapování potřeb a navazujícímu plánování jsme již zmínili dominanci zájmů poskytovatelů, zohledňujících své institucionální potřeby přednostně před zjišťováním a zajišťováním potřeb uživatelů. Co možno funkční a intenzivní zapojení uživatelů samotných do těchto procesů bude nutné, ale z povahy věci se tím problém zcela nevyřeší.
238. Pokud navržená institucionální struktura trustu(ů) bude zrcadlově kopírovat regionální strukturu agentur(y), pak lze na základě obecně známých manažerských zkušeností s vysokou pravděpodobností na regionální úrovni očekávat tichou kartelizaci v zájmu co možno nejjednodušší administrace finančních toků a návratu k nejjednoduššímu modelu indexového plánování a setrvačného řízení, z hlediska potřeb uživatelů (ale i rozvoje služeb jako takových) nefunkčnímu.
239. Eliminovat tuto hrozbu systémově není z povahy věci snadné, ale přinejmenším částečně lze regionální kartelizaci předejít rozdílným koncipováním dvoustupňové struktury, zvolené u zadavatelů a poskytovatelů. Tzn., pokud bude zvolena Agentura typu S, tzn. silný centrální zadavatel s odvozenými regionálními pobočkami, pak by proti němu v plánovacím procesu stály autonomní regionální Trusty R, které by na národní úrovni zastřešoval pouze jednoduchý koordinační orgán (dále jen model „SARTR“). Naopak, partnerem samostatných Agentur R by byl silný národní Trust S, který by v krajích provozoval pouze administrativní pobočky (dále jen model „RASTR“). Tomuto modelu nebude na překážku, dojde-li na úrovni krajů ke vzniku koordinačních uskupení faktických poskytovatelů, která budou vůči pobočkám Trustu S jménem poskytovatelů jednat. Půjde však o důsledek iniciativy „zdola“, motivované potřebou co možno racionálního zvládnutí povinností, vyplývajících z agenturních metodik.

240. Plánování organizuje/i agentura/y v obou modelech pro území krajů. Předběžně vyhodnotí předpoklady, které formulují poskytovatelé na základě průběžného mapování potřeb a jejich promítnutí do reflexe vlastních kapacit, shromážděné a kumulované prostřednictvím trustu na základě metodiky, kterou k tomu agentura vypracuje. Agentura/y pak společně s trusty/em a se zpětnou vazbou uživatelů sestaví návrh plánu a projedná ho na obdobných principech, na jakých jsou pořizovány krajské strategické dokumenty (střednědobé komunitní plány sociální péče, územní plány, plány odpadového hospodářství a pod). K závazným připomínkám se návrh postoupí správní radě Agentury S nebo Zmocněnci. Plán se stává závazným na základě schválení regionální správní radou, podmíněného souhlasem regionální dozorčí rady.
241. Plnění plánu průběžně, nejméně dvakrát ročně, vyhodnocuje regionální správní rada z hlediska hospodárnosti. Vyhodnocení efektivity projedná s trusty/em spolu s případnými úpravami flexibilního financování.
242. V dlouhodobějších intervalech (cca 3 – 5 let, nutno zkoordinovat s vlastními postupy pojišťoven a plánovacím obdobím sociálních sužeb v krajích) posuzuje regionální správní rada účinnost poskytování služeb na základě stanovených indikátorů kvality péče a společenských dopadů jejího poskytování. Výsledky tohoto hodnocení spolu s déleodobým hodnocením trendu efektivity zohlední v postupech atestací, akreditací a certifikací, a postoupí je k dalšímu využití na národní úroveň (správní radě Agentury S nebo Zmocněnci) pro případné metodické a legislativní zásahy do systému.

IV. KRITICKÉ BODY A MILNÍKY PŘEDPOKLÁDANÝCH ORGANIZAČNĚ PRÁVNÍCH POSTUPŮ REFORMY

243. V části II. byla stanovena řada úkolů pro řízení reformy, týkajících se řady „hráčů“. Analýza byla zpracována výhradně z podkladů a konzultací, poskytnutých jediným objednatelem, tj. reformním týmem Ministerstva zdravotnictví. Ten sám ke své činnosti připouští, že se zatím stále jedná především o resortní aktivitu a že meziresortní přesah je institucionalizován pouze na úrovni řídicího výboru projektu reformy, bez toho, aby byla vyvolána a řízena systematická reálná komunikace mezi dotčenými subjekty a institucemi. Pokud k ní dochází, tak převážně na neoficiální bázi, bez možnosti stanovit ke konkrétním úkolům přesná zadání a termíny, a vymáhat jejich dodržování.
244. Vypracovat k úkolům, vytýčeným touto Analýzou, mapu kritických cest a vymezit na nich časové a organizační milníky, není bez předběžného projednání jejich praktických dopadů pro všechny zúčastněné hráče v možnostech zpracovatelů Analýzy.
245. V části III. F jsme upozornili na potřebu tuto Analýzu doplnit o podrobnější rozbor parametrů a podmínek pro vznik poskytovatelských trustů, vyřešení vztahů mezi CDZ a nemocničními zařízeními atd.. Bez takového podkladu by rovněž bylo mapování organizačně právních kroků víceméně avanturistické.
246. Na druhou stranu, spolupráce týmu objednatele na Analýze řadu otázek vyjasnila. Tomuto stavu je zapotřebí zajistit určitou udržitelnost. Bude-li nyní tento tým institucionalizován tak, aby měl mandát legitimně komunikovat s okruhem dotčených subjektů a institucí, představuje to v postupu reformy významný posun. Okruh problémů vyjednávání získává zcela konkrétní obrysy a reformní tým má k dispozici mantinely, v jejichž rámci může udržet jednání pod kontrolou tak, aby směřovala ke konkrétním výsledkům. Dá se předpokládat, že do doby, než se jednací fórum ustaví a stabilizuje, mohou být k dispozici analytické výstupy pro teritorium poskytovatelů, jejichž pořízení doporučujeme výše (odst. 205).
247. Legislativní a faktické organizační kroky, provedené k naplnění reformy tak, aby se reálně promítla do výkonu poskytovatelských činností, si vyžádají ještě několik let. Jsou-li však k dispozici finanční prostředky alokované pro pokrytí transformačních nákladů, je možné neprodleně začít s přípravou a testováním procesního rámce, ve kterém následně po vyřešení materiálně právních proměn budou reformované služby uživatelům poskytovány.
248. Pilotní ustavení virtuální agentury a virtuálního trustu s reálným personálním obsazením jejich orgánů pro vybraný/é kraj/e umožní simulovat vybraný model až na úroveň exekutivních postupů pro jednotlivé procesy, jejichž základní rysy navrhujeme v předchozí kapitole III., bez toho, aby došlo k jakýmkoli zásahům do probíhající péče o uživatele.
249. Úkolem této simulace by bylo
- podrobně popsat současné finanční toky od okamžiku přidělení rozpočtových zdrojů až do okamžiku jejich přidělení poskytovatelům péče ve struktuře zdroj – objem prostředků – účel financování / využití
 - navrhnout a testovat kritéria efektivity alokace na jednotlivé služby a kategorie jejich poskytovatelů
 - Navrhnout v rámci „virtuální agentury“ základní principy přerozdělení kumulovaných zdrojů (sociálních a zdravotních) a odhadnout funkční a ekonomické přínosy realokace
 - Porovnat virtuální realokaci s reálně probíhajícím financováním stávajících služeb
 - Nastavit principy plánování

V. SHRNUÍ POZITIV A NEGATIV MOŽNÝCH CÍLOVÝCH STAVŮ A K NIM SMĚŘUJÍCÍCH PROCESŮ, DOPORUČENÍ

250. Jako cílový stav jsme identifikovali model, kdy je zadávání služeb sjednoceno pro zdravotní a sociální péči u jednoho institucionálního zadavatele a zcela odděleno od poskytování služeb. Nepředpokládá se (z mnoha důvodů nereálné a neúčelné) ustavení jednotného institucionálního poskytovatele pro faktické pečovatelské činnosti, ale jako protipól jednotnému zadavateli může stát institucionální poskytovatel v postavení zdroje podkladů pro mapování potřeb uživatelů a spolutvůrce plánu zadávaných služeb.
251. Pro oba procesy (zadávání a plánování) předpokládáme dvoustupňovou organizační strukturu s celostátními funkcemi a faktickým výkonem na úrovni krajů. V rámci této dvoustupňové struktury je jedna složka výkonná a druhá koordinační, resp. podpůrná. Ryze matematicky tedy vycházejí čtyři varianty cílového stavu, dvě v zrcadlovém uspořádání a dvě v pozici křížové. Dovodili jsme, že zrcadlové uspořádání hrozí následnou zpětnou kartelizací oddělených funkcí a doporučujeme uspořádání křížové, tzn., buď bude zadávání centrální s regionální podporou a k němu budou poskytovatelé institucionalizováni autonomně v krajích s centrální koordinační nadstavbou, nebo naopak bude z centra koordinované zadávání probíhat autonomně v rámci krajů na základě mapování a plánování, zajišťovaného centrálním poskytovatelem.
252. Úkolem nositelů reformy je tedy dříve či později rozhodnout, zda bude reforma provedena v modelu SARTR (Agentura S – Trust R) nebo model RASTR (Agentura R – Trust S). Úplná analýza výhod a nevýhod obou modelů bezpochyby proběhne v řídicích orgánech reformy a nepůjde o snadnou debatu. Považujeme za evidentní, že vedle mnoha zcela praktických aspektů do ní vstoupí i kritéria politická, jejichž předjímání zpracovatelům této Analýzy nepřísluší.
253. Další možný postup je dvojí. Buď se s rozhodnutím o volbě cílového modelu vyčká až po doplnění této Analýzy o etapu věnovanou v podrobnostech poskytovatelům a navržené virtuální simulace se provedou komparativně pro oba modely. To je varianta systémově správnější, leč nákladnější, časově a personálně mnohem náročnější. Nebo se již po prostudování a schválení této Analýzy rozhodne, který z modelů bude dále rozpracován. To je postup ekonomičtější, využívající dosavadní energie, která v reformním procesu působí. Nese však s sebou riziko, že jakékoli dílčí selhání při praktické implementaci modelu okamžitě vyvolá spekulace, že druhý model, opuštěný ještě před podrobným prozkoumáním, by předmětný problém nevyvolal, a volání po odpovědnosti za voluntaristické rozhodnutí.
254. Považujeme nicméně za legitimní brát při rozhodování o cílovém modelu pozorně v úvahu v úvahu transformační aspekty, tzn. snadnost cesty, jakou ke každému z nich lze dospět. Na první pohled je z popisu zadavatelských a poskytovatelských subjektů v kapitole III. zřejmé, že vnitřní struktura zadavatelských agentur je jednodušší a neměnná, a ve virtuálním smyslu je možno ji koncipovat víceméně okamžitě. Modelování autonomního regionálního trustu tak snadné není. Mezi jednotlivými kraji by mohly vznikat odlišnosti a v neposlední řadě jsou pravděpodobně u individuálních poskytovatelů v krajích úvahy o principech mapování potřeb a sledování efektivity péče méně pokročilé, než je tomu u některých poskytovatelů s celostátní působností.
255. Rozhodnutí který model zvolit, i rozhodnutí kdy tuto volbu provést, přísluší učinit objednateli této Analýzy, na základě mnohem širších, jakož i podrobnějších, znalostí o okolnostech a podmínkách celého reformního procesu, než jaké měl k dispozici její zpracovatel. Proto jen pro úplnost ukončujeme Analýzu konstatováním, že optikou konzultantského uvažování se jeví výhodnější model RASTR. Ustavení regionální agentury zadavatelů ve spolupráci s politicky

motivovaným krajem bude (již pro virtuální simulaci) snazší, než ustavení centrální agentury, kde jsou ústřední orgány zahlceny komplikovanou exekutivní agendou s nezřídka nestabilním politickým zázemím. Ustavení centrálního trustu poskytovatelů pro ladění procesů mapování potřeb a plánování služeb bude snazší při zapojení subjektů, napojených přímo na státní rozpočet či centrálně distribuované pojistné plnění (které jsou podle všeho ve svých úvahách o kvalitě péče a efektivitě vynakládaných prostředků dále), než by bylo v krajích, kde dochází k celkově turbulentním procesům vznikajících CDZ a kde by se koncept trustu a jeho vnitřního naplnění mohly kraj od kraje nikoli nevýznamně lišit.

256. Má-li tato Analýza být přijata jako východisko pro další postup reformy, pak objednatel bezpochyby očekává stručná závěrečná doporučení. Ve vztahu k úkolům, formulovaným v části II., by byla jejich stanovení poněkud ředčasná, dokud tato Analýza nebude doplněna o podrobnější rozbor aktuální situace poskytovatelů. Přesto již v tomto okamžiku je možno alespoň pro nejbližší období doporučit:

- a. Udržitelně institucionalizovat tým objednatelů, podílející se na této Analýze (spolu s případnými dalšími aktivními hráči), tak, aby jeho působnost překročila resortní rámec a mohl legitimně řešit i otázky spadající do působnosti MPSV, dalších orgánů státní správy a zdravotních pojišťoven (viz též úkol A1, A2, B3, C1, D2)
- b. Zadat zpracování další části této Analýzy, podrobněji mapující právní a ekonomické teritorium poskytovatelů (viz též úkol B4, C2, C4)
- c. Rozhodnout o volbě cílového modelu, nebo rozhodnout, že se o něm rozhodne později
- d. Zadat (v rozsahu dle rozhodnutí ad c.) pilotní projekt virtuální simulace součinnosti Agentury a Trustu ve vybraném(ých) pilotním(ních) kraji(ích).
- e. Návazně na rozhodnutí ad c. zajistit zpracování podrobné rešerše dopadu zvoleného modelu do českého právního řádu a navrhnout legislativní plán k odstranění případných nesouladů (viz úkol ad D1)

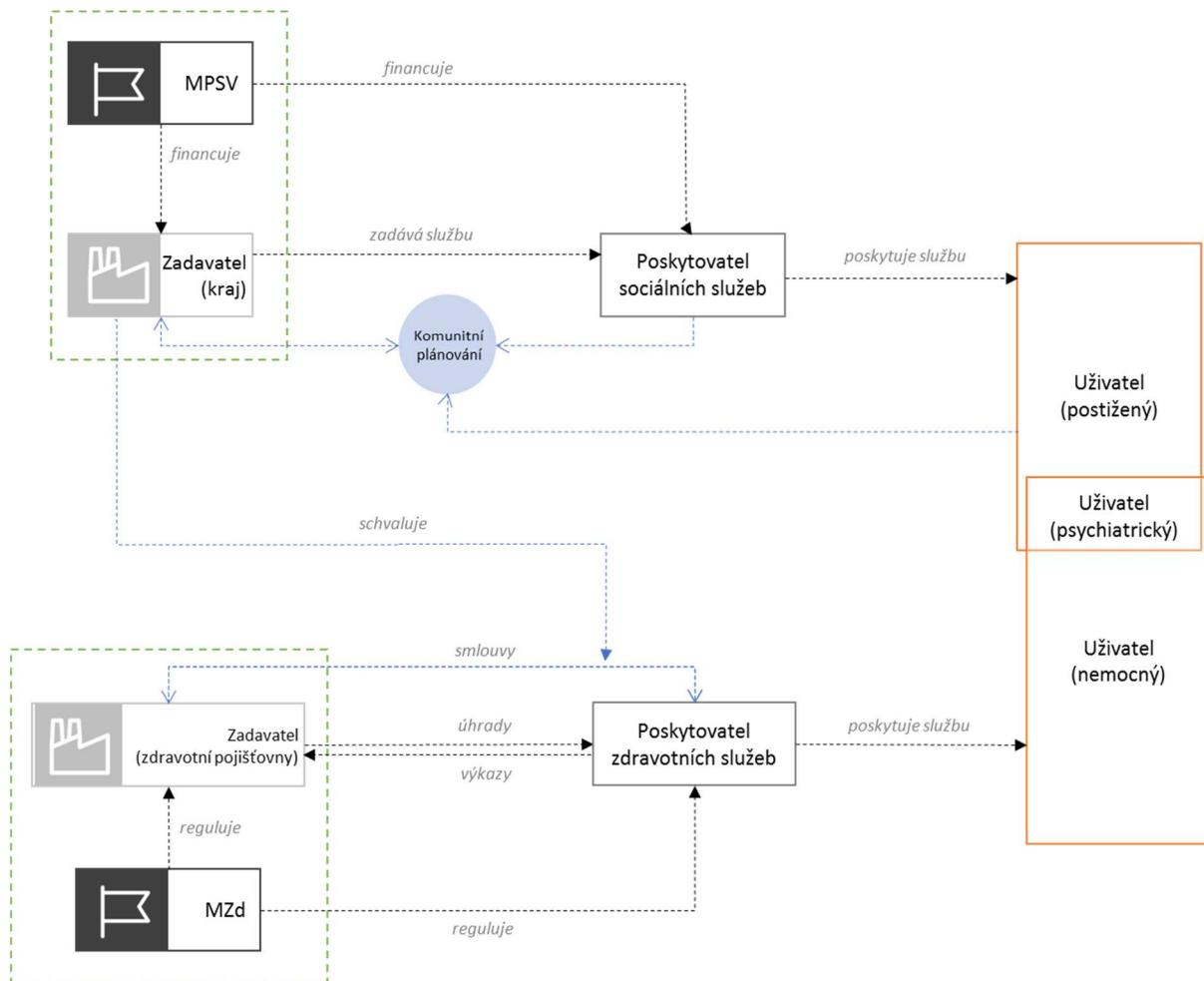
V Praze dne 30. 12. 2018
Conus, s.r.o.

Přílohy za textem:

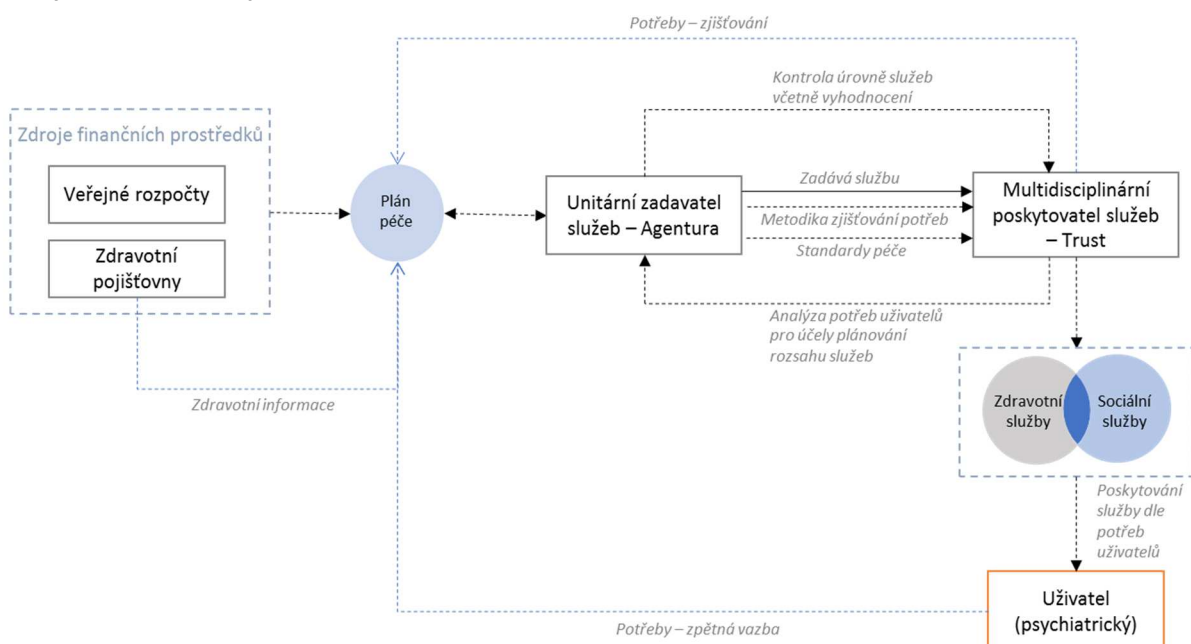
- A. Porovnání základních vztahů současného a cílového stavu**
- B. Porovnání organizační struktury Agentury S a Agentury R**
- C. Finanční toky a řídicí schéma sítě v modelu sítě SARTR (Agentura S – Trust R)**
- D. Finanční toky a řídicí schéma v modelu sítě RASTR (Agentura R – Trust S)**

Příloha A. Porovnání základních vztahů současného a cílového stavu

Stávající stav (dvoukolejný)

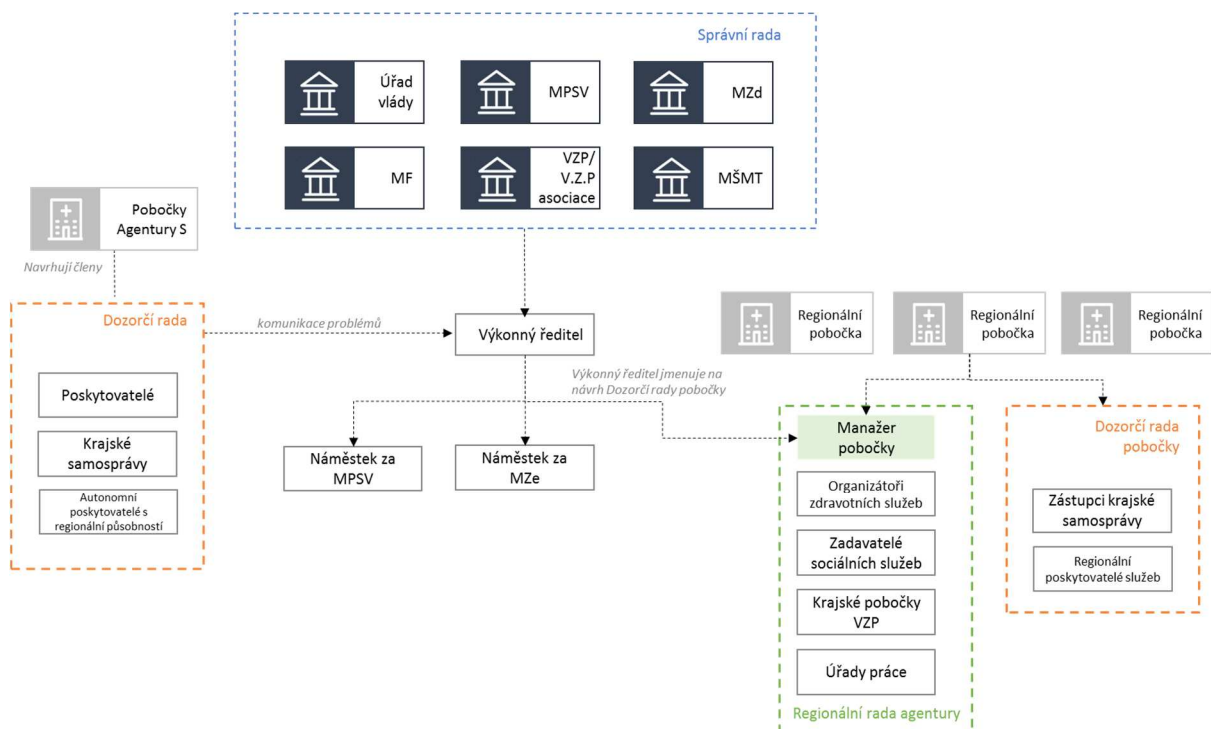


Cílový stav (multidisciplinární)

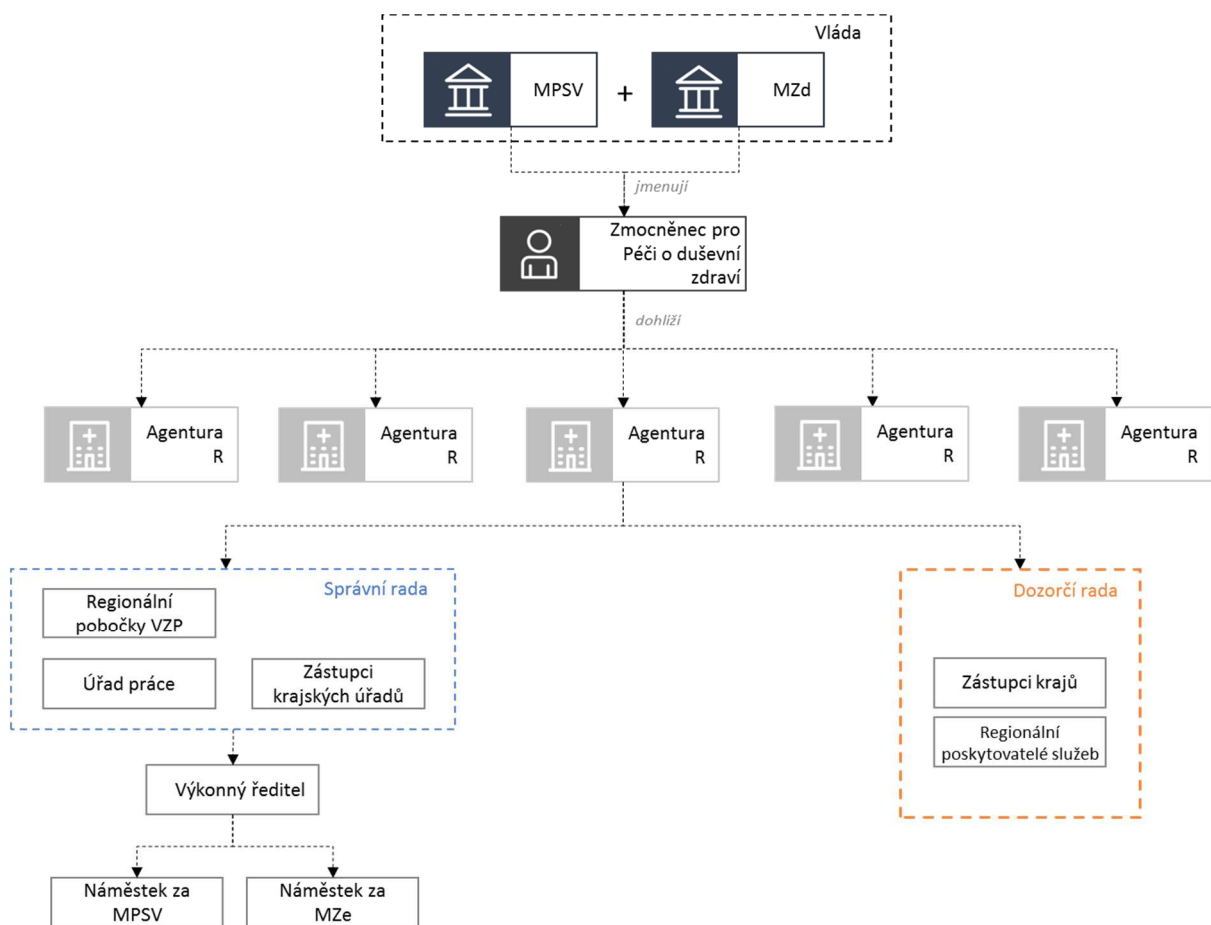


Příloha B. Porovnání organizační struktury Agentury S a Agentury R

Agentura S

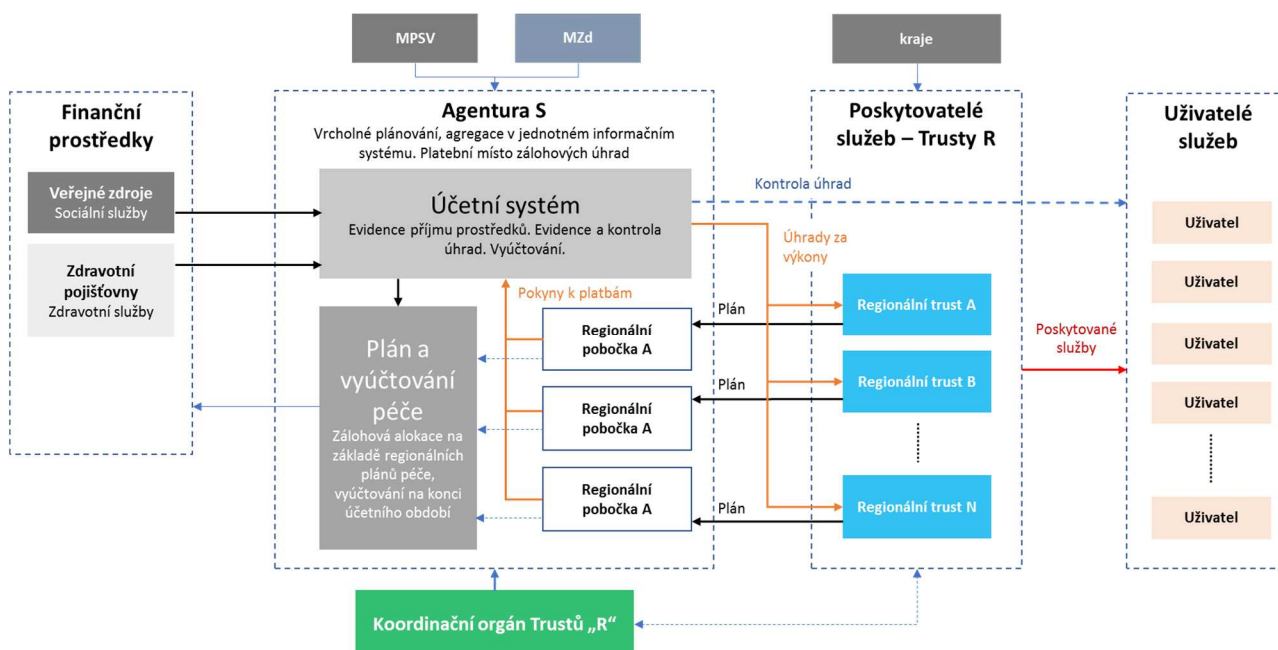


Agentura R

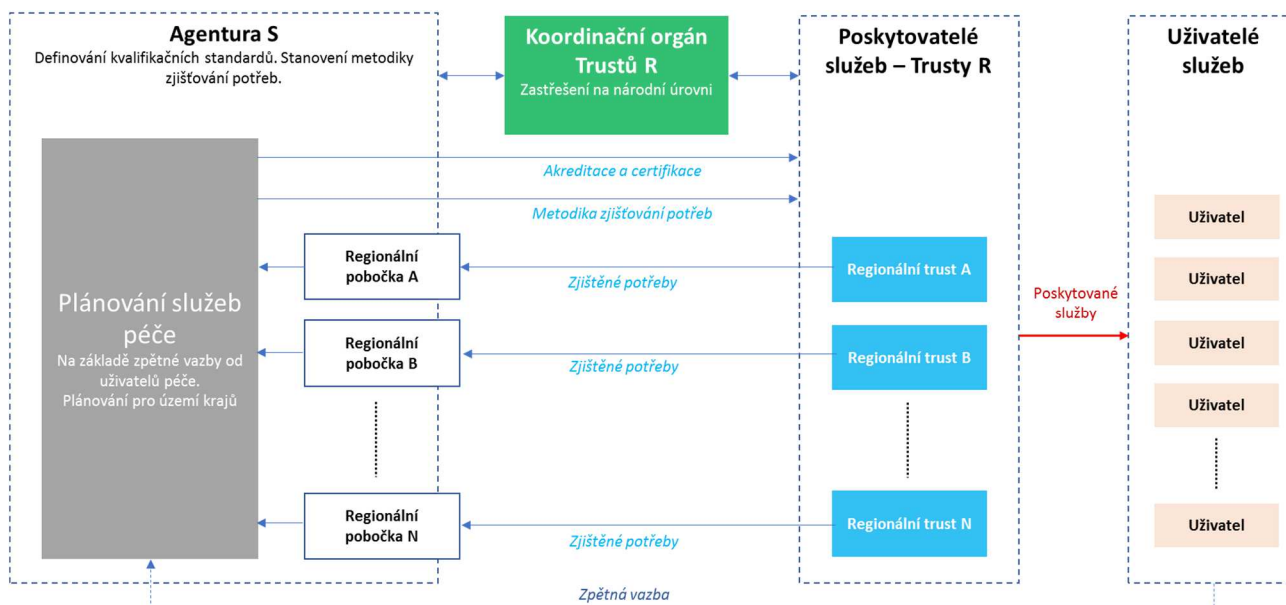


Příloha C. Finanční toky a řídicí schéma sítě v modelu sítě SARTR (Agentura S – Trust R)

Model SARTR – finanční toky

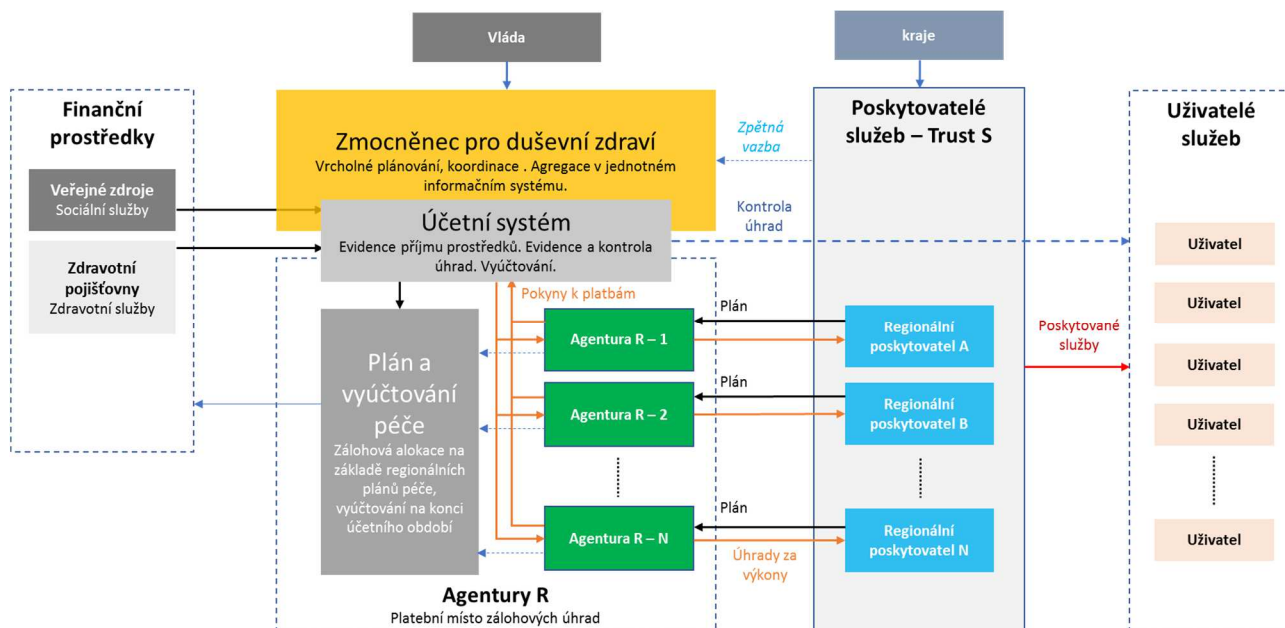


Model SARTR – řízení sítě



Příloha D. Finanční toky a řídicí schéma sítě v modelu sítě RASTR (Agentura R – Trust S)

Model RASTR – finanční toky



Model RASTR – řízení sítě

